

# UN SYSTÈME DE SANTÉ POUR TOUTES ET TOUS, ANCRÉ DANS LES TERRITOIRES

—  
Étude





## AVANT-PROPOS



### « Soignons Humain<sup>1</sup> avec l'ESS »

Pouvoir accéder à un soin, en prévention de la maladie ou malheureusement lorsqu'elle est déjà là, en temps et en heure, quel que soit son niveau de richesse, son origine, son âge, son genre, ou son niveau d'éducation, est un des grands déterminants de la santé humaine. C'est peut-être même à cela que l'on mesure le degré d'évolution d'une nation.

Des générations de militants de la santé, agissant au sein d'associations, de mutuelles ou de fondations mais aussi plus récemment de SCIC, nous ont légué un riche patrimoine d'offre de soins de premier recours. Aux côtés et en complément des professionnels libéraux et du secteur public, l'engagement privé à but non lucratif que permet l'économie sociale et solidaire, vient enrichir la palette des solutions offertes à nos concitoyens.

Cet héritage est bien vivant. Les femmes et les hommes qui soignent chaque jour au sein des centres de santé pluriprofessionnels, centres d'addictologie, centres de santé communautaire ou bien encore des équipes mobiles de soins, pour ne citer que quelques exemples mis en lumière dans cette étude, donnent chair à cet idéal du soin universel et solidaire quand leur diversité témoigne de leurs capacités d'innovation et d'invention collectives.

Au cours de cette année si particulière, placée sous le signe de la gravité et sous la coupe d'un si redoutable virus, les équipes de ces structures nous ont ouvert leurs portes. Elles ont trouvé une place dans leurs agendas bien chargés, pour nous accorder quelques heures de leur précieux temps et nous parler de la réalité de leurs métiers, de leurs engagements mais aussi de leurs idées et propositions, et nous les en remercions.

Le fil rouge des questions que nous avons abordé avec elles fut très simple : comment faire se répandre cette offre de soins de premier recours, privée à but non lucratif, utile pour la santé des femmes et des hommes de ce pays ?

Vous trouverez ici un début de réponse.

Romain GUERRY  
Réfèrent thématique Santé

Avec le soutien financier de :



<sup>1</sup> Soignons Humain est le nom d'une des initiatives étudiées dans le cadre de l'étude.

## L'ÉQUIPE PROJET

---

|                 |   |
|-----------------|---|
| Romain GUERRY   | Directeur des relations institutionnelles et de la prospective (Groupe Vyv), responsable de l'étude |
| Marie MORVAN    | Chargée de mission (Le Labo de l'ESS)   |
| Nikola JIRGLOVA | Responsable projets et développement (Le Labo de l'ESS)   |
| Marie VERNIER   | Déléguée générale (Le Labo de l'ESS)  |

## LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

---

Le Labo de l'ESS remercie l'ensemble des membres du groupe de travail pour leurs précieuses contributions, conseils avisés, et participation aux réunions et visites terrain :

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Élodie BACOU             | Conseillère technique (UNCCAS)  |
| Dr. Alain BEAUPIN        | Président de la coopérative de santé Richerand  |
| Bertran CARLIER          | Chargé d'affaires publiques (Groupe Vyv)  |
| Romain GUERRY            | Directeur des relations institutionnelles et de la prospective (Groupe Vyv), responsable de l'étude |
| Dr. Bernard HUYNH        | Gérant de la SCIC Med-Clichy  |
| Sophie LASSERRE          | Responsable de programmes et de fondations Santé (Fondation de France)                              |
| Agnès MONCAMP            | Cheffe de projet (le Censept)   |
| Fabienne PIOCH-LAVAL     | Déléguée nationale sanitaire (Croix-Rouge française)  |
| Jérémie SECHER           | Président du SMPS et directeur général adjoint Santé, sanitaire et social (MGEN)                    |
| Hugues SIBILLE           | Président du Labo de l'ESS  |
| Adelphe de TAXIS DU PÖET | Mission grand âge et santé, direction des retraites et de la solidarité (Groupe Caisse des dépôts)  |
| Marie VERNIER            | Déléguée générale du Labo de l'ESS  |
| Marielle ZIEDS           | Chargée de mission (Avisé)  |

Cette publication est une production du Labo de l'ESS en sa qualité de think tank. Elle est le fruit d'une réflexion collective à travers la consultation des membres du groupe de travail et autres experts externes. Seul le Labo de l'ESS s'engage sur les propositions, sans avis unanime des membres du groupe de travail qui restent libres de les porter en tout ou partie.

## ACTEURS RENCONTRÉS DANS LE CADRE DES VISITES TERRAIN

---

Le Labo de l'ESS et le groupe de travail de la présente étude remercient chaleureusement l'ensemble des acteurs qui ont bien voulu leur consacrer du temps, dans le contexte particulièrement tendu de la crise sanitaire.

### Association communautaire santé bien-être (ACSBE) et son centre de santé La Place santé (Saint-Denis), le 25 septembre 2020

Maxime CATRICE, Coordinateur médicale et médecin à La Place santé  
Nathalie COUPEAUX, Médiatrice à La Place santé  
Emilie HENRY, Directrice de l'ACSBE  
Adjera LAKEHAL BRAFMAN, Directrice de l'Association des femmes du Franc-Moisin, ancienne membre du Conseil d'administration de l'ACSBE  
Marie-Anne MAZOYER, Cheffe de projet accès aux droits et aux soins au sein de la direction santé unité Ville et santé à la ville de Saint-Denis  
Dr. Didier MENARD, Président de l'ACSBE, de la Fédération française des maisons et pôles de santé en Île-de-France (FEMASIF) et également secrétaire général d'AvecSanté – Avenir des équipes coordonnées  
Mélia TRAORE, Accueillante à La Place santé

### À Vos Soins (Saint-Nazaire), les 12 et 13 octobre 2020

Véronique ACHALLE, Directrice de la Maison de quartier de la Chesnaie-Tréballle  
Nicolas BLOUIN, Co-directeur d'À Vos Soins et coordinateur du MarSOINS  
Noémie BREGEON, Infirmière et co-directrice d'À Vos Soins  
Christelle GUEGAN, Déléguée du Préfet Quartiers Poitique de la Ville de Saint-Nazaire  
Maïgwenn GUEGAN, Directrice proximité à SILENE Habitat  
Florence KOBAYASHI, Responsable vie des quartiers et contrat de ville à la ville de Saint-Nazaire  
Catherine MARCHAND, Chargée de mission santé à la direction solidarités et proximité de la ville de Saint-Nazaire  
Corinne PRAUD, Co-directrice de l'Association solidarités créations (ASC)

### Soignons Humain (Lille et agglomération), le 22 octobre 2020

Guillaume ALSAC, Directeur de Soignons Humain  
Adrien LEFEVERE, Chargé de mission financement et accompagnement, Nord Actif  
Nathalie QUAEYBEUR, Directrice de la Maison des aidants, Lille  
Gilles MONTAGNE, Responsable d développement de l'action sociale, AG2R La Mondiale  
Christine VANDENBULCKE, Administratrice de Soignons Humain et ancienne adjointe en charge de l'autonomie et des solidarités à la mairie de Lomme  
Équipe de 4 infirmières et infirmiers et leur coach, Laurence VILLALONGA, au centre de santé de Lomme

Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie  
(CSAPA) Pierre Nicole (Paris, Ve), le 26 octobre 2020

Vincent BELLANDE, Responsable des appartements thérapeutiques du CSAPA  
Dr. Anne-Béatrice JUNIERE, Médecin addictologue, cheffe de service unité de traitement ambulatoire  
Rafi KARAJABARLIAN, Responsable administratif et financier du CSAPA  
Dr. Laurent MICHEL, Directeur médical du CSAPA  
Marie-Françoise QUERNE, Directrice du pôle santé psychique du CSAPA

Coopérative de santé Richerand (Paris, Xe), le 16 novembre 2020

Mauricio ARANDA, Chercheur postdoctoral au Centre de sociologie des organisations, Chaire Santé de Sciences Po Paris  
Dr. Alain BEAUPIN, Président de la coopérative de santé Richerand, de l'Institut Jean-François Rey, membre du bureau de la CPTS Paris 10 et du comité d'organisation du Congrès national des centres de santé  
Julie BOITARD, Directrice générale du centre de santé Richerand  
Dr. Jeanne VILLENEUVE, Médecin au centre de santé Richerand

Entretiens complémentaires

Fatima BELLAREDJ, Déléguée générale de la CG SCOP  
Andrew CANVA, Président associé de MNC3, collaborateur du Labo de l'ESS pour les Etats généraux de l'ESS de 2011 et membre du premier groupe de travail sur les Circuits courts en 2012  
Dr. Bernard HUYNH, Gérant de la SCIC Med-Clichy, qui administre la Maison de santé pluriprofessionnelle de Clichy-sous-Bois  
Lilia SANTANA, Chargée de développement et de coordination, Fabrique Territoires Santé



# SOMMAIRE

|    |   |
|----|---|
| 8  | INTRODUCTION  |
| 12 | PARTIE 1 - ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS ET DES SOINS DE PREMIER RECOURS : POLITIQUES PUBLIQUES ET RÔLE DE L'ESS                           |
| 14 | Évolutions marquantes dans l'organisation de l'offre de soins   |
| 16 | Rôle de l'ESS en faveur d'une offre de soins accessible à tous et à toutes  |
| 18 | Médecine libérale au cœur des soins de premier recours : de l'accentuation des inégalités aux nouvelles formes d'organisation et d'approches  |
| 24 | PARTIE 2 - SOLUTIONS PLURIELLES POUR UNE ACCESSIBILITÉ SOCIO-ÉCONOMIQUE ET GÉOGRAPHIQUE À DES SOINS DE PREMIER RECOURS DE QUALITÉ             |
| 26 | Inégalités sociales et économiques dans l'accès aux soins : pour une prise en charge inconditionnelle et globale                              |
| 33 | Coopérer et améliorer les conditions d'exercice des professionnels pour agir sur l'inégale répartition de l'offre sur le territoire           |
| 40 | Modèles économiques et modes de rémunération des soins : innovations et hybridations pour « faire autrement »                                 |
| 46 | PARTIE 3 - PISTES D'ACTION POUR PÉRENNISER ET DÉVELOPPER LES INNOVATIONS EN FAVEUR D'UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE PREMIER RECOURS |
| 47 | Des stratégies d'hybridation des ressources à solidifier  |
| 49 | Des gouvernances élargies à construire  |
| 50 | Un modèle propice aux structures privées non lucratives à trouver   |
| 53 | POUR L'INSCRIPTION SUR LE LONG TERME DE CES INITIATIVES   |
| 56 | ANNEXES   |

## INTRODUCTION

La thématique de la santé et ses liens avec l'économie sociale et solidaire (ESS) ont été abordés une première fois par le Labo de l'ESS lors des États généraux de l'économie sociale et solidaire de juin 2011, travaux de réflexion fondateurs du think tank. L'analyse alors menée a permis de mettre en avant la complémentarité cruciale de l'ESS quant à l'offre de soins publique d'un côté, et lucrative de l'autre. En effet, **les projets d'économie sociale et solidaire en santé sont porteurs d'une offre de soins efficiente, s'appuyant sur la non-lucrativité et la démocratie participative, et apportant des réponses face à l'accroissement des inégalités d'accès aux soins.** Cette accessibilité aux soins, considérée aujourd'hui comme un déterminant de santé majeur, est globalement de plus en plus inégalitaire en France. Cela comprend à la fois une dimension **économique** (baisse progressive des remboursements par la sécurité sociale, augmentation tarifaire des compléments santé, développement du secteur 2 au détriment du secteur 1), **géographique** (inégaie répartition de la démographie médicale, contribuant au phénomène de « déserts médicaux<sup>1</sup> » et à l'engorgement des hôpitaux) et **sociale** (accès aux droits, déterminants socio-économiques pouvant conduire au manque de prévention ou comportements à risque).

Au vu de ces évolutions et en résonance avec ses orientations stratégiques de 2019 relatives à la problématique de la santé, **la Caisse des dépôts se donne pour vocation de « permettre à chacun, en tout point du territoire, d'accéder aux soins ».** Investisseur d'intérêt général, convaincu de la capacité de l'économie sociale et solidaire à initier et porter des innovations sources de réponses durables aux défis actuels du système de santé français, la Caisse des dépôts confie fin 2019 au Labo de l'ESS la réalisation d'une étude visant à mettre en avant les solutions développées par l'ESS pour une meilleure accessibilité aux soins. **La présente étude « Santé et ESS : un système de santé pour toutes et tous, ancré dans les territoires » se concentre sur la problématique d'accès aux soins dits de premier recours, porte d'entrée et maillon crucial d'un système de santé efficient et juste.**

La notion de **santé** a longtemps été considérée comme l'absence de maladie ou de situation de handicap. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) la définit pourtant dès 1946 comme un état de « *bien-être physique, mental et social (...)* qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité<sup>2</sup> ». La Charte d'Ottawa de 1986 va plus loin en qualifiant la santé de « *ressource de la vie quotidienne* » et dont les conditions nécessaires sont : « *se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu (...)* avoir droit à une justice sociale et à un traitement équitable<sup>3</sup> », conditions à la base de la déclaration d'Alma Ata de 1978. La notion de **système de santé** est quant à elle définie comme « *l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont l'objectif principal est d'améliorer la santé (...). Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles : la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative<sup>4</sup> ».*

<sup>1</sup> La notion d'accessibilité aux soins est utilisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2017, pour définir et mesurer un « désert médical ». Il s'agit d'une zone qui cumule les difficultés suivantes : l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes inférieure à 2,5 (consultations par an et par habitant), la première pharmacie est située à plus de 10 minutes de trajet motorisé et le premier établissement de soins d'urgence est situé à plus de 30 minutes de trajet motorisé. En 2017, 0,5% de la population cumulait ces difficultés. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) mesure l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Il vise à améliorer les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance d'accès au plus proche, densité par bassin de vie...). Il mobilise pour cela les données de l'Assurance maladie ainsi que les données de population de l'Insee.

<sup>2</sup> <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>

<sup>3</sup> [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)

<sup>4</sup> Extrait du site de Vie publique : <https://www.vie-publique.fr/fiches/37853-definition-et-acteurs-du-systeme-de-sante-francais>

En France, l'organisation de la santé a pour piliers l'assurance maladie (sécurité sociale et mutuelles) et les soins. Les **soins hospitaliers** sont assurés par des établissements hospitaliers publics, privés d'intérêt collectif et privés à but lucratif. Ils délivrent des soins généraux et/ou plus spécialisés, en assurant le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients. Les soins hospitaliers concourent à la médecine d'urgence avec les Services d'aide médicale urgente (SAMU) situés dans les hôpitaux. Les **soins de longue durée et l'accompagnement médico-social** sont assurés au sein d'établissements publics, privés à but lucratif ou non-lucratif, tels que les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les structures pour personnes en situation de handicap. Ils recouvrent également les soins résidentiels/temporaires pour personnes âgées, les soins à domicile délivrés par des médecins et infirmières indépendantes dans le cadre des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Les **soins ambulatoires ou soins de ville** sont assurés par les médecins généralistes et spécialistes, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les sages-femmes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, etc. L'ensemble de ces professionnels, libéraux ou salariés, exercent à titre individuel en cabinet, en groupe ou de manière coordonnée en maison ou centre de santé. L'ensemble des structures délivrant ces différents soins est sous la supervision des Agences régionales de santé (ARS), afin de permettre une prise en charge organisée.

**Les soins de premier recours** ou encore soins primaires (*primary care*) constituent le premier niveau de contact entre la population et le système de santé. La conférence de l'OMS à Alma Ata de 1978 les définit comme : « (...) essentiels (...) rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent supporter à tous les stades de leur développement, dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national dont ils constituent la cheville ouvrière (...) que du développement socio-économique général de la communauté (...). Ils (...) rapprochent le plus possible les soins de santé de l'endroit où vivent et travaillent les gens ». Selon l'article L.1411-11 du Code de la santé publique, « L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'ARS conformément au schéma régional de santé prévu à l'article L.1434-2. Ces soins comprennent : 1. La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; 2. La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; 3. L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; 4. L'éducation pour la santé. Les professionnels de santé, dont les médecins traitants (...) ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration, et le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux ». Les soins de premier recours sont assurés par différents professionnels de santé, mais le rôle des médecins généralistes reste primordial. Ce sont notamment ces derniers qui assurent l'orientation des patients vers des soins de second recours dispensés par les médecins spécialistes, voire de troisième recours en établissement de santé ou en structure adaptée.



Forte d'une présence historique au sein du système de santé en France (notamment à travers le mouvement mutualiste), l'économie sociale et solidaire est au cœur de nombreuses structures et projets de soins à différents niveaux, ainsi qu'au sein du système d'assurance maladie (à travers les complémentaires santé mutualistes).

Comment, sous ses multiples formes, l'ESS contribue-t-elle aujourd'hui à favoriser une accessibilité effective aux soins de premier recours, pour toutes et tous, dans tous les territoires ? La présente étude livre des éléments de réponse nourris des expériences d'acteurs de terrain et d'une réflexion collective menée au sein d'un groupe de travail composé d'experts et praticiens diversifiés (cf. la liste des membres du groupe de travail, p.4). Fidèle à la méthodologie de travail du Labo de l'ESS, l'étude s'appuie sur les visites terrain et l'analyse croisée de plusieurs initiatives inspirantes quant à la problématique traitée : l'Association communautaire santé bien-être (ACSBE) et son centre de santé La Place santé à Saint-Denis (93), l'association À Vos Soins à Saint-Nazaire (44), l'association Soignons Humain à Lille et agglomération (59), le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) Pierre Nicole de la Croix-Rouge française à Paris (Ve) et la coopérative de santé Richerand à Paris (Xe). Des entretiens complémentaires ont pu être réalisés avec différents acteurs (cf. liste, p.5).

L'étude s'organise en trois parties :

1. La première introduit le sujet avec une **mise en contexte des politiques publiques et du rôle de l'ESS** dans le système de soins et dans l'organisation des soins de premier recours plus particulièrement.
2. La deuxième partie, cœur de l'étude, livre la matière issue de l'analyse croisée des initiatives visitées et présente les **solutions plurielles** qu'elles portent pour un accès à des soins de premier recours de qualité et de proximité pour toutes et tous. Cette deuxième partie est par ailleurs rythmée par de **brèves monographies sur chacune des structures étudiées** sur le terrain.
3. Enfin, l'étude s'ouvre sur des **pistes d'action visant à pérenniser et développer les innovations** abordées en faveur d'un système de santé connaissant une meilleure accessibilité aux soins de premier recours.





A group of medical students in white coats are sitting on a bench in a hallway. The hallway has a blue floor and a white ceiling with recessed lighting. The students are looking towards the right. The image is overlaid with a large orange circle on the left and a large white circle on the right containing text.

1.

ORGANISATION DE  
L'OFFRE DE SOINS ET  
DES SOINS DE PREMIER  
RECOURS : POLITIQUES  
PUBLIQUES ET RÔLE DE  
L'ESS

En 2000, l'OMS classait le système de santé français parmi les meilleurs au monde<sup>5</sup>. Or, malgré des progrès d'ensemble, des années 1970 aux années 2000, et à partir de l'indicateur de la mortalité prématurée (avant 65 ans), les écarts entre territoires se renforcent : « *les zones de forte mortalité prématurée s'enracinent en s'accusant dans leurs bastions traditionnels : la Bretagne, la Haute-Normandie, la Picardie, le Nord, la Lorraine et dans la « diagonale du vide », des Ardennes au Cantal (...) et la situation est préoccupante dans les territoires ruraux ou dans les banlieues défavorisées des grandes métropoles* », (VIGNERON., 2013, p.46). **Les inégalités sociales de santé se recoupent aux inégalités territoriales.** Ces évolutions font craindre l'apparition de « déserts médicaux<sup>6</sup> ».

Du point de vue de l'offre de soins, en 2018, 11% de la population vit dans une commune où l'accès à un médecin généraliste est limité. Le nombre de personnes effectuant des consultations hors parcours de soins, sans passer par un médecin traitant, atteint les 5 millions<sup>7</sup>. En ce qui concerne plus particulièrement l'accès aux soins de premier recours, en novembre 2020, « Le Guide Santé », en partenariat avec « Egora », est reparti des indicateurs et données de 2017 de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) pour formaliser une cartographie des difficultés d'accès aux soins de premier recours : 18% de la population française connaît au moins une difficulté d'accès et 0,55% de la population française cumule les trois difficultés définies par la DREES (accès aux généralistes, aux pharmacies et aux urgences) et est considérée comme vivant dans un désert médical<sup>8</sup>.

**Comment expliquer ces écarts et inégalités d'offre de soins, situation d'autant plus criante et alarmante dans le contexte de pandémie mondiale ?** L'offre et l'organisation des soins de premier recours dépend de l'organisation plus générale des soins, et les inégalités dans l'accessibilité aux soins de premier recours ne représentent « qu'une » partie de l'ensemble des inégalités en santé. Aussi, pour comprendre le cadre général impactant l'accessibilité à ces soins et les enjeux développés tout au long de l'étude, cette première partie présente les principales dynamiques des politiques publiques dans l'organisation de l'offre de soins et le rôle historique et essentiel de l'ESS dans ce domaine. Les évolutions de la profession médicale, des pathologies, le vieillissement de la population, etc. font craindre un renforcement des inégalités d'accessibilité aux soins et imposent de mettre en avant des réponses en termes de pratiques d'exercice regroupé et coordonné, de prise en charge globale et décloisonnée entre professionnels. Les soins de premier recours et leurs structures se voient aujourd'hui impactés et transformés par ces évolutions et l'ESS fait à ce titre preuve de sa capacité à répondre aux besoins de la population, notamment de par ses facultés de coopération, d'adaptabilité et d'innovation.

<sup>5</sup> Rapport sur la santé dans le monde : [https://www.who.int/whr/2000/media\\_centre/press\\_release/fr/](https://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/)

<sup>6</sup> Voir la définition à la première note de bas de page, page 8.

<sup>7</sup> <https://www.mutualite.fr/actualites/acces-aux-soins-dans-les-territoires-place-aux-chiffres/>

<sup>8</sup> <https://www.le-guide-sante.org/actualite/633-deserts-medicaux-etat-des-lieux-et-solutions.html>

# ÉVOLUTIONS MARQUANTES DANS L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS

Une présentation plus détaillée est à retrouver en annexe 2, page 59.

## DE 1958 AUX ANNÉES 1990, UNE LOGIQUE PLANIFICATRICE DANS L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS

1958

### Réforme Debré

- Création des centres hospitalo-universitaires (CHU)
- Distinction entre professeurs de médecine et professionnels des soins ambulatoires

1979

### Loi hospitalière « loi Boulin »

- Création du service public hospitalier
- Création de la carte sanitaire qui régule et redistribue le parc hospitalier

1991

### Loi Évin-Durieux

- Introduction de nouveaux outils de contrôle et d'évaluation
- Davantage de prise en compte de l'échelle régionale avec les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), pour compléter la carte sanitaire : de 1994 à 2011, trois générations de SROS se succèdent. Lors de la dernière génération de SROS, la carte sanitaire est supprimée.

## À PARTIR DES ANNÉES 1990, UNE LOGIQUE PLUS GESTIONNAIRE ET DE RATIONALISATION DES COÛTS DES SOINS

1995

### Le « Plan Juppé », annoncé avec l'objectif de réduire le déficit de la Sécurité sociale

- Ordonnances relatives au remboursement de la dette sociale, à l'équilibre financier et l'organisation de la Sécurité sociale, à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, à la réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Création de la loi de financement de la Sécurité sociale et de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), fixé chaque année par le Parlement.
- Concernant le financement de l'assurance maladie, on constate depuis 2002, sa restructuration souterraine. Les gouvernements successifs donnent de plus en plus de rôle aux assurances et mutuelles privées (déremboursement de certains médicaments et actes, mutuelle obligatoire pour les salariés depuis 2016). Mais s'il s'agit d'économies pour l'État, c'est une augmentation des coûts pour la société (PIERRU, 2012). L'ensemble des mesures prises en 2005 et 2006 se seraient ainsi traduites par un transfert de charge de plus de 600 millions d'euros vers les complémentaires santé (CAIRE, 2009).



#### 2004 Introduction du « Plan hôpital 2007 »

- Mise en place de la tarification à l'activité, « T2A » : un cadre unique de facturation et de paiement des activités hospitalières aux établissements de santé, au sein duquel l'allocation des ressources dépend fortement de l'activité réalisée.
- Ce nouveau mode de financement est souvent critiqué pour l'incitation « productiviste » à réaliser des actes, notamment les plus rémunérateurs, remettant ainsi en question la qualité des consultations et soins délivrés et favorisant davantage la concurrence que la coopération entre les professionnels de santé.

#### 2009 Loi portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)

- Une organisation régionale de la santé avec la création des Agences régionales de santé (ARS)
- Les principales mesures de la loi concernent : une nouvelle gouvernance des hôpitaux avec une incitation à la coopération avec le secteur privé, l'accès aux soins, la prévention et la santé publique, la réforme des ordres professionnels et l'intégration du nouveau cadre des Établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).
- Les ARS sont chargées de créer de nouveaux territoires de santé, « pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours » (Art.L.1434-16 du code de la santé publique).
- Loi critiquée pour le maintien de deux visions divergentes de l'organisation de la santé, l'une « technocrate et centralisatrice » et l'autre « politique et déconcentrée » (PIERRU, 2012).

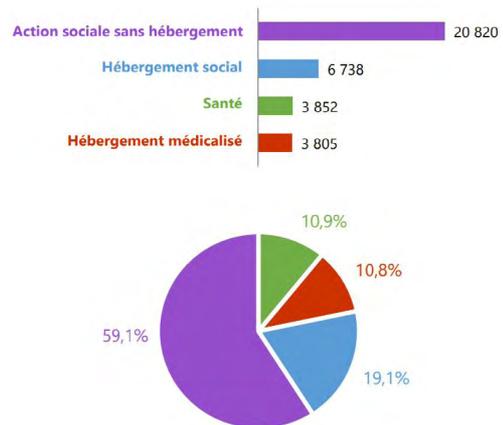
# RÔLE DE L'ESS EN FAVEUR D'UNE OFFRE DE SOINS ACCESSIBLE À TOUS ET À TOUTES

L'économie sociale et solidaire dispose d'une forte antériorité dans la proposition d'une offre de soins de proximité et d'une prise en charge globale.

La cartographie réalisée dans le cadre de la présente étude (cf. annexe 1, page 57) offre une vision schématique de la présence de l'ESS au sein du système de santé, de l'organisation de l'offre de soins, largement dépendante d'une politique nationale déclinée et territorialisée à travers les administrations publiques territoriales. Les structures de l'ESS apportent, le plus souvent en complément des politiques publiques, une réponse à des besoins peu couverts, s'efforçant d'assurer une accessibilité à la fois sur le plan économique, social et territorial à des soins de proximité et de qualité, avec une vision nécessairement non-lucrative et parfois démocratique de l'exercice.

Aujourd'hui, la santé est le 6<sup>e</sup> secteur d'activité de l'ESS<sup>9</sup> et selon le « Bilan 2019 de l'emploi associatif, sanitaire et social » de Recherches & solidarités<sup>10</sup>, le **secteur sanitaire et social privé non lucratif regroupe 1,125 millions de salariés** (soit 58% du secteur privé non lucratif) dans plus de 35 200 établissements employeurs (soit 22% des établissements employeurs du secteur privé non lucratif). Le graphique ci-contre issu du même bilan montre que l'action sociale sans hébergement représente le premier secteur privé non lucratif sanitaire et social.

Le secteur de la santé rassemble quant à lui plus de 3 800 établissements employeurs et environ 163 500 salariés. Toujours selon le bilan



Nombre et répartition des établissements employeurs en 2018

de Recherches & solidarités, « la masse salariale distribuée dans le secteur de la santé représente 21% de l'ensemble privé non lucratif sanitaire et social, alors que le nombre de salariés n'en représente que 14,5% » (p.11). L'économie sociale en milieu rural compte 11 111 emplois dans le secteur de la santé, soit 24,7% des emplois ruraux du secteur. C'est beaucoup plus que sur l'ensemble de la France où l'ESS ne représente que 11,9% des emplois de la santé<sup>11</sup>. Concernant le rôle important des bénévoles dans ces structures, « l'enquête réalisée en 2019 par l'IFOP pour France Bénévolat et Recherches & solidarités permet d'évaluer le nombre de bénévoles associatifs à 12,5 millions au plan national. Environ 28% sont impliqués dans le domaine social caritatif, et environ 10% le sont dans le secteur de la santé » (idem).

<sup>9</sup> Atlas commenté de l'ESS, CNCRESS, éditions Dalloz.

<sup>10</sup> <https://recherches-solidarites.org/wp-content/uploads/2019/09/Bilan-2019-de-lemploi-associatif-sanitaire-et-social.pdf>

<sup>11</sup> [https://www.avise.org/sites/default/files/atoms/files/20190906/tressons\\_etudequanti\\_2019\\_vf.jpg\\_pdf](https://www.avise.org/sites/default/files/atoms/files/20190906/tressons_etudequanti_2019_vf.jpg_pdf)

La mutualité, apparue à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, est considérée comme le plus ancien mouvement social français. Si elle tire ses racines d'un passé encore plus lointain, qui remonterait jusqu'aux civilisations antiques avec des premières caisses fraternelles, et se retrouve au Moyen-Âge à travers les associations ouvrières ; les fondements d'hier restent contemporains : « *l'organisation des métiers, l'action revendicative [...] chez les compagnons qui contestent souvent les tarifs imposés par les maîtres, et la solidarité, au travers de caisses de secours protégeant leurs membres contre les risques de la vie*<sup>12</sup> ». Les mutuelles protègent aujourd'hui près de 35 millions de personnes en France<sup>13</sup> et « *mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie* » (article L111-1 du Code de la mutualité). Acteur historique, voire pionnier, de l'économie sociale, le mouvement mutualiste en est le fer de lance en matière d'offre de soins accessible : proposant d'autres voies en termes de soins et de complémentaire ; l'engagement équilibré du mouvement et de ses mutuelles sur ces deux secteurs d'activité complémentaires est crucial dans la lutte contre les inégalités de santé, et contre les inégalités d'accès aux soins en particulier. Si d'autres structures de l'ESS concourent également à ces luttes, sur l'offre de soins ou d'autres secteurs d'activité impactant l'état de santé et ses déterminants, la mutualité est la seule, dans la « famille ESS » à proposer les deux volets de l'organisation des soins.

**Concernant plus particulièrement l'offre de soins de premier recours, les premiers « dispensaires », au sein desquels les patients ne**

paient que s'ils en ont les moyens, apparaissent au XVII<sup>e</sup> siècle.

Aujourd'hui, les centres de santé peuvent être créés et gérés par des organismes à but non lucratif (associations, fondations, mutuelles, coopératives), des collectivités territoriales, des établissements publics de coopération intercommunale et par des établissements de santé (établissements publics ou privés, à but lucratif ou non). Les bénéficiaires du centre ne peuvent être partagés entre les associés de l'organisme gestionnaire, mais doivent être réinvestis dans le projet. Ils constituent une offre de soins polyvalente ou pluri-professionnelle qui se caractérise par un exercice exclusivement salarié (médical et paramédical, éventuellement social). Leur financement s'effectue par le remboursement à l'acte, l'allocation d'une subvention par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et subventions de la part de collectivités territoriales. Les actes y sont facturés aux tarifs opposables (sans dépassement d'honoraires)<sup>14</sup> et la pratique du tiers payant est intégrale. Le système de tiers payant dispense le bénéficiaire de l'Assurance maladie de faire l'avance des frais médicaux. Il s'applique aux personnes dans certaines situations : bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS), de l'Aide médicale de l'État (AME), en cas d'affectation de longue durée (ALD) reconnue. Dans le cas du tiers payant intégral, il n'y a aucun frais à régler immédiatement au professionnel de santé. Dans le cas du tiers payant partiel, le patient paie la part des frais non pris en charge par l'Assurance maladie, le « ticket modérateur »<sup>15</sup>.

Les quelques centres de santé ouverts (2 000<sup>16</sup> aujourd'hui en France), constituent une partie de la réponse à la fragilité de l'offre médicale dans certains territoires.

<sup>12</sup> Toutes les informations historiques et citations de ce passage sont extraites du site de la Mutualité française, où la riche histoire du mouvement est détaillée par périodes : <https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/le-mouvement-mutualiste/histoire-des-mutuelles/>

<sup>13</sup> <https://www.avise.org/articles/associations-cooperatives-et-mutuelles-acteurs-cles-du-systeme-de-sante>

<sup>14</sup> Le tarif conventionnel, ou base de remboursement, détermine pour chaque acte médical le montant du taux de remboursement de la Sécurité sociale. Ce taux varie selon que le médecin, généraliste ou spécialiste, est conventionné en secteur 1 ou 2, et ne s'applique pas pour les professionnels n'ayant pas signé une convention médicale avec l'Assurance maladie, qui fixe les tarifs de remboursement des consultations. En secteur 1, les tarifs sont dits « opposables » à ceux de l'Assurance maladie, c'est-à-dire que les professionnels s'engagent à les respecter et ne pratiquent de dépassement d'honoraires que dans certains cas exceptionnels. Les médecins du secteur 2 sont conventionnés sur des honoraires libres qu'ils peuvent facturer, et le patient est remboursé sur la base du tarif conventionnel.

<sup>15</sup> <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F167>

<sup>16</sup> Ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-centres-de-sante-211965>

# MÉDECINE LIBÉRALE AU CŒUR DES SOINS DE PREMIER RECOURS : DE L'ACCENTUATION DES INÉGALITÉS AUX NOUVELLES FORMES D'ORGANISATION ET D'APPROCHES

---

Depuis une vingtaine d'années, les évolutions de la démographie médicale, de la population comme des pathologies, entraînent une réorganisation nécessaire de l'offre de soins de premier recours, afin d'éviter d'aggraver les inégalités d'accès à ces soins. Les fondements de la médecine libérale sont cristallisés en 1927 dans la Charte commune de la profession, dont les principes structurent aujourd'hui encore l'organisation des soins ambulatoires : « le libre choix », « le respect absolu du secret professionnel », « le droit à des honoraires pour tout malade soigné » ou « la liberté thérapeutique et de prescription ». Parmi les soins ambulatoires, les soins de premier recours, dont l'offre est abondante et historiquement inégalement répartie. Ce déséquilibre relève de la liberté d'installation du médecin et de la liberté de choix du patient, ainsi que d'une « régulation principalement quantitative de l'offre de soins fondée sur l'utilisation du *numerus clausus*<sup>17</sup> » (CHEVILLARD et al, 2015, p.661). L'exercice et la délivrance des soins de premier recours se fondent sur une pratique individuelle, et chaque professionnel de santé (médecin généraliste, infirmier ou infirmière, pharmacien, etc.) intervient successivement auprès d'un même patient (BOURGEOIS, 2015).

Si, dès les années 1970, on observe certains écarts en matière de l'offre de soins entre territoires, plusieurs évolutions font craindre, à partir des années 1990, « un renforcement des inégalités spatiales d'offre de soins et une diminution de l'accessibilité aux soins de premiers recours dans certains espaces » (CHEVILLARD et al, 2015, p.661), dans le contexte de l'organisation traditionnelle des soins de premier recours et de la médecine libérale. Ces évolutions sont d'ordre démographique et sociologique au sein de la profession médicale : vieillissement des médecins, féminisation de la profession et changement des choix organisationnels, notamment dans l'orientation des installations des nouvelles générations, moins attirées par l'exercice « traditionnel » libéral individuel et isolé. Désormais, les jeunes médecins prennent en considération, dans leur choix d'installation, la durée hebdomadaire de travail, le cadre de vie et la possibilité d'exercer de manière regroupée. Parallèlement aux évolutions démographiques et des pathologies (soit le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques), cette dynamique accentue l'inadaptation de l'organisation originelle de l'offre de soins de premier recours à répondre aux nouveaux besoins de la société, ceux des professionnels comme des patients. Cette inadaptation se reflète dans le phénomène de désertification médicale et de renforcement d'inégalités en termes d'accessibilité aux soins de premier recours. « L'un des constats établis (...) pour expliquer les difficultés rencontrées renvoie aux limites de l'organisation traditionnelle des soins de premier recours ; ce qui est à la fois une cause et une conséquence de la fragmentation des systèmes de soins dans leur globalité », (SEBAL, YATIM, 2017, p.889).

---

<sup>17</sup> Le *numerus clausus* dans l'admission aux études de santé françaises est instauré en 1971 et permet de fixer, par arrêté ministériel, le nombre d'étudiants pouvant être admis en deuxième année. Longtemps critiqué pour les effets de pénurie provoqués dans certains secteurs, ou la hiérarchisation des spécialités et rémunérations, il est supprimé par l'Assemblée nationale en mars 2019.

Les premières initiatives prises par les pouvoirs publics face à cette situation sont « des mesures incitatives financières dont les effets restent faibles » (CHEVILLARD et al, 2015, p.660). Si « la préoccupation pour une structuration de l'offre de soins de premier recours permettant l'accès à des soins de qualité pour tous (...) était déjà en germe dans le mouvement des centres de santé, cette préoccupation se formalise dans divers rapports et circulaires en France à la fin des années 2000 » (BOURGEOIS, 2015, p.345). Le « *chronic care model*<sup>18</sup> » (ou « prise en charge des maladies chroniques », modèle développé aux États-Unis) devient une référence pour l'adaptation de l'organisation du système de soins de premier recours à la complexification des pathologies et de leurs prises en charge. Ces évolutions dans la production de soins de premier recours « consistent à passer d'une pratique individuelle curative auprès des patients à une pratique collective de production d'un service santé auprès de la population » (BOURGEOIS, 2015, p.346) ; et constituent une véritable rupture avec le mode d'exercice libéral classique.



Si les centres de santé proposent depuis longtemps un autre modèle à ce mode d'exercice, isolé et individuel, et que des professionnels ont entamé spontanément des regroupements « monodisciplinaires » (plusieurs médecins généralistes dans un cabinet), les politiques publiques de santé proposent, après les années 2000, une offre de soins de premier recours renouvelée, avec de nouvelles structures permettant de faciliter l'exercice coordonné des soins, en libéral, telles que les **Maisons de santé pluridisciplinaires, puis pluriprofessionnelles**<sup>19</sup> (MSP) ou **pôles de santé**<sup>20</sup>. Créées en 2007, les

MSP regroupent médecins et professionnels paramédicaux sur un lieu d'exercice unique, au sein d'une approche coordonnée et formalisée dans un projet de santé. Dans leur réalisation, les MSP s'appuient sur l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) signé entre l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) et l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM). Celui-ci définit le cahier des charges notamment pour l'octroi de la rémunération d'équipes selon un système d'indicateurs (en moyenne 60 000 euros par an/MSP).

<sup>18</sup> Ce modèle repose sur six composantes : « la cohérence du système de santé via notamment des modes de rémunération adaptés ; la mobilisation des ressources communautaires ; l'implication des patients via l'information et l'éducation thérapeutique ; l'harmonisation des pratiques professionnelles ; l'introduction de nouveaux modes organisationnels centrés sur la coordination » (SEBAI, YATIM, 2017, p.889). Il s'agit d'une refonte organisationnelle appelant la coordination de la prise en charge du patient et la coopération entre professionnels de santé, entre différents professionnels des soins de premier recours mais également entre les professionnels des soins ambulatoires, des soins hospitaliers, des soins médicaux-sociaux et de longue durée.

L'éducation thérapeutique « aide les personnes atteintes de maladie chronique et leur entourage à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Pour bon nombre de pathologies, il est démontré que l'éducation thérapeutique des patients améliore l'efficacité des soins et permet de réduire la fréquence et la gravité des complications », Rapport du Haut Conseil de la santé publique « L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours », novembre 2009, p.11, <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=222>

<sup>19</sup> Différence entre pluriprofessionnalité et pluridisciplinarité : la première est l'association de plusieurs professions différentes (professions médicales et paramédicales) alors que la seconde désigne différentes disciplines au sein de la même profession (un médecin et un dentiste qui exercent dans un même centre, ils relèvent de la même catégorie de professionnels médicaux).

<sup>20</sup> Les pôles de santé fédèrent, sans obligation de regroupement géographique, des libéraux, des services de santé (maisons, centres et réseaux de santé), des établissements de santé, des services et établissements médico-sociaux. Leur forme juridique peut être celle de l'association, du groupement de coopération sanitaire, de groupements d'intérêt économique et groupements d'intérêt public. Les professionnels ont un statut de libéral ou de salarié. Ces pôles assurent des activités de premier ou second recours et peuvent s'inscrire dans la réalisation des actions de prévention et promotion de la santé et de la sécurité sanitaire, prévues par le Schéma régional de prévention. Si le pôle et l'ARS sont liés par un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), le FIQCS peut participer à son financement.

Leur statut juridique peut être celui d'une société civile de moyens, société civile immobilière, société civile professionnelle, société d'exercice libéral ou association qui peut ensuite se constituer en Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) pour bénéficier de rémunérations liées à l'exercice coordonné. Il s'agit d'une des structures juridiques les plus communes pour les MSP, « *et aussi la seule à avoir été spécialement conçues pour elles*<sup>21</sup> ». Leur objectif est la mise en commun de moyens et l'exercice en commun d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou coopération entre les professionnels de santé. Des MSP engagées au sein de Communautés professionnelles territoriales de santé<sup>22</sup> peuvent percevoir des rémunérations collectives pour des missions de prévention (une des missions obligatoires de l'Accord conventionnel interprofessionnel des CPTS). Les professionnels exerçant au sein des MSP ont un statut de médicaux et paramédicaux libéraux (et éventuellement médico-sociaux). Ces structures assurent des activités de soins sans hébergement, et le regroupement de professionnels sur un même site permet de prendre en compte l'orientation, l'information, l'éducation, le suivi et la coordination des soins des patients. Leur financement s'effectue sur la base de leur activité, par l'Assurance maladie, et peut être complété en termes de fonctionnement et d'investissement par les collectivités territoriales ou au titre du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), géré par les ARS.

La différence entre un centre de santé et une maison de santé réside dans le fait que les professionnels de santé sont salariés dans le premier et exercent sous le statut libéral dans la seconde. Si, contrairement aux professionnels salariés des centres de santé, les professionnels

des MSP peuvent être conventionnés en secteur 1 comme en secteur 2 et peuvent par là présenter un critère d'accessibilité financière moindre, ces structures constituent une réponse essentielle au phénomène de désertification médicale et viennent compléter l'offre de soins de premier recours sous forme d'exercice coordonné, attirant aussi des professionnels souhaitant conserver leur statut libéral.

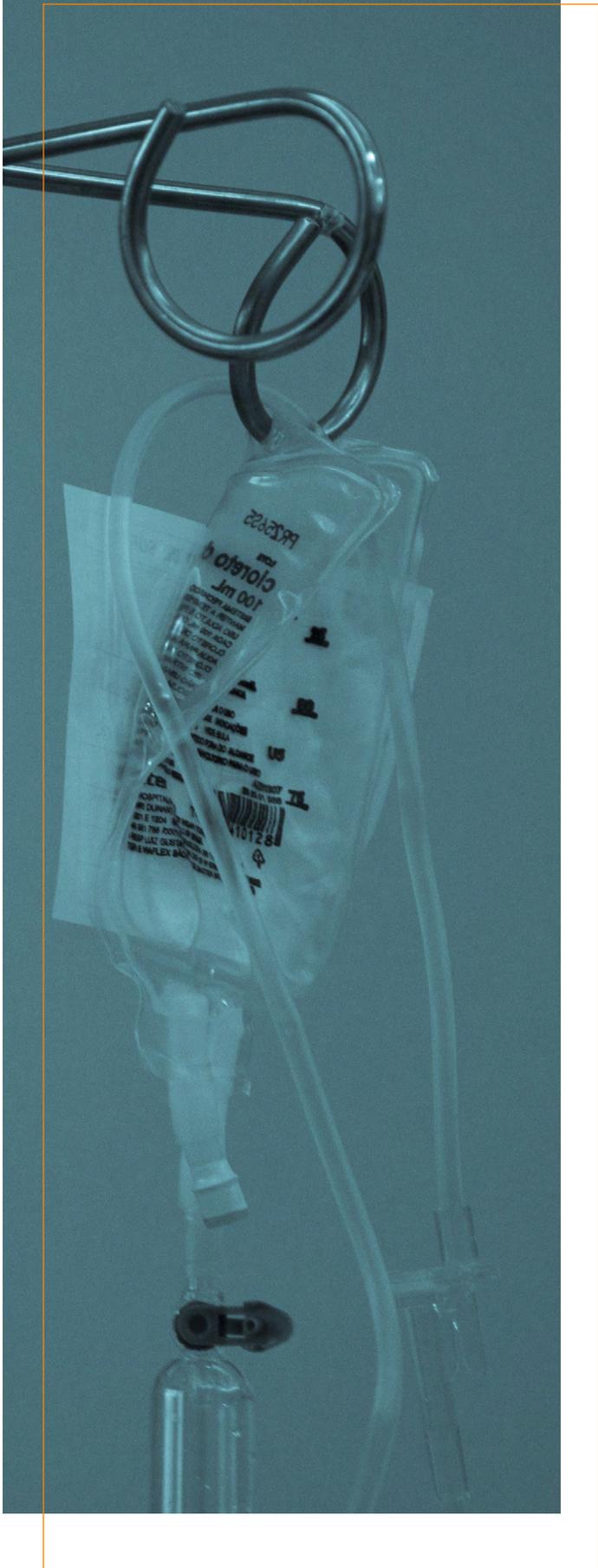
**La loi HPST de 2009 redéfinit, en le mettant de nouveau en avant, le rôle des soins de premier recours, des structures où ils sont dispensés (centres de santé, MSP, et pôles de santé) et renforce la figure du médecin généraliste.** Ces orientations sont également mises en avant dans la loi de modernisation de notre système de santé de 2016<sup>23</sup>. Toutefois, la notion de « premier recours » est peu précise dans les textes et ses missions sont générales sans liste exhaustive de profession, en dehors du rôle particulier du médecin généraliste. Le Sénat<sup>24</sup> relève même en 2012 que cette notion n'est pas sans ambiguïté, de par l'existence d'au moins 92 définitions de soins de premier recours, variant selon les pays. Cette ambiguïté résulterait en outre du manque de conciliation des logiques territoriales, technique et financière, qui restent concurrentes dans l'organisation des soins en France. **Ce n'est qu'en 2016 que les soins de premier recours sont définis comme l'activité principale de l'équipe de soins primaires (centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles), à partir d'un projet de santé qu'elle élabore.** Ce projet de santé « *a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé* », Article L.1411-11-1 du Code de la santé publique.

<sup>21</sup> <https://www.macsfr.fr/exercice-liberal/Exercer-en-groupe/L-essentiel-sur-la-SISA>

<sup>22</sup> Annoncée en 2018, la stratégie « Ma santé 2022 » vise à apporter des réponses globales aux inégalités d'accès aux soins ainsi qu'une meilleure organisation des professionnels de santé. Aux côtés des centres de santé et MSP, la forme de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) est largement mise en avant. Elle représente un mode d'organisation permettant aux professionnels de santé, à leur initiative, de se regrouper sur un même territoire, autour d'un projet médical et médico-social. Ces professionnels exercent en premier ou second recours, dans des cabinets, MSP, centres de santé. Établissements hospitaliers (publics et privés) et structures médico-sociales peuvent se rassembler au sein d'une CPTS, sans que cette dernière ne les regroupe physiquement, au sein d'un même lieu d'exercice. L'objectif est de faciliter l'exercice décloisonné des acteurs et une meilleure organisation des prises en charge. « Ma santé 2022 » prévoit 1 000 CPTS d'ici 2022 ; 400 projets de CPTS étaient recensés en 2019.

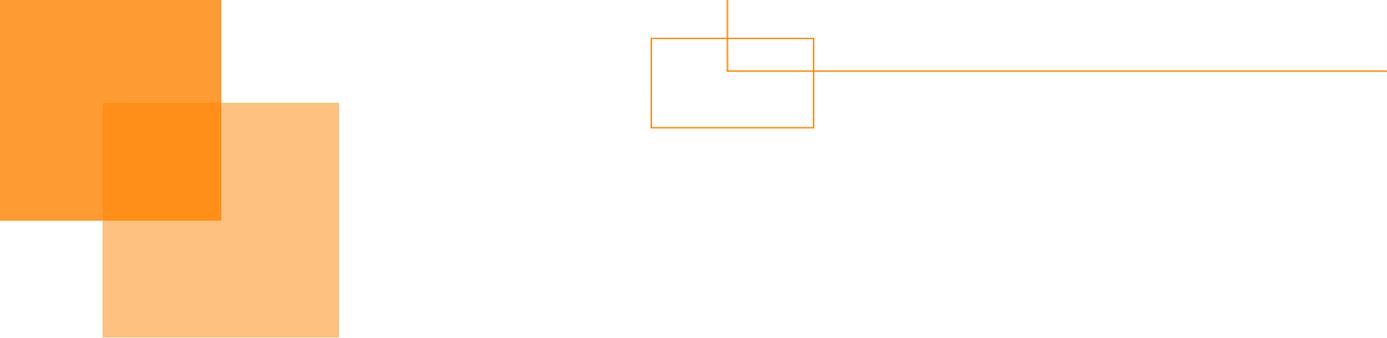
<sup>23</sup> La loi de Modernisation de notre système de santé s'articule autour de trois axes principaux : favoriser la prévention (lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme, encadrement des toxicomanies, etc.), faciliter l'accès aux soins (extension du tiers-payant, programme national de lutte contre les déserts médicaux, etc.), et consolider le système de santé (refonte du service public hospitalier, création des Groupement hospitaliers de territoire (GHT), dossier médical partagé.

<sup>24</sup> <http://www.senat.fr/rap/a11-109-5/a11-109-53.html>



Selon les définitions des lois HPST de 2009 et de modernisation de notre système de santé de 2016, le système de premier recours doit enrichir le contenu des prises en charge et associer différents professionnels de santé. L'intérêt des pouvoirs publics pour le développement des maisons de santé et l'article 51 de la loi HPST (les professionnels peuvent s'engager, de leur initiative, dans des démarches de coopération) laisse penser à une évolution dans le sens d'une coordination facilitée entre professionnels. Mais en 2008, la Haute autorité de santé (HAS) identifie les freins à la constitution des équipes et au développement de nouvelles formes de coopération : les conditions de formation (bac+10 pour les médecins, bac+3 pour les paramédicaux), le cadre juridique de l'exercice, davantage défini par des listes d'actes que par les missions écrites dans les textes, et le mode de rémunération, le paiement à l'acte étant contradictoire avec la coopération. Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2013<sup>25</sup> sur les centres de santé révèle qu'« une forte identité réunit la plupart des centres, trouvant son origine dans une histoire de pionniers d'une médecine attentive aux exclus et le respect d'obligations communes, à fort contenu social », notamment par leur tarification et pratique d'une médecine globale. Mais si le rapport constate « la réelle utilité sanitaire et sociale des centres de santé », il met en avant la nécessité d'un nouveau modèle économique, « une rémunération forfaitaire en plus du paiement à l'acte ».

<sup>25</sup> « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain », rapport établi par l'IGAS, juillet 2013, [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres\\_de\\_sante.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf)



En 2018, une évolution dérogatoire inscrite sous la forme d'un dispositif d'expérimentation dans le Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) rend possible une évolution pour une meilleure adéquation entre organisation et mode de rémunération : face à un système de financement segmenté entre soins de ville, hôpital et secteur médico-social, et face à l'urgence de prises en charge globales des patients, l'Article 51 du PLFSS de 2018 permet l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation et de rémunération, et ce jusqu'en 2023. On dénombre, au 1<sup>er</sup> novembre 2020, 71 expérimentations retenues et soutenues, réparties entre les « expérimentations ministérielles » et « les expérimentations à l'initiative des acteurs<sup>26</sup> ». 130 projets sont actuellement en cours d'introduction. En 2018 également, l'ordonnance n°2018-17 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé, prise en application de l'article 204 de la loi de 2016, vise à **renforcer l'offre de soins de premier recours en favorisant l'augmentation du nombre de centres de santé, en précisant leurs missions ainsi que leur principe de non-lucrativité**, et intègre, à l'article L. 6323-1-3, un nouvel organisme parmi les gestionnaires de centres de santé : « *Un centre de santé peut également être créé et géré par une société coopérative d'intérêt collectif régie par le titre II ter de la loi n°47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération* ». Les seules personnes morales pouvant être associées de la Société coopérative d'intérêt collectif (SCIC) sont les organismes pouvant créer et gérer un centre de santé : associations, mutuelles, fondations, collectivité... Cette évolution, qui sera davantage développée dans la deuxième partie de l'étude, est particulièrement intéressante et semble constituer une solide voie pour un modèle de structure de soins de premier recours intégrant coopérations entre différents professionnels, coopérations territoriales, qualité et accessibilité des soins, ainsi qu'un cadre économique équilibré.

---

<sup>26</sup> Liste des expérimentations « Article 51 » : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/experimentations-en-cours>

Une vision globale de la santé, de soigner et prendre soin, nécessairement centrée sur l'humain, soignant et soigné, en appelle à une mise en commun, un partage des risques et coûts de ce bien commun conditionnant le bon fonctionnement de nos sociétés. Les évolutions récentes de la démographie médicale, de la population, des types de pathologies mettent en avant le rôle et la reconnaissance réglementaire des soins de premier recours, de leurs professionnels et structures. L'exercice coordonné, en centres de santé ou maisons de santé pluriprofessionnelles, apporte une réponse au besoin de prise en charge globale et continue des patients ; bien que de nouveaux modes de rémunération liés à ces coopérations ne soient apparus que récemment, et actuellement surtout sous une forme dérogatoire. Le contexte de pandémie que nous connaissons depuis 2020 a notamment mis en lumière la pertinence de structures de soins de premier recours<sup>27</sup> accessibles pour tous et toutes, dans tous les territoires, permettant la réalisation de notre idéal de **démocratie sanitaire**. La crise actuelle confirme que la santé renvoie à un vaste champ de déterminants sociaux et économiques et que les « réponses les plus pertinentes, au plus près des situations, se tissent au niveau local, dans la solidarité, avec l'ensemble des acteurs locaux, en particulier avec les habitants » (Tribune de Fabrique territoires santé et Élus santé publique et territoires, 20 avril 2020, p.4<sup>28</sup>). C'est également dans ce contexte que s'inscrit la réalisation de notre étude au cœur de laquelle nous mettons en lumière les solutions existantes et à co-construire, s'appuyant sur l'analyse de cinq structures de soins de premier recours, actrices de l'économie sociale et solidaire, qui ont accepté de raconter leur histoire, et d'exposer leurs projets et les enjeux auxquels elles font face.

---

<sup>27</sup> <https://ijfr.fr/2020/05/11/enquete-nationale-maisons-de-sante-et-centres-de-sante-face-au-covid-19/>

<sup>28</sup> Tribune « Covid 19 et lutte contre les inégalités : pour un véritable soutien aux dynamiques territoriales de santé », <https://espt.asso.fr/wp-content/uploads/2020/04/CP-FTS-ESPT-avril-2020.pdf>



2.

SOLUTIONS PLURIELLES  
POUR UNE ACCESSIBILITÉ  
SOCIO-ÉCONOMIQUE  
ET GÉOGRAPHIQUE À  
DES SOINS DE PREMIER  
RECOURS DE QUALITÉ

Face aux besoins en santé des usagers, l'importance du maillage territorial des soins de premier recours et leur accessibilité financière, sociale et territoriale est de plus en plus soulignée comme une des réponses aux enjeux actuels d'inégalités en santé. L'exercice coordonné, voire pluriprofessionnel, est encouragé pour répondre à la nécessaire prise en charge transversale et globale des usagers et aux besoins des professionnels. Si cette deuxième partie présente les réponses mises en place par des centres de santé aux différents facteurs d'inégalités d'accès aux soins de premier recours, elle n'entend pas opposer différentes formes de l'exercice coordonné et regroupé, toutes essentielles dans le cadre d'une approche globale. Il convient également de rappeler que les acteurs de l'ESS présents sur l'offre de soins de premier recours ne se caractérisent pas exclusivement par leur statut juridique, mais par **l'objet final de leurs projets visant la réduction des inégalités en santé. C'est tout d'abord par leur but forcément non lucratif que les centres de santé garantissent l'accès financier à des soins de premier recours de qualité.**

L'association communautaire santé bien-être (ACSBE) à Saint-Denis, À Vos Soins à Saint-Nazaire, Soignons Humain à Lille et agglomération, le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) Pierre Nicole et la coopérative de santé Richerand à Paris sont d'anciennetés différentes : trois bénéficient d'une implantation historique, deux autres, plus récents, sont en plein développement. Cette partie met en lumière différentes réponses, voire innovations que ces structures proposent face aux freins entravant l'accès aux soins de premier recours. Ces freins sont traités par thématique : **freins économiques et sociaux, freins liés à l'inégale répartition de l'offre de soins de premier recours sur le territoire et freins constitués par les modèles économiques des structures et modes de rémunération actuels des professionnels de santé.**

# INÉGALITÉS SOCIALES ET ÉCONOMIQUES DANS L'ACCÈS AUX SOINS : POUR UNE PRISE EN CHARGE INCONDITIONNELLE ET GLOBALE

---

Les initiatives analysées dans le cadre de la présente étude proposent des réponses aux freins économiques et sociaux connus par les usagers dans l'accès aux soins : dans une approche universaliste et populationnelle<sup>29</sup> dont l'objectif principal est de réduire les inégalités de santé, **les centres de santé dispensent des soins de qualité financièrement accessibles pour tous**. Aujourd'hui, ils pratiquent tous le tiers payant, respectent les tarifs conventionnels (professionnels de santé conventionnés en secteur 1) et représentent pour beaucoup la seule alternative au renoncement aux soins.

**Les soins y sont délivrés de manière inconditionnelle**, « *on ne demande ni carte d'identité, ni carte vitale* » (Dr. Laurent Michel, CSAPA Pierre Nicole). Ces principes d'inconditionnalité dans l'accès aux soins, sur le plan financier mais également, plus en amont, en matière de l'accès aux droits (de la prise en compte du parcours de vie de l'individu), se traduisent au sein des centres visités dans leur organisation interne et leur inscription dans l'écosystème médico-social au sens large, favorisant l'accès aux droits des patients et usagers. Les liens que tisse et entretient un centre de santé avec des associations, des professionnels ou bénévoles dans l'accès aux droits, l'accueil et l'accompagnement, intégrée au sein même du centre de santé, permettent d'agir sur des barrières non médicales entravant l'accès aux soins. « *Dans les centres de santé, la qualité de l'accueil favorise l'accessibilité fonctionnelle, culturelle et psychosociale des populations les plus précaires. L'accompagnement social facilite*

*l'accessibilité économique, administrative et sociale* » (COLIN, ACKER, 2009, p.60). Ainsi, à La Place santé à Saint-Denis, les accueillantes ont un rôle important, notamment dans la gestion du tiers payant ; et cette fonction d'accueil est d'ailleurs transversale à l'ensemble de l'équipe du centre de santé.

Les structures de l'exercice coordonné des soins de premier recours, et particulièrement les centres de santé, permettent d'agir sur les facteurs sociaux pouvant entraver l'accès à ces soins, **en adoptant une approche globale, holistique de la santé**, déclinée à travers différents médiums, au sein de leurs volets de prévention et de promotion de la santé : jardin collectif, ateliers d'immersion sonore, interventions thématiques comme les « Mardis au féminin » du camion le MarSOINS (À Vos Soins) et la médiation en santé. La professionnalisation de la médiation en santé se renforce, et l'ACSBE y a fortement contribué en s'appuyant sur les compétences des habitants du Franc-Moisin et sur les réseaux d'entraide existants entre eux pour construire son projet. Les médiatrices ont un rôle essentiel dans l'articulation des différentes missions du centre de santé et pour une alliance des modèles de soins, c'est-à-dire une vision transversale de ce qui « fait le soin », pas seulement des consultations médicales et un aspect « curatif » mais également des actions de prévention et de promotion en santé, permettant d'avoir des effets positifs sur les autres déterminants d'un bon état de santé. À l'ACSBE, la médiation a pour axes majeurs de travail l'accès aux droits et la promotion de la santé. Les patients

---

<sup>29</sup> La notion de « responsabilité populationnelle » est définie dans le rapport « Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé » (2014) comme la préoccupation que chaque personne sur le territoire de proximité trouve à minima une orientation vers la réponse adaptée à ses besoins de santé, dans une perspective de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé », p.10. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Devictor\\_-\\_Service\\_public\\_territorial\\_de\\_sante2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf)

sont ainsi reçus en entretien individuel pour l'accompagnement dans les droits de santé de base (CSS – agrège CMU-C et ACS, AME) et liens avec la CPAM. L'accès aux droits est un enjeu décisif, « *les médiatrices interviennent dans la reconquête des droits sociaux* », (D. Ménard, ACSBE). Au Franc-Moisin, les habitants et patients arrivent majoritairement de manière individuelle, plutôt que par les ateliers de sensibilisation mis en place par l'ASCBE ou le volet de l'urgence en santé. « *L'enjeu étant pour les médiatrices d'embarquer les habitants dans le projet et d'ouvrir vers d'autres propositions, notamment le collectif. Puis le rôle de la médiatrice est d'améliorer la compréhension des deux côtés, patient/médecin, notamment par la reformulation* », (N. Coupeaux, ACSBE). Une médiatrice peut en effet intervenir pendant une consultation. La promotion de la santé passe par des ateliers de sensibilisation à l'ACSBE et des groupes de travail avec les habitants, pour mieux saisir leurs besoins. Ces ateliers et groupes sont animés par les médiatrices, qui travaillent également de manière collaborative avec les autres professionnels du centre de santé. Pour ces derniers, le travail avec les médiatrices est précieux et participe à une démarche qualitative et efficiente en santé : « *Il vaut mieux prescrire un atelier que des médicaments* », (M. Catrice, La Place santé). L'objectif du projet de l'ACSBE, comme pour toutes les initiatives visitées, est de répondre aux besoins des habitants « *en développant le bien-être plutôt qu'en diminuant le mal-être* » (D. Ménard), dans un contexte social marqué par la pauvreté et la vulnérabilité.



« *Il vaut mieux prescrire un atelier que des médicaments.* »

Maxime Catrice,  
La Place santé

Cette prise en charge globale proposée par les structures étudiées s'appuie sur le regroupement des différents professionnels, services et types de soins au sein d'un même lieu. Les liens de coopération tissés avec les acteurs médicaux et non médicaux locaux permettent d'orienter les usagers et de les ancrer dans une dynamique de parcours de soin continu. L'exercice collectif avec différents professionnels de santé, leur coordination, facilite une prise en charge globale et continue.

Une prise en charge globale de l'utilisateur signifie également favoriser son adhésion et sa participation au projet de la structure, afin que celle-ci puisse prendre en compte ses besoins et y répondre de la manière la plus adaptée possible. Certains centres de santé développent des actions de santé communautaire : cette démarche se caractérise, selon l'Observatoire créé par le Secrétariat européen des pratiques en santé communautaire (2005-2009), par des éléments « *interdépendants et complémentaires*<sup>30</sup> » : ceux relatifs à une approche en promotion de la santé (approche globale, actions sur les déterminants de la santé, travail décloisonné) et ceux relatifs à une stratégie communautaire : la présence d'une communauté, l'implication des acteurs concernés dans une démarche de co-construction, un contexte de partage, de pouvoir et de savoir, et la valorisation et mutualisation des ressources de la communauté. C'est le cas de l'ACSBE qui a constitué dès ses origines un collège des habitants et usagers car les ressources recherchées pour intervenir en santé communautaire étaient « *au sein même de la communauté* » (D.Ménard, ACSBE). En effet, les professionnels du quartier pratiquaient déjà la médecine sociale avant la création de l'association, à travers un traitement prenant en compte les caractéristiques des habitants, et grâce aux réseaux d'entraide locaux. Mais en 2006, les habitants constatent, en 2006, qu'une grande majorité des professionnels allait prendre sa retraite. Un Comité d'habitants usagers citoyens (CHUC) est alors créé et participe à la réflexion donnant naissance au projet du centre de santé La Place santé. Récemment, l'ACSBE a même proposé une assemblée mouvante, forme s'adaptant davantage aux disponibilités des habitants et usagers pour partager leur avis et idées de manière transversale. Il s'agit aussi de leur donner la possibilité de s'engager concrètement dans la mise en œuvre de projets à taille humaine, limités dans le temps et restreints à l'échelle du quartier.

Une réflexion sur la participation des patients et usagers dans la gouvernance du CSAPA Pierre Nicole est également en cours, mais la mise en place d'une dynamique d'engagement se révèle complexe, en raison du temps nécessaire pour mettre en place et susciter sur le long terme l'implication des actuels ou anciens usagers. Une telle démarche doit être réfléchie et mériterait d'être inscrite dans le mode de fonctionnement de la structure. Concernant un autre levier et degré de participation, la pair-aidance<sup>31</sup> est mentionnée comme particulièrement pertinente en termes de stratégie de réduction des risques liés à l'usage de drogues.

<sup>30</sup> [https://www.institut-renaudot.fr/pages/qui.html#anchor\\_qui\\_04](https://www.institut-renaudot.fr/pages/qui.html#anchor_qui_04)

<sup>31</sup> « La pair-aidance repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie, somatique ou psychique. Les groupes supports entre personnes ayant vécu des expériences similaires existent depuis longtemps dans le domaine des addictions par exemple. De nombreuses expériences de pair-aidance et de pair-émulation ont été menées en Amérique du Nord (notamment via le mouvement social pour la Vie autonome, des Alcooliques anonymes), et se développent à présent en France », <https://sante.fr/la-pair-aidance>

## ASSOCIATION COMMUNAUTAIRE SANTÉ BIEN-ÊTRE (ACSBE), SAINT-DENIS



### La santé communautaire, les habitants et « l'aller vers » au centre de la démarche

La politique de la ville démarre au Franc-Moisin en 1989. C'est dans le cadre de la **Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale** (MOUS) que la municipalité lance une démarche de diagnostic sur la situation des habitants en matière de santé. **De 1986 à 1991, ce diagnostic prend la forme d'une recherche action** (« Quartier, démocratie et santé », sous la direction de Michel Joubert, avec Patricia Bouhnik et Fernando Bertolotto, 1998) et mobilise de nombreux acteurs du quartier : plus de 300 familles sont interrogées sur leurs conditions de vie sociale et leur accès au système de soins ; des professionnels de santé du quartier sont également associés au diagnostic. **Cette démarche est fondatrice pour l'ACSBE, qui précise « faire de la santé communautaire avant l'heure<sup>32</sup> »,** notamment concernant la participation des habitants. Elle identifie 4 projets d'intervention à l'issue de l'étude : la mise en place d'un réseau interprofessionnel, la constitution d'un lien « ressources jeunes », une antenne de travail sur les états de mal-être et une action-animation sur la grossesse et conditions de naissance. L'ACSBE ouvre en 1992 et dès les débuts, la dynamique repose fortement sur l'implication d'un médecin, Didier Ménard (installé au Franc-Moisin depuis 1980 et toujours président de l'association) et ses relations interpersonnelles locales. Il a fallu deux ans à l'ACSBE pour trouver son modèle de fonctionnement. Bien qu'ayant participé à la recherche-action, les interlocuteurs institutionnels locaux « *avaient du mal à comprendre l'objet* » de l'association, et le travail avec les habitants s'en trouvait freiné. « *Une association qui ne dynamise pas, mais qui dynamite le système !* » (D. Ménard).

L'association a trouvé son mode de fonctionnement à partir des savoir-faire des habitants : constatant la présence de réseaux informels d'entraide en santé entre les habitants, et entre les habitants et les professionnels, l'association a mis en place des formations à destination des habitants et usagers sur le fonctionnement du système social, le système de santé, et la santé communautaire. C'est ainsi qu'émerge la médiation en santé, qui trouve ses origines dans le mouvement des Femmes relais des années 1980. Cette figure se professionnalise pour devenir un métier à part entière, notamment avec la création du diplôme de Technicienne médiation service. Les étudiants sont formés sur l'évolution des droits, les questions de santé et les techniques d'animation.

Plusieurs coopérations médecin-médiateur existent à l'ACSBE : présence d'une médiatrice pendant une consultation, un atelier d'éducation thérapeutique du patient diabétique en binôme, la participation d'un médecin à un atelier collectif de prévention.

En 2008, l'association constate qu'elle s'éloigne de son projet initial et traite surtout les urgences sociales. En outre, une partie des professionnels libéraux est en train de partir à la retraite. Pour assurer la continuité de l'offre de soins dans le quartier, l'association lance la création d'une structure collective et coordonnée, **le centre de santé La Place santé, qui ouvre en 2011.** ►

<sup>32</sup> Extrait du livret sur l'histoire de l'ACSBE, disponible depuis son site : <http://acsbe.asso.fr/wp-content/uploads/2011/11/historique-acsbe.pdf>. À lire également, l'initiative inspirante du Labo de l'ESS consacrée à l'ACSBE : <http://www.lalabo-ess.org/association-communautaire-sante-bien-etre-la.html>

### Habitus de coopérations locales

► Le tissu associatif du Franc-Moisin est constitué d'associations anciennes et ayant l'habitude de travailler ensemble, ou de se retrouver sur des luttes sociales. L'ACSBE et La Place santé sont complémentaires de ce mouvement. L'Association des Femmes du Franc-Moisin (AFFM) et La Place santé n'accueillent pas le même public : plutôt des « primo-arrivantes » à l'AFFM alors que les patientes-usagères de La Place santé sont plus installées et prêtes pour ce type d'approche. Des réseaux professionnels permettent également des coopérations fructueuses : Didier Ménard est président de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé en Île-de-France (FémasIF), secrétaire général d'AvecSanté (ex FFMPs) et ancien président de la « Coordination nationale des réseaux de soins ». Avec la ville de Saint-Denis, les « référents santé quartiers » semblaient bien fonctionner mais les politiques publiques ont changé, se faisant « rattraper par loi HPST, avec la contractualisation de la politique de la ville et les Contrats locaux de santé (CLS) » (M-A. Mazoyer). Actuellement, dans le Contrat local de santé, la question des habitants, de leur participation, est fortement posée mais la réponse demeure actuellement au stade de tentatives de mise en place de comités d'habitants usagers. La cheffe de projet du centre identifie pourtant la participation des habitants-usagers en santé comme un levier important pouvant avoir des impacts vertueux sur d'autres pans de la vie des habitants.



## CENTRE DE SOINS, DE PRÉVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT EN ADDICTOLOGIE (CSAPA) PIERRE NICOLE, PARIS (V<sup>E</sup>)



### Une structure aux missions transversales, pour une prise en charge globale et inconditionnelle

Le CSAPA<sup>33</sup> Pierre Nicole est un établissement médico-social de la Croix-Rouge française (CRf). Son objectif, depuis 1974, est d'offrir **accueil, information, évaluation, orientation et mise à disposition d'outils de réduction des risques, et de permettre une autonomisation et une réinsertion sociale à travers des soins ambulatoires et résidentiels.**

Le CSAPA est plutôt « *institutionnalisé* » (Dr. Laurent Michel), avec un modèle économique reposant majoritairement sur les financements de l'ARS Île-de-France. Selon le Dr. Michel, cette institutionnalisation a pu « *lisser la fibre militante* » à l'origine de l'établissement et de la majorité des associations devenues CSAPA ensuite, mais elle « *reste au cœur de nos activités et services* ». La Croix-Rouge française est une association importante et étendue, permettant un maillage territorial<sup>34</sup> et une facilité d'intervention en termes de prise en charge et d'accès aux soins. Le mode de gouvernance de la Croix Rouge française, avec ses structures affiliées, permet également, à l'instar des dynamiques à l'œuvre dans l'économie sociale et solidaire, un engagement des citoyens à un niveau élevé. Toutefois, les échelons intermédiaires dans la gouvernance des structures de grandes associations, têtes de réseau, grands groupes mutualistes peuvent distendre le lien cette fibre ESS et les acteurs de terrain.

Le CSAPA Pierre Nicole est particulier, « *un peu isolé au sein de cette grande association mais qui irrigue les autres activités sociales et médico-sociales de par son expertise* » (Fabienne Pioch-Laval, CRf). Il s'agit du seul CSAPA de la CRf en métropole. À noter que si la CRf est très présente sur le territoire, sa représentation est plus marquée dans les champs du social et du médico-social que dans le champ sanitaire.

### Partenariats locaux et internationaux pour la réalisation de l'ensemble des missions du CSAPA

Certaines activités du CSAPA, considérées comme facultatives dans le cahier des charges de leur création, ne font pas l'objet d'un fléchage spécifique parmi les financements annuels de l'ARS, et sont mises en place grâce à des conventions avec d'autres institutions publiques, comme par exemple avec la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), les actions de prévention. Les conventions avec la mairie de Paris permettent de financer les interventions du CSAPA sur la réduction des risques en milieux festifs et celles avec la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL) la prise en charge dans les appartements et résidences du CSAPA : « *Sans cette somme (70 000€), nous serions déficitaires de 50 000 à 60 000€ chaque année* » (Dr. Michel). Les missions de formation et de recherche n'étant qu'optionnelles parmi les financements prévus par l'ARS, les deux ou trois professionnels du CSAPA affiliés à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) répondent à des appels d'offres pour financer des missions spécifiques, en lien avec l'ensemble de leur travail sur la réduction des risques et l'accès aux soins. Actuellement, le Dr. Michel participe à un projet au Vietnam visant à modéliser l'extinction du VIH grâce à une intervention communautaire, projet soutenu par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS), l'INSERM, et le du NIDA-Ministère de la Santé Américain.

<sup>33</sup> Les CSAPA ont été créés en 2002 pour constituer une alternative plus proche de la population que les grosses structures hospitalières. Mais ne se mettent pas en place immédiatement, faute d'une disposition prévoyant leur financement et d'un décret fixant leurs missions. Dans le cadre de la Loi de Finance de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2007, les CSAPA sont finalement financés par l'Assurance maladie et il est officiellement acté en 2008 qu'ils remplacent les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), en les rassemblant sous un statut juridique commun.

<sup>34</sup> Ce maillage territorial de la CRf est rendu possible par les activités bénévoles et secouristes organisées en unités locales (1 037 en France), auprès des communes. Au-delà de ces activités de bénévolat, la CRf est gestionnaire de 590 établissements sur 5 filières métiers : handicap, personnes âgées et domicile, enfance et familles, lutte contre les exclusions et filière sanitaire, à laquelle le CSAPA Pierre Nicole est rattaché.

## Prise en charge inconditionnelle et globale

- Pratiques tarifaires
- Accès aux droits et médiation
- Santé communautaire

Agir au plus près des usagers, avec les collectivités territoriales, attirer les professionnels

- Itinérance en santé
- Rôle des collectivités territoriales
- Coopérations locales avec des structures complémentaires
- Cadre sécurisant pour l'exercice professionnel

Innovations & hybridations

- Diversification des sources de financement
- Inscription dans un cadre dérogatoire prometteur : Article 51



# COOPÉRER ET AMÉLIORER LES CONDITIONS D'EXERCICE DES PROFESSIONNELS POUR AGIR SUR L'INÉGALE RÉPARTITION DE L'OFFRE DE SOIN SUR LE TERRITOIRE

---

Les centres de santé sont des structures de proximité. Ceux visités mettent en œuvre **des pratiques « d'agir au plus près » des patients**, adaptées à des territoires combinant des facteurs de complexité (Quartier prioritaire de la politique de la ville et désert médical) et au rapport des habitants à leur santé : santé itinérante, permanences auprès de partenaires locaux, centre de santé en rez-de-chaussée d'un immeuble... Le projet du MarSOINS propose même une unité mobile de prévention, avec un espace d'échanges et un espace de consultation pour faciliter les contacts. Le camion se déplace 3 à 4 fois par semaine et s'installe sur les places de marché, auprès des maisons de quartier, au pied des immeubles, dans les territoires ruraux. Son objectif est de miser sur la mobilité et la rencontre, sur le lieu de vie de l'usager. Le temps d'échange entre le professionnel de santé et le patient relève d'une approche globale prenant en compte son travail, son parcours, et son environnement. Pas de rendez-vous ou d'acte de soin, il s'agit de dépistages médicaux et paramédicaux (dentaire, visuel, auditif, VIH/hépatites, gynécologiques) et d'actions collectives de prévention et d'éducation à la santé (les mardis au féminin, infos santé sexuelle, point addictions...). Les patients ne repartent pas avec une ordonnance mais avec une « feuille de préconisations » qui recense les professionnels à qui ils peuvent s'adresser. Ces pratiques de proximité se retrouvent également dans l'équipe de Soignons Humain. Les professionnels relèvent une typologie différente des soins et des pathologies selon que le patient vive en milieu urbain ou rural, mais ils pratiquent la même

démarche, globale, dans tous les cas. L'équipe a ainsi l'impression de « combler un manque », lorsqu'un patient se retrouve dans un désert médical et nécessite des actes « peu rentables » au regard de leur nomenclature en vigueur.

Dans le contexte de l'évolution des besoins des habitants, de leurs inégalités dans l'accès aux soins et de la démographie médicale, **le rôle des collectivités territoriales s'avère crucial**. Bien que n'ayant pas de prérogative spécifique en matière de santé, les villes se retrouvent ainsi en première ligne face à la pénurie de professionnels ou de structures de santé de proximité sur leur territoire. La loi HPST de 2009 permet l'association de la ville et de l'État, notamment à travers le Contrat local de santé, qui définit un projet territorial de santé. « *Cependant, les marges de manœuvre des villes, compte tenu des moyens alloués par l'État, semblent aujourd'hui fortement questionnées en termes d'effectivité pour apporter des réponses adéquates aux besoins en proximité de la population toujours croissants*<sup>35</sup> ». Il ressort de nos visites et recherches que la réussite de projets permettant la réduction des inégalités dans l'accès aux soins de premier recours résulte de la diversité des services, acteurs et partenaires mobilisés : politique de la ville, ARS, bailleurs, professionnels de santé, habitants, etc. Elle résulte également d'une nécessaire volonté politique « *dans la mesure où la question de l'offre de soins de premier recours ne relève pas directement de la collectivité. Cette offre participe cependant fortement à l'environnement de vie*<sup>36</sup> ».

---

<sup>35</sup> Colloque national du Rfvs, « De la gouvernance à la mise en œuvre des soins de santé primaires : place et rôle des villes », Présentation et résumés des interventions, 21 octobre 2013, p.4, <https://www.villes-sante.com/soins-de-sante-primaires-place-et-role-des-villes-21-octobre-2013/>

<sup>36</sup> Fiche du Réseau français des villes santé de l'OMS, « Les enjeux clés des collectivités sur l'offre de soins de premier recours », 2015, p.4, [http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/10-Publications-et-ressources-Rfvs\\_maj-Janvier-2020.pdf](http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/10-Publications-et-ressources-Rfvs_maj-Janvier-2020.pdf)

Concernant leurs marges de manœuvre en termes d'accès aux soins de premier recours, les villes peuvent être gestionnaires d'un centre de santé (municipal ou communal) ou participer à la dynamique de création d'une Maison de santé pluridisciplinaire (MSP). Le mode d'exercice collectif de cette dernière est intéressant et constitue une voie intermédiaire entre le cabinet (individuel ou de groupe) et le centre de santé, constituant ainsi un élément attractif sur le territoire, conciliant attentes des nouvelles générations de professionnels de santé et attachement à l'exercice libéral. Si le projet d'une MSP est avant tout celui des professionnels libéraux, les élus locaux peuvent faciliter sa mise en place dans le diagnostic des besoins du territoire, la mobilisation de professionnels, l'accès au foncier (la collectivité peut solliciter l'ANRU, FEDER, FSE, FNADT) et jouer un rôle de médiateurs entre les différentes parties prenantes. L'implication de la ville dans le projet de la MSP de Clichy-sous-Bois et sa gestion par la Société coopérative d'intérêt collectif (SCIC) Med-Clichy est, de ce point de vue, un exemple de coopération réussie : dès 2009, les évolutions de la démographie médicale locale font craindre l'apparition d'un désert médical. L'association RIR Île-de-France (Regroupement, implantation, redéploiement) a catalysé la dynamique des professionnels souhaitant monter une SCIC. En effet, le statut classique de société civile de moyens est peu adapté à un contexte de désert médical, dans la mesure où les professionnels sont redevables de la vacance et qu'il ne permet pas d'intégrer d'autres parties que les professionnels en exercice. Le projet de SCIC intéresse la mairie, qui investit alors dans la rénovation du Château de la terrasse dont elle est propriétaire. Dans ce cas, la SCIC « gère l'intendance (...) et permet de fabriquer du consensus (...). C'est un statut idéal pour unir les villes, les collectivités territoriales, les patients, les médecins et non médecins. À Clichy, il n'y a pas eu de tension entre la ville et les patients, tout le monde était unanime » (B.Huynh, SCIC Med-Clichy).

De par leur couverture historique du territoire, les structures mutualistes en matière d'accès aux soins, et notamment les centres de santé

mutualistes, représentent une opportunité de coopération avec les collectivités territoriales et un levier dans le maillage et la coordination territoriales des soins de premier recours.

Parmi celles citées dans le Baromètre de la Mutualité française et de l'Association des maires de France (AMF), nous pouvons relever le Service médical de proximité (SMP) Henri Dunant de Laval, créé en 2017 avec des médecins récemment retraités et des internes de médecine générale en fin d'études. L'objectif poursuivi par ce centre de santé est le maintien d'une offre de soins de premier recours sur le territoire, la dispense de soins aux patients sans médecin traitant et également le traitement de « petites » urgences. Ce centre est géré par l'union mutualiste Vyv3, associant différents partenaires : préfecture, ville de Laval, Conseil départemental de la Mayenne et Conseil régional des pays de la Loire, le gestionnaire immobilier Méduane Habitat, la CPAM, l'Ordre des médecins, l'ARS et la Mutualité française. Les entités Vyv3 sont ainsi sollicitées par des associations directement concernées, ou par des acteurs publics (ARS, collectivités territoriales) pour soutenir une entité en difficulté, éviter les fermetures et la rupture d'un maillon de la prise en charge sur le territoire, ou la création de dépenses supplémentaires de transport par l'éloignement de l'accès à ces offres. Il s'agit d'une réelle contribution aux missions de service public, en complémentarité de l'offre existante, y compris sur des territoires peu denses ou pour des activités structurellement peu rentables et sur lesquelles les acteurs privés lucratifs ne se positionnent pas.



Pour assurer une accessibilité aux soins de premier recours et participer à un maillage territorial pertinent de l'offre de soins locale, les structures visitées initient et font perdurer des liens avec leurs **partenaires locaux**. L'importance de la densité des échanges et des relations entre les professionnels de santé et leurs interlocuteurs locaux est un point commun aux cinq structures visitées et leurs réponses innovantes aux besoins locaux en termes d'accès aux soins se ressentent dans les entretiens menés avec leurs partenaires. Ainsi, selon les acteurs nazairiens rencontrés, le MarSOINS représente un réel complément à leurs différentes démarches et projets globaux d'accès aux droits. Par exemple, la Maison de quartier de la Chesnaie-Tréballle informe les usagers et peut faire le lien avec d'autres services, mais n'a pas d'action de prévention ou de consultation et renvoie donc vers le MarSOINS. L'Association solidarités création (l'ASC a pour but d'organiser localement l'accueil des personnes en grande difficulté d'insertion sociale et/ou professionnelle en mobilisant les moyens matériels et humains disponibles, en leur garantissant l'aide individuelle dont ils sont demandeurs, sous forme d'écoute, de lien social, de repas.) dispose quant à elle, de compétences internes ou mises à disposition en santé, et a toujours bénéficié de partenariats avec des structures du secteur, l'état de santé conditionnant la (ré)insertion professionnelle de son public. Elle s'appuie sur le camion pour faire le lien, « nous sommes un pont et le MarSOINS est un des piliers du pont » (C. Praud, ASC).

**Ces pratiques de coopération, de réseaux, de décloisonnement, observées auprès des centres visités sont facilitées par un partage de la philosophie de la qualité du soin,** et l'exercice éprouvé de ces pratiques dans d'autres professions et secteurs d'activité. Par exemple, le projet de Soignons Humain et sa démarche résonnent auprès de leur partenaire local la Maison des aidants, plateforme de répit. En réorientant son public vers l'association, elle répond au besoin des aidants de voir seulement quelques interlocutrices et complète ainsi ses



propres actions, en partageant la même vision du soin.

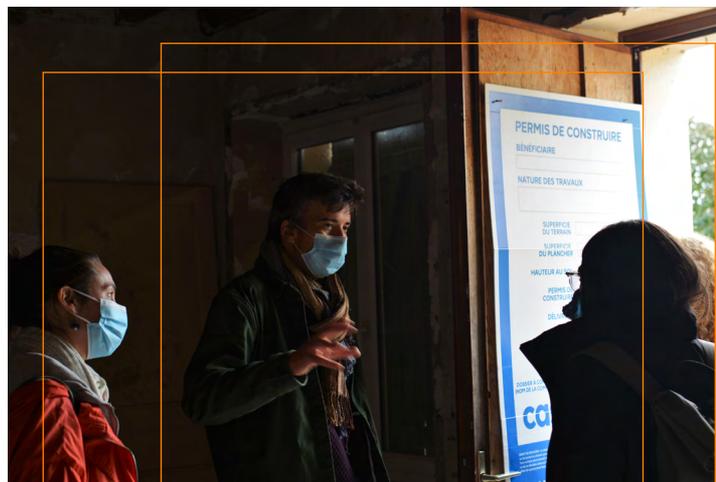
C. Vandebulcke fait partie du conseil d'administration de l'association et a participé à sa création. Infirmière de formation et ancienne adjointe Autonomie, maintien à domicile et solidarité à la mairie de Lomme, elle a lancé une dynamique pour que les services municipaux (soins, portage de repas à domicile) travaillent en réseau : « *C'est ma vision du travail, il faut arrêter de recréer des choses, il faut apprendre à travailler ensemble. Les gens mettent en place des « process » etc. mais s'il n'y pas de volonté, on n'y arrivera pas* ». La notion de travail collectif – élargi sur le territoire, et décloisonné, autour des mêmes valeurs de soin, pas exclusivement curatif, est également présente au CSAPA Pierre Nicole : si les médecins libéraux n'orientent que très peu vers le CSAPA, les réseaux des salariés du centre avec différents acteurs (administration pénitentiaire, Soins de Suite et de Réadaptation - SSR, hôpital, autres CSAPA) jouent un rôle important dans l'orientation du patient vers le centre ; « *la porte d'entrée est autant sociale que médicale* » (Dr. Michel, CSAPA Pierre Nicole).

Parmi les leviers observés face à l'inégale répartition de l'offre de soins de premier recours au sein des territoires, **les structures étudiées proposent un cadre sécurisant aux professionnels de santé par l'exercice coordonné en équipe ou la pluriprofessionnalité, et/ou par le salariat ;** facteurs sécurisants et attractifs pour les jeunes médecins. Si les médecins de La Place santé ne se reconnaissent pas spécifiquement militants de l'ESS, ils souhaitent exercer en collectif et adhèrent au projet de médecine sociale. Ils y trouvent une

qualité professionnelle, le plaisir de soigner. Ils viennent pour l'expérience professionnelle, et pour la satisfaction de pouvoir agir, faire la différence, régler les problèmes, en faisant face avec d'autres professionnels. En général, les médecins généralistes découvrent La Place santé dans le cadre de stages (les contacts se font via des connaissances et réseaux interpersonnels). Le projet suscite l'intérêt des jeunes professionnels également pour la possibilité d'y exercer une activité variée (une activité complémentaire un ou deux jours par semaine, permettant également de voir une autre patientèle, sur d'autres territoires) et de ne pas s'installer seul. L'exercice pluriprofessionnel n'est pas inné et nécessite une acculturation à la pluriprofessionnalité « médico-médicale », donc entre les différents médecins du centre de santé, et ensuite l'apprentissage et la mise en place de la pluriprofessionnalité « médico-sociale », entre les médecins et « non médecins », c'est-à-dire avec les médiatrices, accueillantes...

Au sein des MSP, les professionnels de santé sont liés à la structure juridique par une convention d'association, et les maisons de santé « *mettent en avant une structure plus horizontale liée au statut libéral et à l'absence de hiérarchie formelle (...). Plutôt que des « égaux concurrents », ces professionnels se présentent comme des « égaux complémentaires » qui fondent sur leur interdépendance leur collégialité* » (VEZINAT, 2019, p.119-120). Mais la liberté de l'exercice libéral et l'absence de lien de subordination ne suffiraient pas à créer cette collégialité et une « *forme de pouvoir horizontal implique que le groupe, fortement cohésif, produise d'abord de l'autocontrôle et de l'adhésion à cette forme d'organisation des soins* » (idem, p.126). Si l'exercice pluriprofessionnel n'est pas inné, les dynamiques d'exercice coordonné au sein des MSP, plus récentes, existent par leur capacité à développer un projet de santé (parcours locaux, réunions entre professionnels de santé sur des cas complexes, informatique partagée entre les professionnels libéraux, y compris « hors les murs » etc.). Elles préfigurent parfois la création d'une communauté territoriale de santé (CPTS).

Pour que le maillage territorial en termes d'accès aux soins de premier recours puisse s'effectuer et ne dépende ou ne se réduise pas à des initiatives particulières et locales, certaines des structures visitées mettent déjà en place des pistes pour l'essaimage, par le développement de leur modèle sur d'autres territoires. Ainsi, Soignons Humain, association agréée organisme de formation, propose depuis 2019 des formations à destination d'autres acteurs intéressés par leur approche : l'accompagnement d'une équipe en progression, la pratique d'une communication efficace en équipe, la maîtrise des outils de coaching, la conduite de réunions, etc. Entre 2019 et 2020, À Vos Soins a réalisé une étude d'implantation pour l'installation d'un camion dans un territoire précaire, dans le cadre d'une réponse à un Appel à manifestation d'intérêt (AMI) de l'ARS de Corse. Ces actions et relations au-delà du territoire initial induisent un changement de posture, avec un modèle à déployer : l'association est désormais reconnue pour son expertise et diffuse des préconisations en faveur d'un essaimage de son action originale de camion de santé itinérant sur d'autres territoires. L'ACSBE investit actuellement un projet de centre de formation, pour lequel elle a récemment demandé un agrément : l'équipe a déjà mis en place une formation à la médiation en santé, ainsi qu'un catalogue présentant leur offre ; en espérant idéalement être sollicitée dans le cadre de commandes publiques. Ces voies d'action relatives à la sensibilisation et à la formation, visant à favoriser l'essaimage et le changement d'échelle des expériences et innovations de ces centres de santé, constituent également pour les structures concernées des leviers économiques en auto-financement, nécessaires pour diversifier leurs ressources, point abordé dans la suite de l'étude.



## À VOS SOINS, SAINT-NAZAIRE

### Développer des soins itinérants pour irriguer les territoires mal desservis

L'association À Vos Soins naît en 2014, à l'initiative de Noémie Brégeon, infirmière. Si l'ambition était au début de créer un centre de santé infirmier à Nantes, les besoins en santé à Saint-Nazaire ont conduit l'association à s'implanter sur le bassin nazairien. Ce constat, partagé par l'ensemble des acteurs rencontrés, explique également l'impact de l'association, dans un **contexte de décrochage dans l'accès aux soins et de besoins en santé non-couverts**. **L'ensemble des acteurs identifie le levier que représente des démarches en proximité des populations et habitants éloignés des institutions et des soins**. Au début, le centre de santé infirmier n'avait qu'une petite patientèle, d'où **l'idée du camion, pour pratiquer cet « aller vers »**.

L'association gère un centre de santé infirmier et **bientôt un centre de santé polyvalent**, qui s'inscrit dans le cadre d'un projet de la politique de la ville de rénovation urbaine (ANRU) (avec également l'intention d'y intégrer un Village ESS) et qui va permettre à l'association de se développer, étant donné le contexte de désert médical du quartier du Petit Caporal (quartier prioritaire de la politique de la ville). Ses missions de prévention et de promotion de la santé sont réalisées à travers la Valise à sons, programme d'immersion sonore à destination des séniors (les thèmes abordés sont la mémoire, l'accès aux soins, les chutes à domicile, la relaxation) et L'arbre aux sens, un jardin collectif. La prévention et la promotion de santé sont également déclinées avec le camion le MarSOINS (Mobilité, accessibilité, réduction des inégalités d'accès aux soins), au sein duquel les usagers peuvent bénéficier de dépistages gratuits. Concernant l'impact dans l'accès aux soins de ces derniers, À Vos Soins réalise un questionnaire, anonyme, permettant de renseigner davantage d'informations sur le patient : parcours, environnement, profil, relation avec le système de soins. Ce questionnaire est complété par une cohorte, pour savoir ce que les patients ont fait à la suite de la remise de la feuille de préconisations, notamment afin de savoir s'ils ont pris contact avec un professionnel recensé. Selon les données de la cohorte et sur le nombre de patients répondant au questionnaire et acceptant d'être rappelé, **50% prennent rendez-vous chez un professionnel recensé suite à leur passage au MarSOINS**.

### Une association dynamique, en plein développement, et s'appuyant sur un modèle économique hybride

L'association explique que ses différents projets ont des modèles économiques différents, qui peuvent subvenir les uns aux autres en cas de besoin. Cette démarche lui permet autonomie et liberté, bien qu'aux débuts du projet, les relations institutionnelles (ARS, élus locaux) n'aient pas été fluides : l'entrepreneuriat véhiculé et proposé par le co-directeur d'À Vos Soins déroutant les pratiques du système de santé territorial ; et le couplage prévention et promotion étant en dehors des grilles d'analyse de l'ARS. Les relations se sont détendues grâce aux argumentaires déployés par les acteurs de la politique de la ville convaincus de l'intérêt du projet.



## SOIGNONS HUMAIN, LILLE ET AGGLOMÉRATION

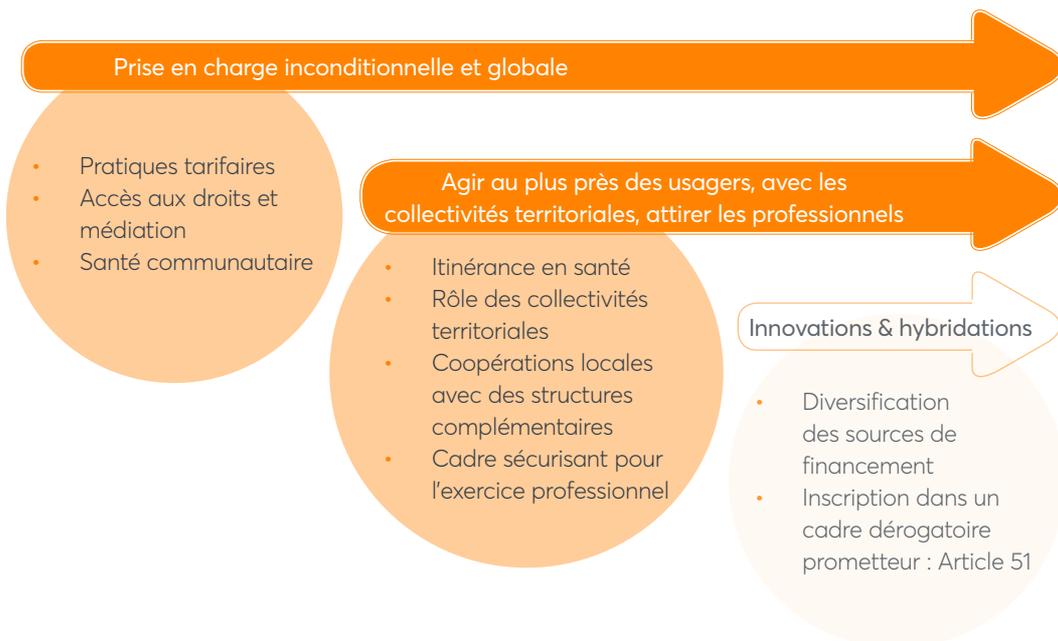
### Un modèle original associant proximité, nouveaux modes d'organisation et de rémunération des infirmiers et infirmières

On constate en France une grande autonomie dans l'exercice des professions médicales, les professionnels se sentant pour certains trop seuls, avec pour conséquence un taux d'épuisement au travail assez fort. Isolés, ces professionnels sont davantage en danger, sous pression. D'autre part, et ce facteur complexifie le contexte, le système de tarification à l'acte incite à aller plus loin dans la rationalisation de la pratique du soin : l'infirmier ou l'infirmière vient au domicile pour dispenser tel ou tel soin, mais n'a pas la possibilité d'investir du temps dans ce qui n'est pas l'acte prescrit et qui ne sera pas rémunéré. Ce système de tarification et de rémunération rend la **situation économique des professionnels insécurisante** et les pousse à prendre, chaque année, des patients supplémentaires. Les écarts de rémunération entre certains soins encouragent cette tendance : en cas de perte de pratiques de soins les plus rémunératrices chez certains patients, le professionnel compensera par une augmentation de la patientèle. « *Ils sortent de là cramés, il y a une espérance de vie inférieure de 8 ans à la moyenne chez les infirmiers* », (G. Alsac). En 2006, Guillaume Alsac (directeur de Soignons Humain et premier président de l'association) découvre le modèle hollandais de soins « Buurtzorg » et son fondateur, Jos de Block. Ce nouveau mode d'organisation des soins à domicile, par de petites équipes d'infirmières de proximité assistées par des coaches, résonne avec son souhait de contribuer à la « *dynamique des relations entre les personnes, à créer une alchimie qui fait qu'il y a un projet, et que la façon dont on est les uns avec les autres joue* ». En 2016, Chrystèle Leman, Arnold Fauquette, Christine Vandembulcke, Laurence Villalonga et Guillaume Alsac créent Soignons Humain, avec les objectifs de **sécuriser davantage le métier d'infirmier et d'infirmière et d'aborder le soin de manière plus holistique**.

Soignons Humain a une fonction **support** et accompagne les équipes infirmiers et infirmières désireuses de se lancer dans la création d'associations autonomes porteuses de leur centre de santé (chaque centre est une association indépendante). Les équipes sont autonomes dans la gestion de leur budget, l'association-mère leur transmet leurs comptes tous les mois. Dans le cadre du projet EQUILIBRES (Équipes d'infirmières libres, responsables et solidaires), inscrit dans l'expérimentation Article 51, les infirmiers et infirmières (exerçant en libéral ou salariés d'un centre de santé) sont rémunérés par un système de taux horaire (taux unique calé sur la médiane des rémunérations), système dérogatoire au sein du système en vigueur. Ensuite, de manière classique, ils établissent un acte et envoient la facture à l'Assurance maladie. Si le professionnel est salarié d'un centre de santé, ce dernier perçoit les revenus de l'activité et règle les salaires et charges. L'aide au travail en équipe passe par la **médiation, la facilitation avec un coach**, pour que le collectif de chaque équipe soit « *fonctionnel et en bonne santé* ». Une équipe d'infirmiers et infirmières de Soignons Humain voit 10 ou 20 patients par jour, et selon un infirmier de l'équipe de Lomme : « *Si l'on grossit, on déshumanise le soin. Être 5-6, c'est déjà une taille critique pour une équipe* ». Concernant l'accueil du projet auprès de syndicats d'infirmiers libéraux locaux : certains se sont montrés favorables, d'autres très opposés, « *ils ont écrit à tous les infirmiers qu'il ne fallait absolument pas y aller* », ce qui reflète, selon G. Alsac, la souffrance du milieu infirmier ; « *la France est l'un des derniers pays au monde à avoir un système de santé libéral. Ils ont parfois l'impression d'être en danger* ».

### L'« Article 51 » à l'initiative des acteurs

L'expérimentation EQUILIBRES – Équipes d'infirmières libres responsables et solidaires a pour objectif de recentrer les soins infirmiers sur la personne, en s'inspirant du modèle de Buurtzorg et en subsistant un paiement forfaitaire au paiement à l'acte. L'expérimentation concerne 142 professionnels travaillant en équipes, dans les régions Île-de-France, Hauts de France et Occitanie.



# MODÈLES ÉCONOMIQUES ET MODES DE RÉMUNÉRATION DES SOINS : INNOVATIONS ET HYBRIDATIONS POUR « FAIRE AUTREMENT »

---

Les pouvoirs publics promeuvent l'exercice regroupé ou coordonné des soins de premier recours ainsi que la transversalité, la continuité et l'approche globale dans les prises en charge. Si le regroupement de professionnels au sein d'un même cabinet est de plus en plus courant, et si les structures visitées mettent en œuvre des réponses aux inégalités d'accès aux soins de premier recours, ces solutions hors norme ne sont pourtant pas soutenues financièrement. « *Dans ce contexte, les centres de santé sont pris dans une contradiction : organiser des prises en charges continues et globales faisant appel à des professionnels salariés, alors que seuls les actes curatifs, ou peu s'en faut, sont facturables*<sup>37</sup> » (Dr. Alain Beaupin). L'approche globale de la prise en charge n'est pas soutenue financièrement. Dans les structures visitées, le projet de santé et le projet associatif ou coopératif sont liés. Ces structures font preuve d'innovation pour « faire autrement » en conséquence du caractère limité des moyens publics (d'où des modèles économiques hybrides), notamment sur leurs actions de prévention et de promotion de la santé. Elles proposent ainsi une alternative à la tarification à l'acte et à une vision rentable des soins, d'où l'importance du nouveau mode de rémunération forfaitaire et de l'expérimentation Article 51 introduite par le PLFSS de 2018. **Actuellement, la nomenclature d'acte, en ne rémunérant que le soin technique, induit une absence fondamentale de prise en charge de la prévention, pour laquelle les professionnels doivent se tourner vers des demandes de subventions, très chronophages et pas toujours concluantes et pérennes.**

Les modèles économiques des structures visitées ont pour point commun cette **hybridation**. Par exemple, depuis la loi du 26 janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé, la mission de prévention des CSAPA, auparavant facultative, est rendue obligatoire. Mais l'ARS ne flèche pas, ou que partiellement, de financement sur la prévention, réalisée grâce à la diversification des ressources du CSAPA. Cette insuffisance des financements publics peut entraîner une tendance à la spécialisation, avec un modèle économique différent pour chaque activité. À Vos Soins explique ainsi que ses différents projets ont des modèles économiques différents, qui peuvent se subvenir les uns aux autres en cas de besoin. Sans le projet du MarSOINS, l'association aurait dû fermer en 2017. Cette situation entraîne également les structures gestionnaires dans une quête incessante de partenaires et fonds privés, qui ne sont pas pérennes et coûteux en termes de temps et de ressources humaines investis.

Autre point problématique, **les innovations organisationnelles mettent de longues années à être reconnues par le législateur et soutenues financièrement.**

Ainsi, l'ordonnance de 2018 modifie et précise les missions des centres de santé, en ajoutant une catégorie de gestionnaire : les SCIC, dont les personnes morales membres sont les gestionnaires classiques (association, fondation, collectivité territoriale, mutuelle) et pour lesquels les éventuels excédents doivent être réinvestis dans le projet sans constituer de bénéfice, afin de préserver le but de non-lucrativité d'un centre de santé. Du côté des professionnels de santé, cette possibilité consacre

---

<sup>37</sup> <https://lescentresdesante.com/cooperative-avenir-systeme-de-soins/>

leur implication et participation au projet collectif. À mi-chemin entre « le centre de santé avec patron et salariés d'un côté et le modèle libéral d'une MSP où chacun est son propre décideur » (Dr. A. Beaupin, Richerand), le modèle de la SCIC permet d'associer professionnels et usagers à la gouvernance, de faire vivre la démocratie sanitaire et un dialogue entre patients et médecins. « La grande qualité de la SCIC et de l'ESS est que c'est un objet politique qui a permis de faire bouger les lignes chez les gestionnaires (...) et implique une utopie réalisatrice » (idem). Avant l'ordonnance de 2018, la possibilité d'une gestion d'un centre de santé en SCIC n'existait pas, mais le sujet est « bien passé » auprès du Ministère de la santé, à un moment « où le gouvernement réfléchissait déjà à une évolution » (idem). La coopérative de santé Richerand constituée en SCIC a officiellement repris la gestion du centre de santé Richerand en 2019. Elle est actuellement la seule SCIC gestionnaire de centre de santé.

Une autre évolution datant de 2018 est également intéressante et concerne, parmi les structures visitées, l'ACSBE, Soignons Humain et la coopérative de santé Richerand : l'expérimentation Article 51. Dans le PLFSS de 2018, l'article 51 propose un cadre d'expérimentation pour de nouveaux modes d'organisation et de rémunération. Nous dénombrons, fin novembre 2020, 71 expérimentations dans ce cadre. Ces initiatives sont soit des projets « descendants », proposés par les pouvoirs publics et auxquels des équipes ont candidaté, comme le PEPS, l'expérimentation d'un Paiement en équipe de professionnels de santé en ville<sup>38</sup>, soit des projets issus du terrain, « porteurs de transformations pour le système » (E. Henry, ACSBE). Le PEPS a pour objectif de favoriser la pertinence, d'optimiser la prise en charge par une meilleure coordination, d'améliorer la qualité du parcours de soins et l'accès aux soins en zones sous-denses. Les médecins généralistes, infirmiers et infirmières participants sont volontaires et exercent déjà dans une structure de ville constituée (MSP ou centre de santé), pour être rémunérés au forfait soit sur l'ensemble de la patientèle médecin traitant des médecins généralistes volontaires, soit sur la patientèle médecin traitant des personnes âgées de plus de 65 ans, soit sur la patientèle médecin traitant diabétique. L'équipe volontaire (au moins 3 médecins généralistes et un infirmier ou infirmière) doit prendre en charge au moins 250 patients concernés par le forfait. La Place santé constitue une expérimentation Article 51, à travers le PEPS, qui vise à sortir du paiement à l'acte par la mise en place d'un système forfaitaire, mais « reste très centré sur le soin et concerne uniquement les médecins, infirmiers et infirmières » (E. Henry, ACSBE). Ce financement représente une alternative « qui va remplacer dans notre budget les produits de consultation médicale (...). Il n'a pas vocation à remplacer les subventions mais c'est intéressant (...). On réfléchit à comment faire autrement que la tarification à l'acte » (idem). Cette expérimentation permet ainsi de prendre en compte, dans les « nomenclatures » de l'Assurance maladie, des activités, nouvelles ou que la structure a toujours effectuées, sans pouvoir les faire valoir auparavant.



« La grande qualité de la SCIC et de l'ESS est que c'est un objet politique qui a permis de faire bouger les lignes chez les gestionnaires (...) et implique une utopie réalisatrice. »

Dr. Alain Beaupin,  
Centre de santé  
Richerand

<sup>38</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/experimentation-d-un-paiement-en-equipe-de-professionnels-de-sante-en-ville>

Du côté de Soignons Humain, les propositions d'autres fondements au système d'organisation et de rémunération des soins sont motivées par l'objectif de sécuriser davantage le métier d'infirmier et d'infirmière et d'aborder le soin de manière plus holistique : « *En équipe on se libère et on a un regard croisé, on s'auto-protège* » (G. Alsac, Soignons Humain). Le travail en équipe permet également d'échanger sur la meilleure façon de s'occuper d'un patient. Ce dynamisme, cet investissement, est possible si le professionnel est en sécurité économique, « *s'il n'a plus forcément de perfusion à faire. Si on change le système, si on leur permet de vivre sans ça, ils font autrement* » (G. Alsac). Ainsi, assez rapidement, l'association a voulu entrer dans le giron des financements structurels de la sécurité sociale. En 2018, le projet EQUILIBRES (Équipes d'infirmières libres, responsables et solidaires) porté par Soignons Humain est retenu dans le cadre de l'expérimentation Article 51 du PLFSS de 2018. Si l'association travaillait déjà à la sécurité financière des équipes avant l'expérimentation,

par le salariat au sein de centres de santé notamment, ce nouveau cadre représente une réelle avancée dans le changement de système de rémunérations des soins : la rémunération des professionnels ne dépend plus de la nomenclature d'acte, mais du temps passé avec les patients, évalué et déterminé par les professionnels eux-mêmes. L'inscription dans l'Article 51 permet ainsi de financer des missions de prévention, d'éducation thérapeutique, de soutien psychologique, d'aide à l'aidant.

Le centre de santé Richerand s'inscrit lui dans deux expérimentations de l'Article 51, le PEPS et l'IPEP, l'expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée<sup>39</sup>, dont les modèles entreront en production au centre en janvier 2021. Concernant le PEPS, « *à partir de là, nos recettes ne vont plus dépendre du nombre d'actes mais du nombre de médecins traitants, ce qui va permettre de rémunérer de façon plus juste le travail de l'équipe médicale* », (A. Beaupin, Richerand).



<sup>39</sup> L'IPEP repose aussi sur une logique de volontariat pour inciter collectivement des professionnels de santé à s'organiser autour d'une patientèle commune. Elle a pour objectif de « *responsabiliser les acteurs du système de santé pour une population donnée (...). Selon les résultats des différents indicateurs et sur la base des gains d'efficience générés, ce groupement (de professionnels) pourra être intéressé financièrement. Cet intéressement ne se substitue pas au paiement à l'acte et laisse le groupement libre dans son utilisation* » <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-1fss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/experimentation-d-une-incitation-a-une-prise-en-charge-partagee-ipep>



## COOPÉRATIVE DE SANTÉ RICHERAND, PARIS (X<sup>e</sup>)

Un projet unique motivé par le maintien d'une offre de soins de proximité, accessible à toutes et tous

Créé en 1974 par la Caisse centrale des activités sociales des industries électriques et gazières (CCAS) sous le nom de « Centre national de santé », le centre de santé Richerand est situé dans le X<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Si la CCAS bénéficiait de moyens importants pendant un temps, les ressources se sont taries lors de la fusion GDF-Suez (2008) et le déficit annuel du centre national de santé a rapidement dépassé un million d'euros. La CCAS a d'abord tenté de confier la gestion à une mutuelle, sans suite. Elle s'est ensuite tournée vers des organisations de professionnels en centres de santé, et c'est ainsi qu'Alain Beaupin s'est approprié le projet. **De nombreux professionnels et usagers souhaitaient que les soins y soient pérennisés.** La voie d'une reprise intégrale par l'hôpital n'ayant pas fonctionné, la piste d'une coopérative ville-hôpital a émergé et, malgré les réticences de certains, c'est celle qui a permis le maintien des activités du centre de santé. Éloigné d'une posture de militant de l'économie sociale et solidaire, Alain Beaupin connaissait l'ESS « *seulement par les Groupements de coopération sanitaire*<sup>40</sup>, mais qui ne me paraissaient pas adaptés ». Sa rencontre avec Adelphe de Taxis du Poët, alors chargé de l'innovation coopérative à la CG SCOP, le convainc de la pertinence du modèle de SCIC et **la reprise de la gestion du centre de santé par la SCIC Richerand se concrétise en novembre 2019.** Concernant le bâti, la CCAS a confié à la SCIC, par un bail emphytéotique d'une durée de 50 ans à l'euro symbolique, l'ensemble immobilier de 3 000 m<sup>2</sup>, à charge pour la SCIC de réaliser les travaux de restructuration, de mise aux normes et de louer les surfaces dont elle n'aurait pas l'utilisation à des opérateurs partageant les valeurs du projet. Les travaux de restructuration du site ont commencé mi-2019. La première phase s'est terminée en novembre 2019, avec l'installation de l'institut de victimologie dans les locaux antérieurement affectés à la médecine du sport.

### Coopérations territoriales à l'œuvre dans la constitution des collèges de la SCIC

La « **logique territoire** » du projet se traduit par un travail avec les acteurs locaux pour une meilleure articulation ville et hôpital : des liens de coopération sont bien engagés avec la CPTS du X<sup>e</sup> arrondissement. Les liens de coopération par et autour du projet se mettent en place via le **travail pluridisciplinaire** d'une équipe pluri-sanitaire (assistants médicaux, aides-soignants, radiologues, sages-femmes), animée par différents types de réunions et des réflexions collectives menées sur des cas complexes.

La CCAS constitue le **premier collège de la SCIC**, de par son rôle important de gestionnaire historique et pour les relations actuelles de coopération. **Un collège de coopérateurs est également dédié aux hôpitaux partenaires.** La voie d'une coopération approfondie avec l'ESPIC de la Fondation Rothschild a été explorée, mais cette piste est rapidement abandonnée faute de correspondance avec l'esprit de l'initiative. L'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) complète cette gouvernance. ►

<sup>40</sup> Pour en savoir plus sur les GCS et leur refonte dans le cadre de la loi HPST : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/article/le-groupement-de-cooperation-sanitaire-gcs>

► Cependant lorsque la SCIC a répondu, en partenariat avec la CPTS locale, à un appel à candidature de l'AP-HP, alors confrontée à un besoin de désengorgement des hôpitaux, « elle a choisi un opérateur commercial, bien que Richerand et notre côté coopératif soient connus d'eux » (A. Beupin). Pour autant, les coopérations de ce type existent, la SCIC et l'hôpital Lariboisière AP-HP ayant mis en commun deux postes de médecins généralistes, partageant leur temps entre l'hôpital et le centre de santé, organisant le suivi en ville des patients sortant d'une hospitalisation, ainsi que la préparation des entrées des patients à l'hôpital. **Le Groupement hospitalier (GH) Diaconesses Croix Saint-Simon (ESPIC) est également partenaire de la SCIC, et partage des valeurs communes avec Richerand** ; mais l'éloignement géographique limite la coopération avec le centre de santé. Ces coopérations mises en place permettent au centre de santé d'avoir accès à des ressources « sociales » des assistantes sociales de l'hôpital, mais beaucoup reste à faire. La SCIC cherche actuellement à structurer durablement la coopération entre la ville et l'hôpital, et à enrichir le contenu politique de ce projet coopératif.

La SCIC comprend enfin un **collège des usagers**, et ce n'est pas le moindre intérêt de la forme SCIC que d'en faire une obligation. L'Association des usagers du centre de santé Richerand est très impliquée dans la vie associative locale et dans la coopérative, sous une forme militante héritée de l'histoire sociale du centre de santé. Faire évoluer cette dynamique est désormais un enjeu, afin de répondre aux attentes individuelles, ce qu'il est convenu d'appeler l'expérience patient, tout en développant et pérennisant le collectif. L'histoire sociale du centre de santé « fait que les gens sont prêts à venir de loin pour se faire soigner ici, parce que ça correspond à leurs valeurs » (A. Beupin).

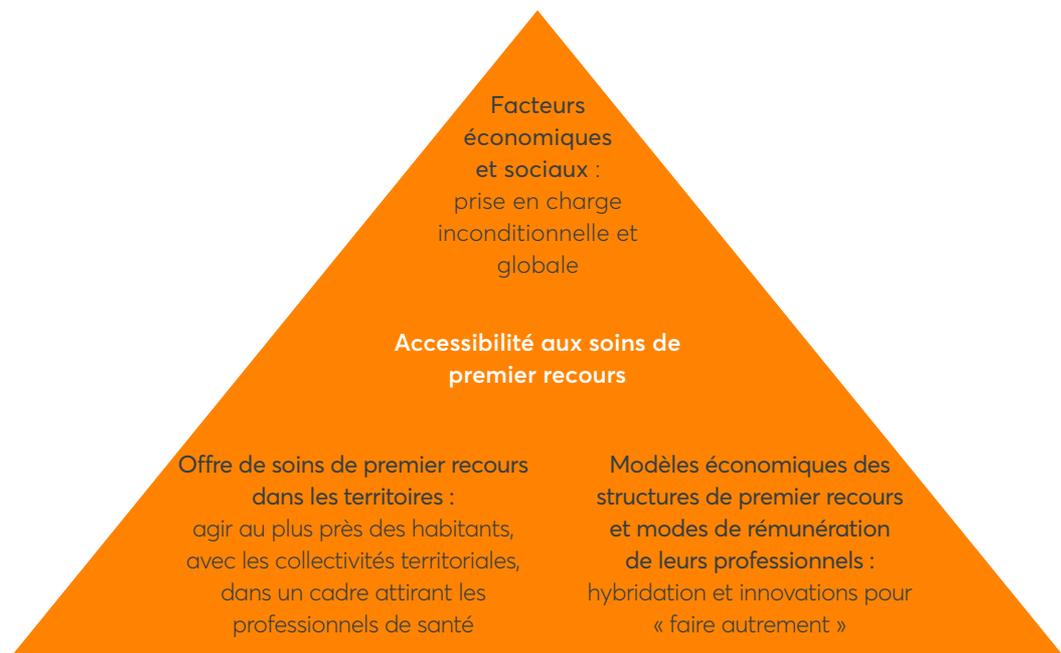
Finalement, Richerand génère ou fait partie de dynamiques de coopération à l'échelle du territoire, avec la progressive mise en réseau des professionnels et la mise en place d'une CPTS dans le X<sup>e</sup> arrondissement. Alain Beupin siège au bureau de la CPTS et de nombreux médecins exerçant à Richerand y sont impliqués. Le lien avec l'Institut Jean- François Rey<sup>41</sup> (IJFR), dont Alain Beupin est le président, et qui a pour objectif de promouvoir la recherche en soins primaires, est intrinsèque au projet de SCIC : « La SCIC est la traduction concrète des expérimentations de l'Institut (...). Richerand est un laboratoire (...), le centre de santé s'occupe de l'action, et l'Institut essaye de faire évoluer les connaissances et les concepts » (A. Beupin).



<sup>41</sup> L'IJFR est une association de recherche et confie des projets d'études dans le cadre de partenariats avec l'IRESP, l'Université de Reims Champagne-Ardenne, le CRESPA, etc.



Cette deuxième partie peut ainsi être résumée visuellement : à partir de l'analyse croisée des cinq structures visitées, se dessine le « triangle de l'accessibilité aux soins de premier recours » :





3.

PISTES D'ACTION  
POUR PÉRENNISER  
ET DÉVELOPPER LES  
INNOVATIONS EN FAVEUR  
D'UNE MEILLEURE  
ACCESSIBILITÉ AUX SOINS  
DE PREMIER RECOURS

L'économie sociale et solidaire représente un vivier d'innovations certain, en articulation avec les politiques publiques d'offre de soins de premier recours, et face aux évolutions des besoins de la population et des professionnels de santé. Concernant l'accessibilité économique, sociale, géographique de cette offre de soins, cette autre manière d'entreprendre pour soigner propose plusieurs pistes appelant à la généralisation. Les initiatives analysées dans le cadre de l'étude révèlent certains besoins quant à la consolidation de leurs modèles économique et de gouvernance. Cette consolidation s'avère nécessaire pour que ces initiatives perdurent, se développent, et ne demeurent pas des alternatives.

Cette dernière partie de l'étude présente les enjeux thématiques identifiés dans le cadre des visites de terrain réalisées, et développe différentes pistes d'actions, portées par les acteurs, visant à garantir dans la durée l'accès de toutes et tous à des soins de premier recours de qualité et de proximité.

## DES STRATÉGIES D'HYBRIDATION DES RESSOURCES À SOLIDIFIER

L'analyse des modèles économiques des structures visitées dans le cadre de cette étude fait ressortir deux constats principaux : **le premier concerne l'insuffisance du financement public institutionnalisé des activités ne relevant pas du « soin curatif »**, telles que l'accompagnement dans l'accès aux droits, les ateliers collectifs de prévention, la médiation en santé de manière plus large, ou encore l'activité d'accueil (activités « hors soin » qui sont par exemple pratiquées par l'ACSBE et La Place santé). **De ce premier constat découle le second : un modèle économique exclusivement subventionnel et « dépendant » de financements publics annuels ne permettant pas aux structures visitées de développer et faire durer leurs missions de prévention et de promotion de la santé.** Face à ce frein majeur à leur pérennisation et à leur développement, les structures sont amenées à diversifier leurs sources de financement et s'investissent dans la recherche de fonds privés. **En résultent des modèles économiques hybrides**, témoignant de la capacité d'adaptation et de résilience des structures visitées, mais impliquant également

une course au projet : *« On est aussi victimes de nos projets, on doit toujours faire plus, on doit toujours croître pour ne pas tomber »* (N. Blouin, À Vos Soins). En conséquence, la pérennisation de ces modèles économiques hybrides devient un enjeu crucial et commun. Si les porteurs de projets innovent dans les montages financiers et adoptent des démarches volontaristes à l'égard de potentiels financeurs privés (fondations, fonds de dotation, banques, France Active...), les soutenant la plupart du temps au démarrage et de manière ponctuelle, elles manquent de visibilité sur le long terme. À titre d'illustration, le modèle économique particulier du camion le MarSOINS d'À Vos Soins, financé par fonds privés (entreprises et fondations) et publics, qui assure la gratuité des actions de dépistage, sans feuille de soins et sans tarification à l'Assurance maladie. Pour certains acteurs rencontrés à Saint-Nazaire, le fait qu'il ne s'agisse pas d'actes de soins, de consultations, apparaît comme *« un maillon manquant »* (C. Marchand, Chargée de mission santé à la direction solidarités et proximité de la ville de Saint-Nazaire), *« d'où le travail qu'engage l'association*

avec des partenaires ressources sur le territoire » (C. Marchand) dans le but de compléter ce qu'ils ne peuvent pas réaliser. Toutefois, cette logique de partenariats privés visant une relative indépendance des financements publics, n'est pas sans risque de fragilisation des structures. Aussi, l'association À Vos Soins a-t-elle déjà proposé un autre mode de financement, par cotation, des actions de dépistage réalisées au MarSOINS, dans le cadre de l'expérimentation Article 51. Cependant, l'ARS Pays-de-la-Loire n'a pas pu retenir le projet pour un motif administratif : les actes de soins ne peuvent être réalisés que par un établissement disposant d'un numéro FINESS<sup>42</sup>, ce qui n'est pas le cas d'un camion itinérant. « L'ARS ne pouvait pas financer la « médecine foraine » » (N. Blouin, À Vos Soins).

Pour tous les centres de santé concernés, le cadre d'expérimentation Article 51 est prometteur en termes de modèle économique. Ce cadre offre une réelle et très attendue possibilité pour les équipes de professionnels de santé d'une rémunération forfaitaire et non plus à l'activité, induisant d'autres manières d'exercer, du « premier échelon » d'un temps de consultation éventuellement étendu en fonction des

besoins spécifiques du patient, à une pratique pluriprofessionnelle. Ce cadre offre également la possibilité d'expérimenter la codification des activités de médiation en santé auprès de l'Assurance maladie et donc la possible rémunération des activités « hors soins ». Il ne s'agit pas d'une augmentation des fonds publics alloués aux centres de santé ni d'un substitut aux subventions et conventions existantes, mais d'un nouveau « champ des possibles ». **Au-delà de l'enjeu majeur de l'échéance (2023) de l'expérimentation « Article 51 » et du questionnement portant sur sa pérennisation législative**, les acteurs rencontrés en relèvent les limites : au sein de l'expérimentation EQUILIBRES de Soignons Humain, seuls 120 infirmiers et infirmières (conformément à la limite prévue par le dispositif) peuvent être rémunérés au taux horaire. Selon Alain Beaupin (Coopérative de santé Richerand), il s'agit d'une « expérimentation encore un peu balbutiante ». De plus, les centres de santé ont une logique populationnelle et territoriale « alors que la logique de l'État est très étroite, le périmètre de l'expérimentation n'est pas suffisant et prend en compte les seuls actes de médecine générale et des infirmiers et infirmières (...). On aurait envie d'aller plus en avant » (A. Beaupin).



<sup>42</sup> Numéro d'identification obligatoire pour tout établissement de santé. L'Assurance maladie reconnaît les établissements avec ce numéro et procède ainsi aux remboursements des actes. Ce numéro à 9 caractères détermine le mode d'exercice, en libéral ou en structure.

# DES GOUVERNANCES ÉLARGIES À CONSTRUIRE

---

Pionniers en santé communautaire, associations récemment créées ou SCIC en cours de construction : tous les acteurs rencontrés témoignent de leur volonté de transformer leur gouvernance pour la rendre plus participative. Toutefois, les degrés de maturation divergent.

- **Soignons Humain**, malgré ses projets participatifs tournés vers une prise en charge globale du patient et une amélioration des conditions de travail que l'association vise pour les acteurs des soins, ne compte pas de patient ni d'infirmier ou infirmière au sein de ses instances de gouvernance. Seul un membre de France assos santé<sup>43</sup> siège à son Conseil d'administration, témoignant de l'intérêt de l'association d'aller plus loin et de « *mettre en œuvre la démocratie sanitaire* » (G. Alsac, Soignons Humain).
- Questionnée sur son lien à la santé communautaire, **À Vos Soins** indique en parler en équipe, sans attachement affiché : « *On ne sait pas si on fait exactement les démarches, le process qualifié de « santé communautaire » auprès des habitants. On ne sent pas trop légitimes de le dire. Mais évidemment on écoute pour faire selon les besoins de la population* » (N. Blouin, À Vos Soins). Selon l'association, la présence et la participation des usagers et professionnels de santé à sa gouvernance est néanmoins importante. Même si À Vos Soins ne compte actuellement pas de patient ou d'usager au sein de ses instances à ce stade d'émergence, l'association ne l'exclut pas pour l'avenir. De la même manière, les professionnels de santé du centre de soins infirmiers ne sont pas officiellement membres, mais tous les salariés sont invités aux réunions du Bureau, dont les décisions leur sont partagées. Actuellement, l'association questionne son mode de gouvernance sur d'autres échelles et territoires, avec le projet de déploiement du MarSOINS (sur Saint-Nazaire, Pays de Brest et Pays de Redon-Châteaubriant) : quel degré de participation pour les différents professionnels de santé impliqués sur les autres camions et comment les intégrer dans le projet associatif ? Quelle organisation d'À Vos Soins et de ses différentes « branches », en tenant compte des « identités territoriales » (implantation d'un projet nazairien en Bretagne par exemple) ? Quel mode d'intégration pour des bénévoles n'étant pas des professionnels de santé ?
- Concernant **la coopérative de santé Richerand**, dont la forme de SCIC impose un collège de salariés au sein de la gouvernance, et offre la possibilité de créer un collège de patients/usagers, son expérience est très récente (création en 2019), mais c'est bien la gouvernance participative de la forme SCIC qui a attiré les porteurs du projet, qui sont en cours d'appropriation de cet outil, avec les différents coopérateurs.

---

<sup>43</sup> France assos santé est le nom de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé. Sa mission de représentation des patients et usagers et de leurs intérêts est reconnue dans le Code de la santé publique.

- L'ADN de l'ACSBE est, depuis sa création en 1992, la santé communautaire, ce qui en fait une structure largement plébiscitée et sollicitée (par d'autres professionnels de santé, les pouvoirs publics, par exemple récemment dans le cadre d'une mission de l'IGAS sur les centres de santé dits participatifs), pour ses capacités originelles à faire avec les habitants et usagers, sans pour autant les inclure à proprement parler dans les instances de gouvernance de l'association. Ils sont notamment parties prenantes et même acteurs principaux de l'histoire de l'association à travers l'ancien Comité de patients usagers, tout comme la figure charismatique de Didier Ménard, président-fondateur et militant de la première heure d'une médecine sociale. Si la relève professionnelle du Dr. Didier Ménard et de ses collègues s'est effectuée à travers la création du centre de

santé La Place santé, l'ACSBE s'interroge aujourd'hui sur la relève associative, sur l'adéquation entre ses différents projets et leur mode de gouvernance. Certains administrateurs (dont le président) souhaitent passer le relai, également dans la perspective d'une inscription sur le long terme de l'expérimentation Article 51 constituée par l'association, ce qui permettrait de se consacrer davantage au projet associatif et à la mise en œuvre de la santé communautaire. Aussi, l'ACSBE étudie actuellement en interne différents modèles permettant d'élargir davantage la participation des salariés, tout en étant également adaptés aux disponibilités des patients/usagers. L'ACSBE souhaite enfin attirer d'autres acteurs, avec d'autres compétences, comme des mutuelles ou des communes.

## UN MODÈLE PROPICE AUX STRUCTURES PRIVÉES NON LUCRATIVES À TROUVER

---

Entre des modèles économiques n'entrant pas dans les clous de la tarification à l'acte, insuffisamment soutenus par les financements publics pour leurs actions de soin global, et des modes de gouvernance participatifs des centres de santé, les structures rencontrées semblent à l'étroit au sein des grilles de lecture actuelles : elles ne sont pas totalement dépendantes des subventions publiques et ne recherchent pas non plus la multiplication des actes, la rentabilité et les économies d'échelle. Elles proposent d'autres voies à suivre, au sein d'un système de santé perçu par certains comme étant « à bout de souffle », autant qu'elles sont demandeuses d'inspiration et de soutien quant aux nouveaux modèles juridiques, économiques, et de gouvernance adaptés à leurs aspirations. C'est d'ailleurs à ce titre que l'ESS représente pour certaines un socle de valeurs et une « boîte à outils » ressources.



Les structures visitées identifient l'enjeu majeur de trouver un modèle, pour dépasser une logique purement économique évoquée dans la première sous-partie de l'étude. Désireuses de concilier leur projet de santé et les innovations qu'elles portent en termes d'approche du patient et de la gestion de la structure, **elles cherchent à se positionner entre un système de santé publique, s'efforçant de répondre aux besoins de la population, mais manquant de moyens pour des réponses globales sur le long-terme ; et un système de santé privé, rapide et efficace du point de vue gestionnaire, mais ne garantissant pas l'accès aux soins pour toutes et tous et reposant sur la tarification à l'activité.** Il s'agit également de permettre à la médecine libérale de toujours exister (via les équipes pluriprofessionnelles) en intégrant de nouvelles pratiques (dispositif Asalée<sup>44</sup>, IPA<sup>45</sup>), et de cadrer ce modèle pour éviter des dérives marchandes. Cet équilibre fragile recherché par les initiatives analysées dans le cadre de l'étude entre la rentabilité des structures privées lucratives et celle de la solidarité sociale des structures privées non lucratives **dépend intrinsèquement du soutien apporté par les pouvoirs publics, face au privé lucratif, à l'égard des acteurs de l'ESS.** Par exemple, les Soins de suite et de réadaptation (SSR) addictologie (vers qui le CSAPA Pierre Nicole peut orienter, notamment pour le sevrage) peuvent être gérés par des structures privées lucratives et « être très rentables » (Dr. Michel, CSAPA Pierre Nicole). De fait, depuis quelques années, beaucoup de nouveaux SSR addictologie du secteur privé lucratif se sont ouverts avec pour conséquence au sein de ces structures un accès aux soins limité pour les personnes en situation de grande précarité (Dr. Michel). Ces évolutions mettent en avant **la nécessité d'un cadre législatif préservant et valorisant l'utilité sociale** et un accès à des soins de premier recours qualitatifs pour toutes et tous, sur tout type de territoire.

Aussi, certaines structures visitées, l'ACSBE et la coopérative de santé Richerand, font ou ont fait appel à l'ESS précisément pour sortir de cette dichotomie et aller vers un modèle conciliant hybridation économique, modes d'action et de gestion innovants et gouvernances participatives élargies. En raison de ses actuelles interrogations et possibles évolutions de son modèle économique et de son mode de gouvernance, l'ACSBE est aujourd'hui dans une phase de ré-interrogation de sa forme juridique. La piste de la SCIC pourrait être intéressante mais l'ACSBE est encore en phase de réflexion collective sur sa transition. La SCIC pourrait permettre également de faciliter la reproductibilité de son expérience « *sans pour autant devenir le prestataire d'une ville et tout en gardant ses capacités d'innovation* » (Dr. Ménard, ACSBE).

---

<sup>44</sup> Le dispositif Asalée, mis en place dans le cadre de « Ma santé 2022 », propose un accompagnement individuel, par un infirmier spécifiquement formé, de patients atteints de maladies chroniques au sein des cabinets médicaux. Il a été impulsé par l'association Asalée (Association de médecins généralistes et d'infirmières déléguées à la santé publique basée en Nouvelle Aquitaine).

<sup>45</sup> L'infirmier ou infirmière en pratique avancée vise à améliorer l'accès aux soins, notamment dans les territoires sous-denses en médecins et à améliorer la qualité des parcours des patients grâce à une coordination renforcée entre le médecin et l'IPA.

## ET SI... UNE IDÉE !

Au-delà des seuls gestionnaires de centres de santé, la forme de la SCIC peut s'avérer pertinente pour d'autres groupements de professionnels de santé, dans une logique territoriale, telles que les CPTS : à Paris, dans le 10<sup>e</sup> arrondissement, le projet de la CPTS n'aurait pu, selon Alain Beaupin (Coopérative de santé Richerand), se réaliser sans l'implication des professionnels de Richerand, qui, du fait du croisement de la SCIC et du projet de santé, constituent une équipe déjà rôdée aux projets collectifs. La CPTS réussit sa mission de coordination territoriale lorsque « *les professionnels des centres de santé sont à la manœuvre. D'ailleurs, dans les statuts de la coopérative Richerand, nous avons inscrit que nous sommes d'intérêt collectif. Les fonctions supports de la CPTS du 10<sup>e</sup> arrondissement seront ainsi assurées par le centre de santé. Là où il y a une implication des professionnels de centre de santé dans les politiques locales, cela fonctionne bien et la CPTS devient un objet vivant. Cette question se pose bien entendu moins pour les centres de santé municipaux pour qui l'interaction avec la commune est naturelle* ».

Selon le président de la coopérative, les CPTS « *semblent prendre* », mais leur forme d'organisation pose encore question. C'est ainsi que les SISA (sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires) seraient apparues, face aux besoins actuels d'une nouvelle organisation, lorsque de nouveaux modes de rémunération (rémunération forfaitaire notamment) se sont ajoutés à la rémunération à l'acte. Aussi, Alain Beaupin formule-t-il la proposition de privilégier la forme de la SCIC également pour les CPTS : « *Soit elles se professionnalisent, soit elles restent des réseaux et s'arrêtent. Si elles deviennent opérateurs de soins, et pour qu'elles aient un rôle concret pour les patients, il faut réfléchir à la SCIC* ».



## POUR L'INSCRIPTION SUR LE LONG TERME DE CES INITIATIVES

L'étude confirme qu'en matière d'offre de soins de premier recours, l'économie sociale et solidaire est en mesure d'apporter des réponses globales et transversales, et de nouvelles formes d'organisation en découlant, particulièrement pertinentes au vu des nouveaux besoins.

Malgré un rôle historique fondamental de l'économie sociale et solidaire en matière d'accès aux soins de premier recours, les structures étudiées restent perçues comme des alternatives pour répondre, en articulation avec les politiques publiques, aux enjeux de la démographie médicale et de la prise en charge globale et transversale. Au-delà de la démonstration de l'utilité et du potentiel en termes de solutions innovantes apportées par l'ESS pour une meilleure accessibilité aux soins de premier recours, l'étude souhaite également avancer plusieurs pistes d'action, nourries du terrain, afin de mettre pleinement à profit le potentiel de l'ESS dans la contribution à un système de santé efficient et juste. Ces pistes d'action ne se veulent bien entendu pas exhaustives et demandent à être accompagnées d'un changement de regard sur le secteur privé à but non-lucratif de manière générale.

### 1. Faire perdurer l'accessibilité financière à des soins de qualité et de proximité, pour toutes et tous

Comment concilier tarification à l'activité et offre privée non lucrative essentielle pour l'accès de tous à des soins de premier recours de qualité ? Comment pallier le manque de financement des missions de prévention et de promotion de la santé ? Et, en arrière-plan, comment assurer la pérennité des structures de l'offre de soins de premier recours ?

- Financer, de manière pérenne et fléchée, l'ensemble des activités des structures privées non lucratives garantissant l'accès aux soins pour toutes et tous : les activités « hors soins », de promotion et de prévention en santé, ainsi que la médiation (assurant notamment le lien entre le social et le sanitaire) doivent également être financées par l'Assurance maladie, car elles permettent une prise en charge globale du patient.
- Mutualiser l'ingénierie de recherche de financements entre acteurs.
- Permettre le changement d'échelle en transformant l'expérimentation Article 51, à caractère dérogatoire, en une mesure pérenne inscrite dans loi. Dans ce cadre expérimental, la sortie de la tarification à l'activité est rendue possible grâce à d'autres formes de rémunération, notamment de type forfaitaire, ainsi que par la possibilité de proposer de nouvelles codifications aux activités, médicales ou non médicales, pérenniser l'expérimentation permettrait de reconnaître et valoriser ces initiatives, jusqu'alors alternatives, comme un des modes de faire de la santé publique. Les acteurs rencontrés en appellent également à un élargissement du cadre expérimental, notamment à d'autres professionnels de santé que les seuls médecins généralistes et infirmiers, ou un déplafonnement du nombre d'infirmiers et d'infirmières pouvant percevoir en équipe une rémunération (actuellement 120 personnes).
- Permettre le changement d'échelle en favorisant la reproductibilité des initiatives innovantes à travers des formations conçues par les acteurs et professionnels de santé eux-mêmes. Nourries de l'expérience des acteurs, ces formations permettraient d'outiller d'autres professionnels ainsi que de sensibiliser les collectivités territoriales.

## 2. Faciliter l'accessibilité géographique à une offre de soins de qualité et de proximité

Les collectivités territoriales disposent de différents leviers pour favoriser une offre de soins de qualité et de proximité, accessible au plus grand nombre :

- **Agir sur l'attractivité du territoire de manière transversale**, le cadre de vie du lieu d'exercice étant un critère de sélection pour les professionnels de santé (commerces, transports, éducation).
- **Faciliter le décloisonnement entre les différents services** (politique de la ville, jeunesse et sport, économie sociale et solidaire) **ainsi que le dialogue entre les différents acteurs** (entre les professionnels de santé, gestionnaires et l'ARS). Cette facilitation peut favoriser la reconnaissance d'un projet au niveau institutionnel local et par exemple, l'acquisition des soutiens financiers pour un poste de médiation en santé au sein d'un centre ou d'une maison de santé.
- **Soutenir le développement de l'itinérance en santé comme réponse aux inégalités géographiques d'accès aux soins** : le modèle de soins de premier recours itinérants, tel que porté par le camion le MarSOINS de l'association À Vos Soins, peut être envisagé comme le prolongement d'un centre de santé. Les collectivités territoriales ainsi que les mutuelles peuvent également initier et éventuellement porter des projets d'unités mobiles de soins de premier recours. Le bon fonctionnement et l'inscription sur le long-terme des projets d'itinérance en santé sont intrinsèquement liés à leur financement pérenne par l'Assurance maladie.
- **Favoriser, en tant que collectivité territoriale, l'installation sur le territoire d'un projet d'exercice coordonné ou pluriprofessionnel**, notamment en fournissant des données relatives au diagnostic des besoins en santé du territoire ainsi qu'en apportant un soutien matériel en matière de foncier.

## 3. Valoriser les coopérations au cœur des projets territoriaux de santé

Valeur et *modus operandi* au cœur de l'ESS et de son histoire, la coopération est de plus en plus reconnue en santé comme une démarche et un mode de gestion vecteurs d'un accès à des soins de qualité et de proximité pour toutes et tous, particulièrement adapté face aux évolutions pathologiques et sociales récentes. Cette reconnaissance de la coopération en santé gagnerait à être intensifiée et plus largement mise en avant.

- **Sensibiliser les nouvelles générations de professionnels de santé**, dès leur formation initiale, aux formes de coopération de l'exercice coordonné sur et pour le territoire.
- **Transformer la reconnaissance symbolique et jusque-là dérogatoire de la coopération dans l'accès aux soins en une reconnaissance financière** de manière à ce que les pratiques de coopération pour une prise en charge globale fassent l'objet d'un critère favorisant l'octroi de soutiens publics.

## 4. Rendre possible la gestion d'un centre de santé sous forme de SCIC

L'ordonnance de 2018 introduit la possibilité pour une SCIC de gérer un centre de santé, à condition de ne pas distribuer ses bénéfices. Cette évolution offre un cadre de gestion propice à l'articulation des enjeux à la fois économiques et de gouvernance propres à ces projets. Cette piste ne doit cependant pas empêcher les refontes structurelles du système actuel de l'organisation de l'offre de soins de premier recours. La SCIC est par nature coopérative. Or, en France, les coopératives sont assises sur le droit des sociétés. Le projet de créer un droit purement coopératif n'a jamais abouti. En matière d'imposition, la SCIC est donc régie par le Code du commerce, régime ne reconnaissant ni la non-lucrativité ni l'apport en innovations sociales de ces structures. Celles-ci doivent payer les mêmes taxes qu'une société « classique ». De fait, cette taxation représente un frein majeur à la création de SCIC gestionnaires de centres de santé, et peut à elle seule expliquer la quasi-inexistence d'expérimentations.

### Plusieurs évolutions réglementaires peuvent être envisagées :

Les SCIC gestionnaires de centre de santé ne sont actuellement pas éligibles à l'abattement Hamon<sup>46</sup> de 20 000€ de **taxe sur les salaires (TS)**, comme précisé au sein de l'article 1679 A<sup>47</sup> du Code général des impôts (CGI). Il y a récemment eu des aménagements possibles sur la TS, mais pas d'abattement : *« Les centres de santé bénéficient de taux de taxe sur les salaires différents selon le niveau des rémunérations versées : 4,25% pour le taux normal ; 8,5% en plus pour les rémunérations annuelles entre 8 004€ et 15 981€ ; 13,60% de plus si au-dessus de 15 981€. Ils peuvent bénéficier d'une franchise de cette taxe lorsque son montant annuel dû n'excède pas 1 200€ et une décote égale au ¾ si le montant annuel de la taxe est entre 1 200€ et 2 040€<sup>48</sup> »*. C'est à ce titre qu'il semble nécessaire de mettre en avant les propositions déjà formulées par la CG SCOP au Ministre de la santé<sup>49</sup>, d'un amendement à l'article 1679 A du CGI pour ajouter les SCIC gestionnaires de centres de santé, leur permettant de bénéficier de l'abattement sur la TS (actuellement 21 044€).

Concernant la **Contribution économique et territoriale (CET)**, la CG SCOP propose l'exonération de cette contribution, *« sous réserve de présenter une gestion désintéressée adaptée aux SCIC »* ainsi que les ajouts suivant à l'article 1456 du CGI :

- Insérer à la fin du premier alinéa *« et les sociétés coopératives d'intérêt collectif gérant un centre de santé en application de l'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique et présentant une gestion désintéressée. »*
- Ajouter à la fin de l'article l'alinéa suivant : *« Présentent une gestion désintéressée au sens du présent article les Sociétés coopératives d'intérêt collectif gérant un centre de santé qui : ne procèdent à aucune distribution, directe ou indirecte, d'intérêt aux parts sociales ; excluent dans leurs statuts l'application des deuxièmes et troisièmes alinéas de l'article 16 et de l'article 18 de la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération ; versent l'actif net subsistant après extinction du passif et remboursement du capital effectivement versé à d'autres centres de santé gérés sous forme de société coopérative d'intérêt collectif ou sous forme associative. »*

<sup>46</sup> [https://www.snrl.fr/Nouvel-abattement-de-la-Taxe-sur-les-salaires\\_a182.html](https://www.snrl.fr/Nouvel-abattement-de-la-Taxe-sur-les-salaires_a182.html)

<sup>47</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000042160214/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042160214/)

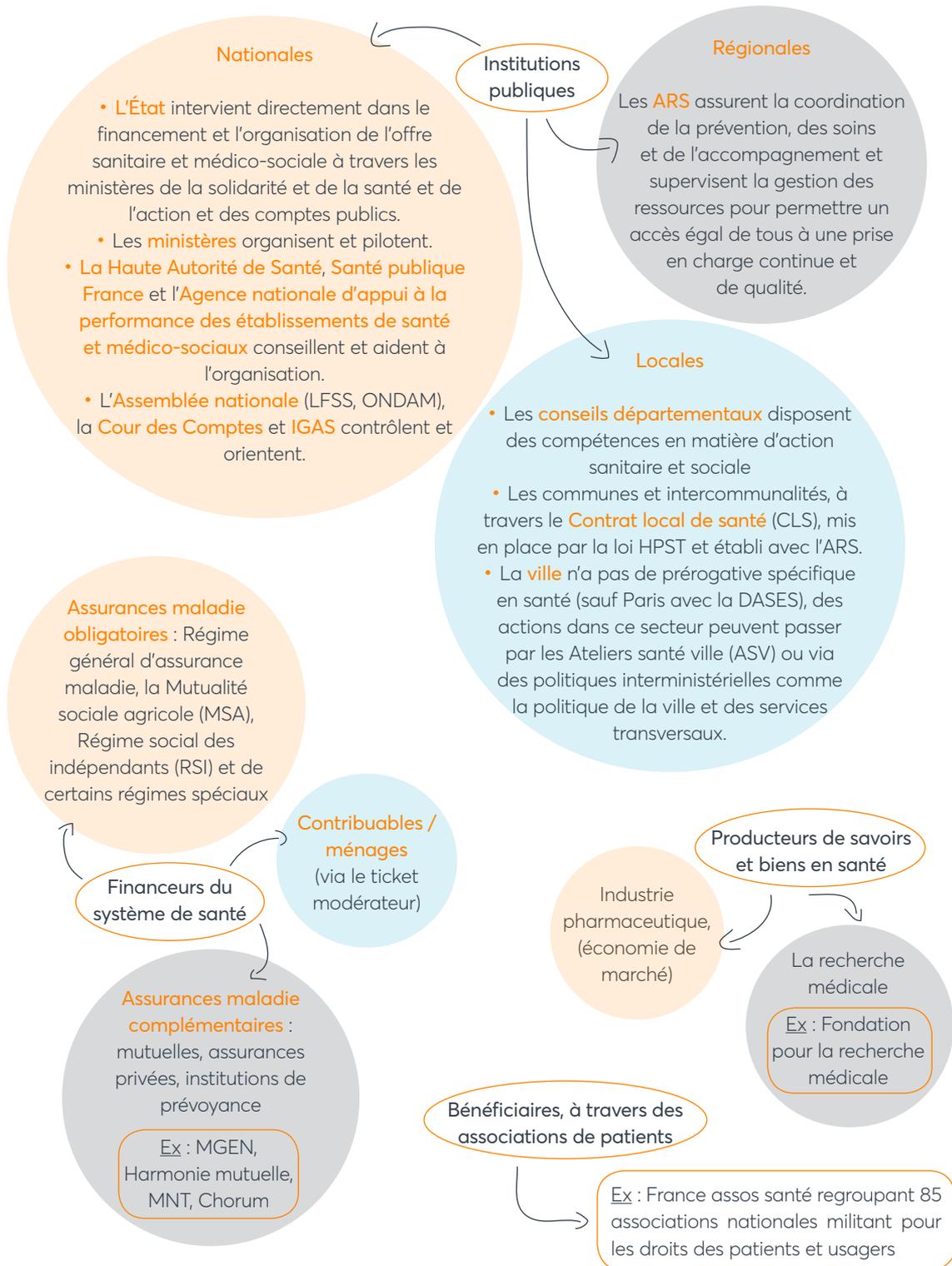
<sup>48</sup> <https://institut-isbl.fr/centres-de-sante-sous-forme-de-scic-pas-dabattement-de-taxe-sur-les-salaires-mais-des-amenagements-possibles/>

<sup>49</sup> Les arguments de la CG SCOP ont déjà été présentés au Ministère des solidarités et de la santé et ont retenu l'attention du Ministre.



# ANNEXES

## ANNEXE 1 : Système de santé en France : Cartographie



### Soins de longue durée et accompagnement médico-social :

L'ESS est présente dans le secteur médico-social avec l'**hébergement médicalisé** (3 805 établissements employeurs et **200 002 salariés**), l'**hébergement social** (6 738 établissements employeurs et **191 065 salariés**) et l'**action sociale sans hébergement** (publics en situation de handicap, personnes âgées, aide à domicile et aide par le travail) qui constitue le 1<sup>er</sup> secteur employeur privé non lucratif dans la santé avec 20 820 établissements employeurs et plus de **570 000 salariés**.

Ex : SCIC Versailles Grand Âge, ALENVI (ESUS), Ologi, SCIC Entreprendre pour humaniser la dépendance, et la Croix-Rouge française, l'un des premiers employeurs de l'ESS dans les secteurs sociaux et médico-sociaux (près de 300 établissements et services médico-sociaux).

### Soins ambulatoires/de ville :

L'ESS est surtout présente parmi les **organismes gestionnaires des structures** permettant un exercice et une pratique de ces soins de proximité (essentiellement soins de premiers recours) en groupe et/ou de **manière coordonnée**.

Ex : voir les initiatives visitées (partie 2). Également des centres de santé mutualistes (le Réseau national des centres de santé en regroupe 500) : centre de santé Jack Senet, centre de santé MGEN Vaugirard, centre de santé mentale MGEN à Lyon. Concernant les Maisons de santé pluriprofessionnelles : la SCIC Med-Clichy administre la MSP de Clichy-s-bois.

Il existe **2 000 centres de santé en France** (dont 2/3 sont spécialisés en soins dentaires ou en soins infirmiers). 5 régions concentrent plus de 60% des centres de santé : Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Hauts de France et Occitanie.

### Acteurs de l'ESS



### Soins hospitaliers :

L'ESS se retrouve parmi les **établissements du secteur privé non lucratif**.

Ex : Hôpital Saint-Joseph à Marseille (d'abord géré par une fondation puis par une association), Groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon à Paris (association), Institut Mutualiste Montsouris à Paris (ESPIC), Infirmerie protestante de Lyon (association).

Entre les soins hospitaliers et ambulatoires, l'ESS constitue 3 852 établissements employeurs et **163 463 salariés**.

## ANNEXE 2 :

### Évolutions marquantes dans l'organisation de l'offre de soins : une politique nationale planificatrice puis économique du soin, majoritairement centrée sur l'hôpital

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, l'assurance maladie, au même titre que l'assurance chômage, les retraites et la protection de la famille constituent « *un idéal de justice, et (si) le soin est un droit, il constitue également une forme de redistribution* » (BOURGUEIL, 2008, p.107). L'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946<sup>50</sup> pose comme fondements **les valeurs et la mise en pratique de la solidarité, en garantissant à tous la protection de la santé et des moyens d'existence assurés par la collectivité** en cas « d'incapacité de travailler ». Cette égalité d'accès à la santé passe notamment par une accessibilité financière aux soins, possible en France avec le système de remboursement des frais médicaux, organisé entre les régimes d'assurance maladie obligatoires et les régimes complémentaires. La littérature<sup>51</sup> permet d'observer que l'organisation des « soins pour tous » se centre rapidement sur l'hôpital, dans l'objectif de constituer une administration de la santé : **la réforme Debré de 1958**<sup>52</sup> crée les Centres hospitalo-universitaires (CHU), concède un secteur privé à l'hôpital pour les médecins et chirurgiens à plein temps et introduit une hiérarchie au sein de la profession médicale, distinguant les professeurs de médecine des professionnels des soins ambulatoires/de ville et des médecins généralistes (BOURGUEIL, 2008). Cette caractéristique de l'administration de la santé est renforcée par la **loi hospitalière de 1979, dite loi Boulin**, qui crée le service public hospitalier et met en place la « carte sanitaire », pour réguler et redistribuer le parc hospitalier. En conditionnant la création d'établissements, leur équipement, aux besoins définis par cette carte, la loi installe un cadre et une logique planificatrice à l'organisation de l'offre de soins sur le territoire (CODELFY et LUCAS-GABRIELLI, 2012).

**Des années 1970 aux années 1990, la planification est le mode dominant de l'organisation de la santé en France.** Mais la carte sanitaire présente des lacunes, notamment en raison de la faible prise en compte des spécificités des territoires. **La loi Evin-Durieux de 1991** poursuit avec la dynamique planificatrice et instaure des logiques gestionnaires et de rationalisation des coûts des soins à l'hôpital, avec l'introduction de nouveaux outils de contrôle et d'évaluation, ainsi que la possibilité de fusion ou regroupement, voire de constitution en Groupement d'intérêt économique ou Groupement d'intérêt professionnel. Les établissements de santé deviennent le centre du système, bien que la loi ne les définisse pas précisément. Publics ou privés, ils sont soumis au « régime d'autorisation ». Parmi les éléments soumis à autorisation des pouvoirs publics, « les activités de soins » : la loi fait entrer dans le champ de la planification sanitaire, non pas toutes les activités de soins, mais celles qui ont un coût élevé. La loi Evin-Durieux fait néanmoins émerger l'échelle régionale dans la gestion et l'organisation de la santé, à travers la prise en compte des différences entre régions en termes d'objectifs sanitaires. C'est dans ce cadre que se mettent en place les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), pour compléter la carte sanitaire : de 1994 à 2011, trois générations de SROS se succèdent. Lors de la dernière génération de SROS, la carte sanitaire est supprimée, faisant du schéma le seul outil de la planification qui doit prévoir l'évolution des besoins en santé, grâce à des objectifs quantifiés d'offre de soins selon les territoires de santé (PIERRU, 2012).

En raison des limites de la carte sanitaire, d'un encadrement budgétaire de l'offre de soins bloquant les dépenses et d'une planification très contraignante, ce mouvement entre en crise, laissant place à **la progressive application des modes et catégories de pensée et d'actions économiques au domaine de la santé**, pour modéliser un système de santé qu'il convient de réguler. Le passage de politiques planificatrices à une libéralisation de ce système de santé serait « *lié à des stratégies d'acteurs favorables*

<sup>50</sup> Préambule de la Constitution de 1946, site de Legifrance : <https://cutt.ly/Qh1VGVq>

<sup>51</sup> Voir bibliographie, p.58

<sup>52</sup> Ordonnance relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

à l'introduction de mécanismes de marché (...) et appuyé sur des experts et hauts-fonctionnaires liés à l'État, [et] n'est pas antinomique de l'étatisation progressive du système de santé, dont sont expulsés (...) partenaires sociaux ou élus locaux » (PIERRU, 2012, p.116). La transformation de la santé publique des années 1980 et 1990 est également à remettre en contexte face à l'épidémie de sida, qui révèle les défauts du système en termes de surveillance sanitaire. On observe un « réinvestissement de l'État dans une activité ancienne - oubliée avec le déclin des maladies infectieuses et (une) scientification statistique, avec l'introduction du raisonnement probabiliste (les risques sanitaires) » (idem, p.117) et la production d'un savoir d'État, notamment avec la création d'agences et groupements d'intérêt public.

Dans la veine des nouveaux concepts de « régulation du système de santé » comme solution aux angles morts de la planification, les années 1990 sont ensuite marquées par le « **Plan Juppé** » annonçant en 1995 des mesures pour réduire le déficit de la Sécurité sociale. Elles prennent en 1996 la forme d'ordonnances relatives au remboursement de la dette sociale, à l'équilibre financier et l'organisation de la Sécurité sociale, à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. Ce cadre introduit la loi de financement de la Sécurité sociale et crée l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), fixé chaque année par le Parlement. Il concourt également au développement de la contractualisation, avec les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) entre établissements et administration territoriale. À ce stade on constate depuis 2002 la restructuration souterraine du financement de l'Assurance maladie, les gouvernements successifs donnant de plus en plus de rôle aux assurances et mutuelles privées (déremboursement de certains médicaments et actes, mutuelle obligatoire pour les salariés depuis 2016). Mais s'il s'agit d'économies pour l'État, c'est une augmentation des coûts pour la société (PIERRU, 2012). L'ensemble des mesures prises en 2005 et 2006 se seraient ainsi traduites par un transfert de charge de plus de 600 millions d'euros vers les complémentaires santé (CAIRE, 2009).

Une nouvelle mesure d'ordre financier aux conséquences notoires est introduite en 2004, dans le cadre du **Plan hôpital 2007, la tarification à l'activité**, « T2A ». Ce mode de financement vise un cadre unique de facturation et de paiement des activités hospitalières aux établissements de santé, au sein duquel l'allocation des ressources dépend fortement de l'activité réalisée. Ce nouveau mode de financement est de plus en plus décrié pour l'incitation « productiviste » à réaliser des actes, notamment les plus rémunérateurs, remettant ainsi en question la qualité des consultations et soins délivrés et favorisant davantage la concurrence que la coopération entre les professionnels de santé. Aujourd'hui, et face au vieillissement de la population et au poids croissant des maladies chroniques, de nombreux acteurs, notamment syndicats de professionnels de santé, témoignent de l'inadaptation de ce mode de financement et plaident en faveur d'une diminution de la part de T2A dans le paiement des soins délivrés.

En conclusion de ce bref état des lieux des évolutions majeures des politiques publiques impactant l'organisation de l'offre de soins en France, il convient d'évoquer **la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) de 2009**. S'il ne s'agit pas de la dernière ou la plus récente, elle vise à apporter de profondes modifications dans l'organisation du système de santé : ses principales mesures sont l'organisation régionale de la santé avec la création des Agences régionales de santé (ARS), une nouvelle gouvernance des hôpitaux avec une incitation à la coopération avec le secteur privé, l'accès aux soins, la prévention et la santé publique, la réforme des ordres professionnels et l'intégration du nouveau cadre des Établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Les ARS sont chargées de créer de nouveaux territoires de santé, « pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours » (Art.L.1434-16 du code de la santé publique). Cette loi, qui constitue un cadre important pour le périmètre de cette étude a été critiquée, notamment pour son maintien de deux visions divergentes de l'organisation de la santé, l'une technocrate et centralisatrice et l'autre politique et déconcentrée (PIERRU, 2012).

## ANNEXE 3 :

### Précis sur le rôle historique de la mutualité

La mutualité<sup>53</sup>, apparue à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle, est considérée comme le plus ancien mouvement social français. Si elle tire ses racines d'un passé encore plus lointain, qui remonterait jusqu'aux civilisations antiques avec des premières caisses fraternelles, et se retrouve au Moyen-Âge à travers les associations ouvrières ; les fondements d'hier restent contemporains : « *l'organisation des métiers, l'action revendicative [...] chez les compagnons qui contestent souvent les tarifs imposés par les maîtres, et la solidarité, au travers de caisses de secours protégeant leurs membres contre les risques de la vie* ». La loi appelée « Charte de la mutualité » de 1898 remplace l'ancienne législation en vigueur sous le Second empire et « *consacre la reconnaissance durable de l'identité du mutualisme français et sa place de premier plan de protection contre la maladie* ». L'adoption de la Charte est suivie par la création du Code de la mutualité<sup>54</sup>, qui précise les statuts, organisation et fonctionnement des organismes mutualistes. Les groupements mutualistes, rassemblés en unions, « *permettent de créer des services supérieurs, tels que des œuvres sociales, des caisses autonomes ou des services de prévoyance* ». Finalement, la structuration au niveau national aboutit en 1902 à la création, au Musée social, de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF). La grande guerre pose la question de la protection sociale en de nouveaux termes, par de nouveaux besoins, appelant une réponse de la part de l'État. À la Libération, le plan complet de Sécurité sociale se met rapidement en place et les mutualistes s'y opposent dans un premier temps, cette caisse unique impliquant la suppression de leurs caisses d'affinité et leur exclusion du système. Mais le projet originel de la Sécurité sociale se fissure : des corporations refusent d'intégrer le régime général et le ticket modérateur est maintenu, marge de manœuvre pour que la mutualité joue son rôle de complémentaire. La loi Morice de 1947 « *pose le principe d'une participation mutualiste au fonctionnement de la Sécurité sociale* » et consacre sa position d'organisme complémentaire au régime légal. La mutualité va alors entamer une dynamique de renouveau, qui passe d'abord par son rapprochement de la Sécurité sociale et par son positionnement comme un acteur de la mobilisation en faveur d'une protection sociale du plus haut niveau possible.

Dans les années 1970, la mutualité se rapproche des syndicats et autres organisations du mouvement social pour faire front commun contre la concurrence et le profit. « *La FNMF s'engage aussi dans le processus de rapprochement avec les organisations coopératives et associatives, qui donnera bientôt naissance au mouvement de l'économie sociale* ». Les années 1970 et 1980 sont marquées par la progression des compagnies d'assurance : « *à l'éthique mutualiste solidaire, ces dernières opposent une logique commerciale (...). La réforme du Code de la mutualité de 1985 impose la reconnaissance de la concurrence dans le champ de la complémentaire santé* ». Si la dénomination de « *mutuelle* » au lieu de « *société mutualiste* » est réservée aux organismes relevant du Code de la mutualité, « *au nom du principe européen de libre concurrence, la mutualité doit accepter la normalisation des conditions de concurrence avec des acteurs à but lucratif* ». Malgré ces difficultés, la mutualité reste engagée et militante : contre le ticket modérateur d'ordre public en 1980, contre le plan de redressement de la Sécurité sociale en 1987. En 1992, le marché européen commun de l'assurance impose au secteur d'intégrer la séparation des activités d'assurance et de gestion de réalisations sanitaires et sociales. Après 10 ans de réflexions et de négociations, la réforme du Code de la mutualité en 2001 transpose le principe européen de spécialité, en préservant les valeurs mutualistes de solidarité et prévention. Toutefois, « *si le nouveau code préserve l'essentiel des valeurs, il n'en contribue pas moins à une banalisation des pratiques mutualistes sur le fonctionnement assurantiel* ». S'ajoute à ces évolutions une dynamique de concentration interne au mouvement : « *Les*

<sup>53</sup> Toutes les informations historiques et citations de ce passage sont extraites du site de la Mutualité française, où la riche histoire du mouvement est détaillée par périodes : <https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/le-mouvement-mutualiste/histoire-des-mutuelles/>

<sup>54</sup> Aujourd'hui, le Code de la mutualité se compose de 4 livres : le premier concerne les règles générales applicables à l'ensemble des mutuelles, unions, fédérations ; le deuxième concerne les opérations d'assurance, de réassurance et de capitalisation ; le troisième concerne les organismes de la prévention, de l'action sociale, gérant des réalisations sanitaires et sociales ainsi que les Services de soins et d'accompagnement mutualiste (SSAM). Le dernier livre définit les relations avec l'État et les collectivités publiques.

exigences juridiques, prudentielles, techniques et financières imposées par le code entraînent la disparition des petits groupements, aux moyens insuffisants pour faire face à ces contraintes, ou leur intégration dans des entités plus importantes, mutualistes ou non. En 2008, afin de se conformer à la séparation des activités, la Mutualité française procède à une réforme organisationnelle qui substitue aux unions départementales des unions territoriales, chargées de la gestion des Services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM) (livre 3), et des unions régionales (livre 2), qui endossent le rôle de représentation de la fédération au plan local ».

Les mutuelles protègent aujourd'hui près de 35 millions de personnes en France<sup>55</sup> et « mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie » (article L111-1 du Code de la mutualité). Acteur historique, voire pionnier, de l'économie sociale, le mouvement mutualiste en est le fer de lance en matière d'offre de soins accessibles à toutes et tous, dans tous les territoires : proposant d'autres voies en termes de soins et de complémentaire ; l'engagement équilibré du mouvement et de ses mutuelles sur ces deux secteurs d'activité complémentaires est crucial dans la lutte contre les inégalités de santé, et contre les inégalités d'accès aux soins en particulier. Si d'autres structures de l'ESS concourent également à ces luttes, sur l'offre de soins ou d'autres secteurs d'activité impactant l'état de santé et ses déterminants, la mutualité est la seule, dans la famille ESS à proposer les deux volets de l'organisation des soins.

Concernant plus particulièrement l'offre de soins de premier recours, les premiers dispensaires apparaissent au XVII<sup>e</sup> siècle, au sein desquels les patients ne paient que s'ils en ont les moyens. Ils se développent ainsi par des legs philanthropiques et leur gestion est progressivement confiée à des associations caritatives ou confédérations religieuses. Vers le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, d'autres types de dispensaires, davantage solidaires que caritatifs, sont ouverts par des organisations ouvrières. Des structures gérées par des mutuelles ou des municipalités vont peu à peu ouvrir, surtout en milieu urbain<sup>56</sup>. Le premier dispensaire mutualiste est ouvert à Angers en 1879 et ces structures connaissent ensuite un développement continu, « avec la volonté de se démarquer des œuvres traditionnelles par une offre qualitative, accueillante et humaine<sup>57</sup> ». Se distinguant également par la diversité des consultations et la qualité des équipements, ces dispensaires deviennent progressivement des lieux, des centres pour la santé. Cette dynamique est également favorisée par les mutuelles ouvrières se lançant dans des actions médico-sociales. « Plusieurs principes de fonctionnement demeureront (...) : suppression de la relation hiérarchique et financière entre médecins et malades, tiers payant intégral et démocratisation des soins par le respect des tarifs conventionnels et le regroupement d'un grand nombre de spécialités » (idem).



<sup>55</sup> <https://www.avise.org/articles/associations-cooperatives-et-mutuelles-acteurs-cles-du-systeme-de-sante>

<sup>56</sup> COLIN.M-P, ACKER.D. « Les centres de santé, une histoire, un avenir », SFSP, Santé Publique, Vol.21, 2009.

<sup>57</sup> <https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/le-mouvement-mutualiste/histoire-des-mutuelles/serie-dete-saison-2/du-dispensaire-au-centre-de-sante-mutualiste/>

## ANNEXE 4 : Bibliographie

### Articles universitaires

Mots-clés : Système de santé, évolution des politiques publiques dans l'organisation de l'offre de soins

- BOURGUEIL Yan, « L'organisation des soins de premier recours en France : une réforme en quête de projet ? », Santé, société et solidarité, « Bilan des réformes des systèmes de santé », 2008, n°2, p.105-114.
- CAIRE Gilles, « La nouvelle logique d'action des mutuelles de santé : la mise en place de « priorité santé mutualiste » », Revue internationale de l'économie sociale (RECMA), 2009, n°311, p.22-35.
- COLDEFY Magali et LUCAS-GABRIELLI Véronique, « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Evolution de 2003 à 2011 », Questions d'économie de la santé, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), 2012, n°175, p.1-8.
- PIERRU Frédéric, « Les recompositions paradoxales de l'État sanitaire français. Transnationalisation, étatisation et individualisation des politiques de santé », De Boeck Supérieur, « Éducation et sociétés », 2012, n°30, p.107-129.
- PIERRU Frédéric, « Planifier la santé, une illusion technocratique ? », Presses de Sciences Po, « Les Tribunes de la santé », 2012, n°37, p.83-94.
- VIGNERON Emmanuel, « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », Presses de Sciences Po, « Les Tribunes de la santé », 2013, n°38, p.41-53.

Mots-clés : Exercice coordonné, centres de santé, maisons de santé

- BOURGEOIS Isabelle, « Les dimensions cognitives de l'intervention en santé publique : l'accompagnement de deux projets de santé de premier recours en milieu rural », S.F.S.P, « Santé Publique », 2015, Vol.27, p.343-351.
- CHEVILLARD Guillaume et al, « Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France », Armand Colin, « Revue d'Économie régionale & urbaine », 2015, p.657-694.
- COLIN Marie-Pierre et ACKER Dominique, « Les centres de santé : une histoire, un avenir », S.F.S.P, « Santé Publique », 2009, Vol.21, p.57-65.
- SEBAI Jihane et YATIM Fatima, « Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire », École nationale d'administration, « Revue française d'administration publique », 2017, n°164, p.887-902.
- VEZINAT Nadège, « L'horizon d'un travail collégial dans les maisons de santé pluriprofessionnelles », in François Dubet, Les mutations du travail, La Découverte, « Recherches », 2019, p.117-134.

## Études, rapports et enquêtes

- Rapport sur la santé dans le monde 2000, OMS, 2001 : [https://www.who.int/whr/2000/media-centre/press\\_release/fr/](https://www.who.int/whr/2000/media-centre/press_release/fr/)
- « L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours », rapport du Haut conseil de la santé publique, novembre 2009 : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=222>
- « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain », rapport établi par l'Inspection générales des affaires sociales (IGAS), juillet 2013 : [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres\\_de\\_sante.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf)
- « Le service public territorial de santé (SPTS). Le service public hospitalier (SPH). Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé », rapport réalisé par la Conférence nationale de santé pour le Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014 : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Devictor\\_-\\_Service\\_public\\_territorial\\_de\\_sante2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf)
- « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », Les dossiers de la Direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), mai 2017, n°17 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf>
- « L'économie sociale et solidaire dans les territoires ruraux », une publication réalisée par l'Avise, le RTES, avec le soutien du Réseau rural, et l'étude a été rédigée par l'Observatoire national de l'ESS du CNCRESS, juin 2019 : [https://www.avise.org/sites/default/files/atoms/files/20190906/tressons\\_etudequanti\\_2019\\_vf.jpg\\_.pdf](https://www.avise.org/sites/default/files/atoms/files/20190906/tressons_etudequanti_2019_vf.jpg_.pdf)
- « Bilan 2019 de l'emploi associatif sanitaire et social », UNIOPSS, Centre de ressources social, médico-social santé DLA et Recherches et solidarités, septembre 2019 : <https://recherches-solidarites.org/wp-content/uploads/2019/09/Bilan-2019-de-lemploi-associatif-sanitaire-et-social.pdf>
- « Enquête nationale des Maisons de santé et Centres de santé face au Covid-19 au printemps 2020 », réalisée par la Mission RESPIRE, AVEC Santé et l'Institut Jean-François Rey, septembre 2020 : <https://ijfr.fr/2020/05/11/enquete-nationale-maisons-de-sante-et-centres-de-sante-face-au-covid-19/>
- « Déserts médicaux : état des lieux et solutions. Cartographie des difficultés d'accès aux soins », Le Guide Santé et Egora, novembre 2020 : <https://www.le-guide-sante.org/actualite/633-deserts-medicaux-etat-des-lieux-et-solutions.html>

## Éléments de définition

- « Qu'est-ce qu'un système de santé ? », depuis le site Vie-publique.fr : <https://www.vie-publique.fr/fiches/37853-definition-et-acteurs-du-systeme-de-sante-francais>
- Présentation du tiers payant et du ticket modérateur, depuis le site Service-public.fr : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F167>
- Présentation des centres de santé, depuis le site du Ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-centres-de-sante-211965>

- Présentation de la démarche communautaire, depuis le site de l'Institut Renaudot : [https://www.institut-renaudot.fr/pages/qui.html#anchor\\_qui\\_04](https://www.institut-renaudot.fr/pages/qui.html#anchor_qui_04)
- Présentation de la pair-aidance, depuis le site de Sante.fr : <https://sante.fr/la-pair-aidance>
- Présentation de l'expérimentation d'un Paiement en équipe de professionnels de santé en ville – PEPS, depuis le site du Ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/experimentation-d-un-paiement-en-equipe-de-professionnels-de-sante-en-ville>
- Présentation de l'expérimentation d'une Incitation à une prise en charge partagée – IPEP, depuis le site du Ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/experimentation-d-une-incitation-a-une-prise-en-charge-partagee-ipep>
- Présentation du Groupement de coopération sanitaire – GCS, depuis le site du Ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/article/le-groupement-de-cooperation-sanitaire-gcs>
- « Les enjeux clés des collectivités sur l'offre de soins de premier recours », fiche du Réseau français des villes-santé de l'OMS, 2015 : [http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/10-Publications-et-ressources-Rfvs\\_maj-Janvier-2020.pdf](http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/10-Publications-et-ressources-Rfvs_maj-Janvier-2020.pdf)
- Présentation de la Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), depuis le site de la Mutuelle d'assurance des professionnels de la santé (MACSF), juillet 2017 : <https://www.macsf.fr/exercice-liberal/Exercer-en-groupe/L-essentiel-sur-la-SISA>
- Liste des expérimentations « Article 51 » du Projet de loi de financement de la sécurité sociale de 2018, depuis le site du Ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/experimentations-en-cours>

### Articles et tribunes

- « La coopérative, avenir du système de soins », Dr. Alain Beaupin, depuis le site de l'Union syndicale des médecins des centres de santé (USMCS) : <https://lescentresdesante.com/cooperative-avenir-systeme-de-soins/>
- « Covid 19 et lutte contre les inégalités : pour un véritable soutien aux dynamiques territoriales de santé », tribune de Fabriques territoires santé et Élus santé publique et territoires, avril 2020 : <https://espt.asso.fr/wp-content/uploads/2020/04/CP-FTS-ESPT-avril-2020.pdf>
- AMBLARD Colas, « Centres de santé sous forme de SCIC : pas d'abattement de taxe sur les salaires mais des aménagements possibles », depuis le site de l'Institut ISBL, septembre 2020 : <https://institut-isbl.fr/centres-de-sante-sous-forme-de-scic-pas-dabattement-de-taxe-sur-les-salaires-mais-des-amenagements-possibles/>

## Divers

- Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
- Charte d'Ottawa de 1986 : [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)
- « Projet de loi de finances pour 2012 : santé », depuis le site du Sénat, novembre 2011 : <http://www.senat.fr/rap/a11-109-5/a11-109-53.html>
- Livret sur l'histoire de l'Association communautaire santé bien-être (ACSBE), depuis le site de l'ACSBE : <http://acsbe.asso.fr/wp-content/uploads/2011/11/historique-acsbe.pdf>
- « De la gouvernance à la mise en œuvre des soins de santé primaires : place et rôle des villes », Colloque national du Réseau français des villes-santé de l'OMS, présentation et résumés des interventions, 21 octobre 2013 : <https://www.villes-sante.com/soins-de-sante-primaires-place-et-role-des-villes-21-octobre-2013/>
- « Nouvel abattement de la taxe sur les salaires », depuis le site du Syndicat national des radios libres, 2013 : [https://www.snrl.fr/Nouvel-abattement-de-la-Taxe-sur-les-salaires\\_a182.html](https://www.snrl.fr/Nouvel-abattement-de-la-Taxe-sur-les-salaires_a182.html)
- Articles relatifs à la taxe sur les salaires, Code général des impôts, depuis le site de Légifrance : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000042160214/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042160214/)

**Direction éditoriale :** Marie VERNIER  
**Rédaction :** Romain GUERRY et Marie MORVAN  
**Création graphique :** Salomé PRÉAUDAT  
**Crédits photos :** Salomé PRÉAUDAT - p.1-11-15-19-27-32-34-35-36-41-46-48-56-68 ;  
Marie MORVAN - p.30 ; La Place santé - p.30 ; Soignons Humain - p.39 ; Unsplash  
**Impression :** Cava Burelor

Le Labo de l'ESS est un think tank  
qui construit, par un travail collaboratif,  
des axes structurants de l'économie sociale et solidaire,  
à partir d'initiatives concrètes, innovantes et inspirantes  
issues des territoires.

SUIVEZ-NOUS !



lelabo-ess.org



@lelabo\_ess



lelaboess



Le Labo de l'ESS

février 2021

5, rue Las Cases - 75007 Paris  
01 80 05 82 00  
contact@lelabo-ess.org



Merci à tous nos soutiens, particuliers et entreprises, et à nos partenaires :

