

Entretien avec Didier Ménard

Dossier ressources Accès aux soins – Fabrique Territoires Santé

Didier Ménard est médecin généraliste, fondateur de l'Association Communautaire Santé Bien-Être (ACSBE) et de La Place Santé au Franc-Moisin, à Saint-Denis, ancien président de la Fédération des Maisons et Pôles de santé en Île-de-France (FémasIF), et membre du bureau national de AVECsanité.

Entretien réalisé le 22 septembre 2022

Pouvez-vous revenir sur la création de l'ACSBE et sur la spécificité de son modèle ?

L'Association Communautaire Santé Bien-Être (ACSBE) a été créée suite à une recherche-action¹ menée entre 1986 et 1991, dans le quartier Franc-Moisin à Saint Denis. Elle a permis de conceptualiser la pratique de la médecine sociale et de la santé communautaire (soigner des personnes qu'on accompagne dans des parcours de santé – et non seulement guérir des maladies) déjà en place au Franc-Moisin de façon informelle. Une approche de la santé globale y est défendue impliquant aussi bien la prévention et la promotion de la santé, que la coordination médico-sociale, l'attention aux parcours de vie, etc.

Un constat important a été fait : on ne peut pas faire grand-chose tout seul. Les obstacles identifiés dans l'accès à la santé et aux soins ne peuvent être levés que de façon collective. Il faut travailler en partenariat avec les professionnel·les, les institutions et structures du territoire (CCAS², PMI³, etc.), et connaître l'offre de santé, pour orienter vers les bon·nes interlocuteur·rices qui sauront lever les obstacles. Il s'agissait également de s'appuyer sur les réseaux de solidarité du quartier dont certain·es membres ont été formé·es à la médiation et ont depuis intégré·es l'ACSBE.

A la fin des années 2000, dans le cadre d'une réflexion sur le projet associatif, les habitant·es associé·es ont alerté sur les futurs départ en retraite de professionnel·les. C'est l'émergence du projet de création d'un Centre de santé.

Le Centre de santé La Place santé, intégré à l'ACSBE, est donc une réponse à la problématique de démographie médicale ?

Il s'agissait de faire venir de nouveaux professionnel·les au Franc-Moisin. L'idée a été d'impliquer des jeunes médecins pour ouvrir un centre de santé communautaire et d'assurer la relève. L'enjeu était de regrouper dans un même lieu des activités de soins et celles de l'ACSBE, notamment la médiation en santé et l'organisation d'ateliers (promotion de la santé, marche, estime de soi, yoga, etc.) et d'activités qui permettent de (re)tisser du lien social.

¹ Dans le cadre de la Politique de la Ville, par la municipalité de Saint-Denis, le Département de Sociologie de l'Université Paris 7 et celui de Santé Publique de l'Université Paris 13.

² Centre Communal d'Action Sociale.

³ Protection Maternelle Infantile.

Aujourd’hui, il y a sept médecins qui travaillent dans la structure, une infirmière en pratique avancée, une psychologue, des médiatrices, des « accueillantes »⁴, une musicothérapeute, etc. Tout le monde prend part à la construction des parcours de santé des personnes qui viennent à la Place santé. Il y a un travail d’équipe, de coordination et d’orientation vers le partenaire en mesure de répondre au mieux aux besoins de la personne. Les protocoles de coopération facilitent cette dynamique.

Les « accueillantes » ont un rôle essentiel car elles connaissent bien la population, les situations sociales, et peuvent être des interlocutrices privilégiées. Les médiatrices permettent, quant à elles, de « décoder » certaines problématiques et situations, et de faire lien avec le ou la médecin.

En quoi le basculement vers le paiement au forfait impacte l’exercice de vos activités ?

Aujourd’hui, 30 ans après l’ouverture de l’ACSBE, et 10 ans après l’ouverture de la Place santé, la stabilité économique est acquise grâce au paiement au forfait et à l’allocation d’un budget global calculé avec l’Assurance Maladie pour financer le « hors-soin »⁵.

Le paiement au forfait est idéal pour développer une médecine sociale et la santé communautaire. Il permet de donner du temps, d’avoir des consultations sans rendez-vous, des consultations plus longues. Avec le paiement au forfait, on gagne donc en qualité des soins.

Aussi, dans le cadre d’une expérimentation avec 26 centres et maisons de santé « participatifs »⁶, le financement par l’Assurance maladie de l’activité hors-soin⁷ permet de ne plus être en recherche constante de subventions pour financer ce qui ne relève pas du soin.

L’Assurance Maladie reconnaît ainsi que le financement d’activités hors soin diminuera des dépenses de soins. C’est un grand changement. En investissant dans la santé (communautaire), et la pluralité de ses activités, les patient·es/usager·ères se portent mieux, ont moins de complications de leur maladie chronique, etc. Il faut que de tels modes de financement entrent dans le droit commun.

En quoi les structures d’exercice de soin coordonné sont importantes pour lutter contre les inégalités d’accès aux soins ?

L’exercice solitaire a atteint ses limites si l’on souhaite faire face aux inégalités d’accès aux soins. Les structures d’exercice coordonné développent des offres adaptées sur les territoires. Elles sont la solution et l’avenir et répondent aux aspirations des nouvelles générations.

Plutôt que de faire venir individuellement des professionnel·les de soin (y compris avec des incitations), il faut miser sur le développement de structures d’exercice coordonné, avec par exemple des structures de base et des antennes, qui peuvent par la suite s’autonomiser. La

⁴ Elles accueillent, vérifient les droits d'accès aux soins, animent la salle d'attente, alertent l'équipe quand elles constatent dans l'entretien d'accueil une problématique spécifique, etc. Elles font partie de l'équipe pluriprofessionnelle.

⁵ L’ACSBE La Place santé est depuis le début d’année 2023 une Société coopérative d’intérêt collectif (SIC), ce qui peut permettre aux villes d’être plus actives dans la gouvernance des structures d’offre de santé sur les territoires.

⁶ <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/acces-aux-soins-dans-les-territoires-defavorises-26-structures-vont-prefigurer>

⁷ Salaires des accueillant·es, des médiatrices, de la coordination, etc.

dynamique collective est la solution face aux déserts médicaux et l'enjeu porte sur les conditions d'exercice et de vie des professionnel·les.

Comment envisagez-vous le rôle des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé dans le cadre de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?

Les CPTS ont un rôle à jouer en ce sens mais il faut avoir en tête certains points de vigilance. Il faut que leur développement repose sur les besoins du territoire identifiés, notamment lors du diagnostic, et ne pas les perdre de vue. Si les CPTS en viennent à devenir des « prestataires » de l'Assurance maladie⁸, alors elles manqueront de répondre aux besoins du territoire.

Il doit y avoir un centrage sur les besoins des habitant·es et leurs intérêts. Les CPTS ne doivent pas être un lieu de défense de la profession ou du secteur d'exercice. L'expérience des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), centrées sur les patient·es, est à ce titre inspirante. Les réunions de concertation permettent de trouver des solutions aux problématiques des patient·es, qui peuvent mobiliser aussi bien un·e médecin, qu'un·e infirmier·ère ou un·e kiné.

L'enjeu, plus général, est lié la culture du travail en équipe, à la coordination et aux changements que cela implique en termes de représentations (hiérarchiques et entre professions) et de méthodes de travail (accepter un autre regard sur sa pratique, trouver des réponses collectivement, et à égalité avec les autres, etc.). Un tel fonctionnement doit être de mise également au sein des CPTS.

Faut-il revenir sur la liberté d'installation pour faire face aux déserts médicaux ?

Il faut sortir du schéma selon lequel, puisque l'incitation financière à l'installation n'a pas marché, il faut contraindre. Ce qu'il faut proposer, c'est une « perte » de la liberté d'installation en contrepartie de modalités d'installation de qualité et d'un exercice collectif de l'activité : c'est cela qui est à gagner.

Tout cela interroge les missions et les pratiques, si ce n'est l'identité-même, des médecins, et plus largement des soignant·es. Quel est le rôle d'un·e médecin généraliste ? Est-ce qu'il s'agit de faire du soin uniquement ? Ou est-ce qu'il s'agit de faire du soin, mais aussi de la coordination de parcours de santé, de la prévention (pas seulement du conseil préventif !), de travailler en équipe, etc. Il s'agit d'une mission de service public.

⁸ Ce dont on peut douter en observant notamment que leur mission première est le service d'accès aux soins non programmés.