Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 9 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « Structures d'exercice coordonné participatives »

NOR : *SSAH2121501A*

Le ministre de l'économie, des finances et de la relance et le ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 et suivants ;

Vu l'arrêté du 27 janvier 2021 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2021 ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 9 juillet 2021 ;

Vu le cahier des charges sur le projet d'expérimentation « Centres et maisons de santé participatifs »,

Arrêtent :

Art. 1er. – L'expérimentation « Structures d'exercice coordonné participatives » est autorisée à compter de la date de publication du présent arrêté, dans les conditions précisées par le cahier des charges en annexe I.

Art. 2. – La durée de l'expérimentation est fixée à vingt-sept mois à compter de la date de publication du présent arrêté.

Art. 3. – La liste des structures autorisées à participer à l'expérimentation à partir de juillet 2021 est fixée à l'annexe II du présent arrêté.

Art. 4. – Les modalités d'autorisation de nouvelles structures sont définies dans l'appel à projets en annexe III.

Art. 5. – Le présent arrêté sera publié ainsi que ses annexes au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 9 juillet 2021.

Le ministre des solidarités et de la santé,
Pour le ministre et par délégation :
L'adjointe à la directrice générale de l'offre de soins,
C. Lambert

Le ministre de l'économie, des finances et de la relance,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
F. Von Lennep

ANNEXES

ANNEXE I : CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'EXPÉRIMENTATION « STRUCTURES D'EXERCICE COORDONNE PARTICIPATIVES »

PROJET D'EXPERIMENTATION D'INNOVATION EN SANTE – CAHIER DES CHARGES

INTITULE du PROJET : **CENTRES ET MAISONS DE SANTE « PARTICIPATIFS »**

NOM DU PORTEUR : Délégation à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP)

PERSONNE CONTACT : Chloé RAVOUNA, Conseillère Santé & Droits, chloe.ravouna@sante.gouv.fr

Tél. : 01 40 56 88 17 / 06 99 37 22 30

Présentation synthétique du projet

Les centres et maisons de santé « participatifs » (également appelés « communautaires ») visent à offrir une prise en charge sanitaire et sociale en ville de premier recours, tournée vers les besoins de leurs usagers et généralement implantée dans des territoires défavorisés.

Cette prise en charge est particulièrement adaptée aux populations précaires ou éloignées du soin, car elle se fonde sur un accompagnement médico-psycho-social mis en œuvre par une équipe pluriprofessionnelle, associant notamment des médecins généralistes et auxiliaires médicaux, des psychologues, des agents d'accueil, des médiateurs en santé et des interprètes professionnels. Ces professionnels, par différents biais, font participer les usagers au projet de santé de la structure, en visant à les rendre acteurs de leur propre santé.

Malgré la reconnaissance de leur service rendu, leurs modes de financements actuels ne permettent pas d'assurer la soutenabilité de ces structures, tant en termes d'équilibre budgétaire que de pérennité des financements.

L'expérimentation ici décrite vise ainsi à inscrire ces structures dans un modèle économique pérenne et soutenable, en testant en conditions réelles différentes dotations avec une vingtaine de structures, en vue d'une intégration de ce modèle dans le droit commun selon des paramètres financiers qui pourront évoluer en fonction des résultats observés. L'objectif est ainsi de créer à terme 60 centres et maisons de santé « participatifs.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	
National	X

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

	Cocher la case
Organisation innovante	
Financement innovant	X
Pertinence des produits de santé	

DATE DES VERSIONS :
V1 : 24/06/2021
V2 :

Table des matières

Présentation du porteur et des partenaires du projet 2
Contexte et constats 4
Objet de l'expérimentation 7
Objectifs 8
Description du projet 8
Durée de l'expérimentation 17
Modalités de candidature 17
Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation 17
Gouvernance et suivi de la mise en œuvre 18
Financement de l'expérimentation 19
Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation 22
Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées 22
Modalités de révision du cahier des charges 22
Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation 23
Obligations règlementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel 23
Liens d'intérêts 23
Eléments bibliographiques / expériences étrangères 23
ANNEXE 1 : TABLEAU COMPARATIF CENTRES ET MAISONS DE SANTE 24
ANNEXE 2 : LES CATEGORIES DE STRUCTURES 25
ANNEXE 3 : FICHE DE POSTE - MEDIATEUR EN SANTE 26
ANNEXE 4 : LA DEMARCHE PARTICIPATIVE 28
ANNEXE 5 : L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL 30
Annexe 6. Coordonnées du porteur et des partenaires 31
Annexe 7. Catégories d'expérimentations 33

Présentation du porteur et des partenaires du projet

Description du porteur

La Délégation à la prévention et à la lutte contre la pauvreté est chargée d'élaborer de façon concertée les actions visant à prévenir et remédier à la précarité de la population, et de coordonner leur mise en œuvre. A ce titre, elle est en charge de la coordination des mesures du Ségur de la santé visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Dans ce cadre, la Délégation assure le pilotage de l'expérimentation des centres et maisons de santé « participatifs », qui constitue également l'une des mesures portées par le Comité interministériel des Villes (CIV) du 29 janvier 2021, en cohérence avec la Mobilisation nationale pour les habitants des quartiers, et la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté qui affiche l'objectif de créer « 100 centres et maisons de santé dans les territoires prioritaires ». Elle s'appuie, pour la mise en œuvre de cette expérimentation, sur l'expertise des directions du ministère des solidarités et de la santé et de ses partenaires (identifiés ci-dessous).

Le ministère des solidarités et de la santé œuvre à l'organisation de la prévention et des soins, la recherche et l'innovation dans le domaine de la santé. Ses missions touchent les domaines de la famille, des retraites, de l'enfance, des personnes âgées, du handicap, de l'autonomie et de la lutte contre l'exclusion.

Dans le cadre de la stratégie « Ma Santé 2022 », qui a fait du doublement des structures d'exercice coordonné (centres et maisons de santé) d'ici à 2022 un objectif prioritaire, les directions du ministère ont entamé des travaux sur ces structures d'exercice coordonné mettant en œuvre une démarche « participative », ou plus communément appelée de « santé communautaire ». Elles ont ainsi procédé à une phase exploratoire en organisant des auditions et des visites de terrain, en lien avec l'agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT), afin de recueillir les premiers éléments de diagnostic de l'existant, de confirmer les besoins de développement, les freins et leviers et de repérer les potentiels financeurs. Les conseillers des affaires sociales du Canada et des Etats-Unis qui ont développé une offre de soins aux travers de structures aux démarches approchantes ont également été sollicités. Elles ont également contribué à l'élaboration du modèle économique de ces structures, en articulation avec les autres expérimentations en cours.

Les services contribuant à la mise en place de cette expérimentation sont notamment :

- Le bureau PF3 de la Direction générale de l'offre de soins
- La 1ère sous-direction la Direction de la sécurité sociale
- Le bureau SP1 de la Direction générale de la santé
- L'équipe en charge des expérimentations article 51 du Secrétariat général

Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Les partenaires suivants ont contribué à l'élaboration du présent cahier des charges (l'IGAS étudié le modèle économique de ces structures) et participeront au suivi de sa mise en œuvre :

- **La Caisse nationale de l'assurance maladie**

- **L'Agence nationale de la Cohésion des territoires**

L'agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) a pour mission, en tenant compte des particularités, des atouts et des besoins de chaque territoire, de conseiller et de soutenir les collectivités territoriales et leurs groupements dans la conception, la définition et la mise en œuvre de leurs projets, notamment en matière d'accès aux soins, conformément à la loi du 22 juillet 2019. Sur le terrain, le préfet est le délégué territorial de l'ANCT et constitue l'interlocuteur de référence des élus locaux.

Parmi les objectifs de la Mobilisation nationale pour les habitants des quartiers du 18 juillet 2018, le doublement des centres et maisons de santé constitue une mesure prioritaire. Cet objectif a été conforté par le dernier Comité interministériel des Villes du 29 janvier 2021. A ce titre, les enjeux de santé et d'accès aux soins dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville font l'objet d'un suivi par le Programme Lien social et images des quartiers de l'ANCT, en lien étroit avec les ministères concernés.

- **Les structures « participatives » :**
  - ACSBE La Place Santé (St Denis – 93),
  - Village 2 Santé (Echirolles – 38),
  - La Case de Santé (Toulouse – 31),
  - Le Château en santé (Marseille – 13),
  - La Maison urbaine de santé du Neuhof (Strasbourg – 67),
  - la Santé Commune (Vaulx-en-Velin – 69)

- **L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)**

L'IGAS a été missionnée pour étudier le modèle économique de ces structures, à la fois concernant les sources de financement (avec une composante principale financée par l'assurance maladie) et les critères de modulation possibles (niveau d'activité...).

Les coordonnées du porteur et des partenaires sont renseignées en Annexe 6.

Contexte et constats

Des inégalités sociales et territoriales de santé

Les centres et maisons de santé « participatifs » s'adressent en priorité aux territoires défavorisés, dont une certaine part de la population présente un état de santé généralement plus dégradé du fait de leur précarité, de leurs difficultés à accéder à l'offre de prévention et de soins et aux droits sociaux.

Ces populations pâtissent en effet d'un risque accru de pathologies lourdes, psychiatriques, cardio-vasculaires ou encore de diabète : il a été identifié à un niveau infra-communal que les habitants des quartiers urbains les plus pauvres d'une ville comme Strasbourg ont presque deux fois plus de risques de décéder prématurément avant 75 ans que ceux des quartiers les plus riches[1] ; les personnes bénéficiaires de l'ex CMU-C de moins de 60 ans sont relativement plus nombreuses (10,9 ‰) à être prises en charge pour troubles psychotiques que les non bénéficiaires (5,9 ‰)[2] ; 30 % du public accueilli en structure d'hébergement pour personnes en situation précaire est atteint de troubles psychiatriques ou en réelle souffrance psychique[3].

A ces risques s'ajoutent un déficit d'offre de soins (les 5,4 millions d'habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville pâtissent d'une offre de soins de proximité 1,8 fois inférieure à celle des unités urbaines englobantes[4]) ainsi que des renoncements aux soins, la santé étant souvent reléguée au second plan pour ces personnes confrontées à l'urgence du quotidien et à des graves difficultés financières. Ces personnes peuvent être également victimes de refus de soins de la part de certains professionnels de santé, de par leur situation ou origine sociale par exemple, qui constituent un frein supplémentaire à leur accès aux soins.

Les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) sont touchés par une grande fragilité sociale comme en témoignent les indicateurs usuels :

- le taux de pauvreté est 3 fois supérieur en QPV par rapport à la moyenne métropolitaine[5] ;
- la part des bénéficiaires de la CMU-C est 4 fois supérieure à la moyenne hexagonale[6], et 11 % des habitants des QPV ne sont couverts par aucune complémentaire santé, privée ou CMU-C, contre 5 % dans les autres quartiers.

Les habitants des quartiers prioritaires rencontrent fréquemment des problématiques de santé liées à la précarité (surpoids des enfants, affections bucco-dentaires non prises en charge et prégnance des souffrances psycho-sociales)[7].

Le renoncement aux soins pour raisons financières y est plus fréquent, et le recours aux dépistages moins élevé que dans le reste de la population. En termes de santé perçue et de renoncement aux soins, les écarts entre les habitants des quartiers prioritaires et le reste de la population persistent à

[1] Observatoire régional de santé Alsace - Rapport annuel 2016 de l'Observatoire national de la politique de la ville
[2] DREES, 2015
[3] Haut Conseil de la Santé Publique, conférence évaluative du 5 et 6 mai 2001
[4] Rapport annuel 2016 de l'ONPV
[5] La part des habitants des QPV sous le seuil de pauvreté s'élève à 44,0 %, contre 14,7 % en France métropolitaine (seuil de pauvreté fixé à 60 % du niveau de vie médian soit 1 026 € mensuels en 2016).
[6] La part de bénéficiaires de la CMU-C est plus élevée parmi les habitants des quartiers prioritaires (22 % contre 5 %) Rapport ONPV 2019, source : enquête santé protection sociale (ESPS, 2014).
[7] Rapports de l'Observatoire national de la politique de la ville 2016 et 2019

caractéristiques sociodémographiques égales, ce qui atteste d'un « effet quartier »[8].

En outre, les QPV sont marqués par une offre de soins déficitaire, en particulier concernant les médecins spécialistes qui sont 3,2 fois moins présents que dans les unités urbaines environnantes[9].

Parmi les 1 514 QPV, 828 quartiers sont situés dans des territoires classés en zones sous-denses en médecins généralistes (zonages ZIP/ZAC définis par l'arrêté du 13 novembre 2017 du ministère des solidarités et de la santé), soit 3 millions d'habitants en QPV concernés[10].

En février 2020, l'agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) a identifié que 86 % du total des 1 514 QPV ne disposaient d'aucune structure de soins de premier recours (maison de santé pluriprofessionnelle ou centre de santé mono ou pluriprofessionnel) dans leur périmètre, dont 148 quartiers très peuplés comptant entre 5 000 et 24 000 habitants. Parmi ces « grands QPV » ne comportant pas de centre de santé ou de MSP, 104 quartiers bénéficient du nouveau programme national de renouvellement urbain (NPNRU), qui peut permettre le déploiement d'un projet de territoire incluant un équipement de santé.

Toutes tailles de quartier confondues, 325 QPV sont à la fois situés dans un territoire très carencé en médecins généralistes (zonage ZIP) et ne disposent pas de centre ou de maison de santé (1,1 million d'habitants concernés).

Spécifiquement pour les structures pluriprofessionnelles, il a été identifié que seuls 111 QPV comportaient au moins une MSP ou un centre de santé pluriprofessionnel dans le périmètre du quartier. La dynamique de création de structures implantées en QPV (+ 51% de MSP et + 4% de centres de santé en QPV entre 2019 et 2020) nécessite d'être renforcée pour répondre aux besoins en santé suscités[11].

Des leviers partenariaux (contrats de ville), des démarches territoriales de santé (conseils locaux de santé mentale, ateliers santé ville), des dispositifs (programmes réussite éducative par exemple) et des dispositions spécifiques (ex : zones franches urbaines[12]) sont prioritairement déployés dans les territoires comportant des QPV. Ils peuvent constituer une ressource utile pour les centres et maisons de santé participatifs.

Les réponses apportées par les centres et maisons de santé « participatifs »

Dans le cadre de l'offre de soins de premier recours, les centres et maisons de santé « participatifs » apportent une réponse adaptée à ces situations.

Tout d'abord, ces structures participatives sont implantées dans des quartiers prioritaires de la

[8] Etude sur les ZUS du Rapport de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles, 2014 (p. 70-72)
[9] Rapport de l'Observatoire national de la politique de la ville, 2016 (p.100-105). Les médecins généralistes sont 1,5 fois moins présents en QPV que dans les autres quartiers de l'unité urbaine englobante.
[10] 396 QPV sont situés dans un territoire classé en ZIP (et 432 en ZAC)
[11] Traitement ANCT/ONPV des données DGOS de l'observatoire des centres et maisons de santé (avril 2020). La croissance des MSP apparaît ici plus nettement dans la mesure où ces structures sont moins nombreuses en QPV que les centres de santé.
[12] Les structures concernées par l'exercice libéral (MSP) situées dans ou à proximité d'un QPV ont la possibilité de vérifier si leur implantation correspond à une des 100 « zones franches urbaines – territoires entrepreneurs » (ZFU-TE) qui croisent tout ou partie de certains QPV. Le cas échéant, il leur sera possible de bénéficier du dispositif (article 223 de la loi de finance 2021 prévoyant la modification de l'article 44 octies A du code général des impôts) : les professions libérales, au sens du 1 de l'article 92 du Code général des impôts, sont éligibles aux exonérations d'impôt sur les bénéfices de leur activité, si elles se créent ou s'implantent d'ici le 31 décembre 2022 dans le périmètre d'une ZFU-TE, sous réserve de clauses locales d'embauche et d'une implantation ou d'une création d'activité dans ce périmètre (cf. site Sig ville).

politique de la ville ou à proximité d'un QPV (« quartiers vécus ») ou dans des territoires présentant des taux de pauvreté supérieurs à la moyenne nationale. Leur activité est caractérisée par un exercice de proximité se traduisant par des démarches d'aller-vers et un travail en réseau.

Leur projet de santé est construit progressivement avec les usagers de la structure, habitants de ces territoires. Les actions de participation mises en place recueillent les besoins des usagers et irriguent le projet de santé de la structure, tout en visant à rendre les personnes actrices de leur propre santé.

Enfin, les structures participatives offrent un accompagnement médico-psycho-social grâce à la pluridisciplinarité de leur équipe, en appliquant les principes de la « médecine sociale »[13], dans une optique de coordination des parcours de soins et d'accompagnement des personnes sur un itinéraire de vie. Cet accompagnement s'effectue à toutes les étapes de la prise en charge, qui peut débuter en amont de l'arrivée dans la structure (via des démarches d'aller-vers et de médiation en santé), et dans tous les cas dès l'accueil de la structure et à chaque étape de la prise en charge, des consultations aux ateliers. L'accompagnement proposé est spécifiquement adapté aux personnes vulnérables, et s'appuie généralement sur des médiateurs en santé et des services d'interprétariat professionnel. Il vise à rendre les personnes actrices de leur santé, au travers d'actions de prévention, promotion et d'éducation à la santé qui favorisent l'expression et la participation des personnes, et permet l'accès effectif aux droits sociaux.

Des modèles de ce type de structures existent dans d'autres pays

Ce type de structures existe déjà dans plusieurs pays, notamment aux Etats-Unis, au Canada et au Brésil, où elles ont fait la preuve de leur efficacité. Ainsi, 1 400 centres de santé communautaires (CSC) américains soignent dans 12 000 lieux de prestations plus de 29 millions de personnes, soit 1/12e de la population américaine, en permettant à la collectivité d'éviter des coûts importants. Les soins des patients des CSC présentent en effet un coût global moyen inférieur à ceux des patients se faisant soigner dans d'autres structures de santé (ex : en moyenne, les bénéficiaires de *Medicaid*[14] se faisant soigner dans un CSC représentent un coût pour l'Etat de 24 % inférieur à ceux se faisant soigner dans d'autres structures). En outre, d'après les statistiques du *Health Resources and Services Administration*, les CSC permettent de réduire de 22 % le nombre de visites à l'hôpital. Au Brésil, les « unités basiques de santé » constituent le principal outil d'accès aux soins d'une grande partie de la population brésilienne, particulièrement parmi les franges les plus déshéritées de la population, et ont ainsi largement contribué à l'amélioration des indicateurs en santé de la population globale sur les dernières décennies.

Toutefois, ces structures sont fragilisées par des modalités de financement multiples et aléatoires

Malgré la reconnaissance du service rendu, ce modèle peine à se développer en France du fait d'un modèle économique dont les spécificités ne sont pas couvertes dans le cadre conventionnel. En effet,

[13] La médecine sociale appréhende la complexité des parcours et des itinéraires de vie, en redonnant toute sa place à l'humain et en intégrant le soin dans la dimension psycho-sociale et culturelle. Il s'agit de créer du lien et de la confiance avec ces personnes qui arrivent avec une demande de soin mais subissent les inégalités susmentionnées, auxquelles s'ajoute généralement une situation d'isolement, et de les accompagner pour s'insérer dans une démarche de santé globale et de prévention, et d'inclusion sociale. Cette médecine s'exerce « avec » et non pas « pour » les personnes en situation de vulnérabilité(s).
La médecine sociale a également la responsabilité de retisser le lien entre les différents acteurs du sanitaire et du social, pour, au-delà du soin, contribuer à promouvoir la santé dans sa dimension globale. Plus que la somme des compétences de chacun de ses acteurs, elle est une synergie qui définit un tout : la santé.
[14] Assurance de santé fédérale destinée aux plus démunis

ces structures font face à une double contrainte financière :

- d'une part de moindres ressources, du fait d'une activité médicale moins rémunératrice (consultations plus longues, contribution des médecins aux actions de coordination et de participation, portefeuille d'activités moins rémunérateur avec peu de médecine spécialisée ou de soins dentaires) ;
- d'autre part des charges plus élevées, en raison d'un besoin en personnel et locaux plus important pour assurer les activités d'accueil, de médiation, de coordination, et d'accompagnement collectif, par ailleurs non prises en charge par l'assurance maladie.

Cette situation entraîne une pression sur les rémunérations des personnels et nécessite de recourir à une plus forte proportion de financement subventionnel (crédits du FIR des ARS, crédits des collectivités territoriales, fondations...) qui est coûteuse en temps et n'a pas de caractère pérenne, de sorte qu'à chaque fin d'exercice, les gestionnaires s'interrogent sur leur capacité à pouvoir équilibrer leur budget.

Un projet d'expérimentation visant à sécuriser financièrement ce modèle

Une expérimentation est donc lancée en 2021 à destination des centres et maisons de santé « participatifs » afin de tester en conditions réelles un modèle économique pérenne pour ces structures. Ce modèle rémunère les composantes de cette offre de soins nécessitant un financement complémentaire aux actes et rémunérations forfaitaires déjà pris en charge par l'assurance maladie et sera testé dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Cette prise en charge dérogatoire sera financée par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS).

Objet de l'expérimentation

L'expérimentation vise à inscrire les centres et maisons de santé « participatifs » dans un modèle économique pérenne et soutenable, en testant en conditions réelles différentes dotations avec une vingtaine de structures, en vue d'une intégration de ce modèle dans le droit commun selon des paramètres financiers qui pourront évoluer en fonction des résultats observés.

Le présent cahier des charges définit les exigences communes inhérentes aux centres et maisons de santé « participatifs » pouvant entrer dans le cadre de cette expérimentation. Il se base sur les missions assurées par les structures « participatives » existantes, en capitalisant sur les bonnes pratiques identifiées.

Objectifs

1. Objectifs stratégiques

L'inscription des centres et maisons de santé « participatifs » dans un modèle économique soutenable pérenne, selon des paramètres financiers qui pourront évoluer en fonction des résultats observés au travers de cette expérimentation, permettra de développer ce type de structures et ainsi d'offrir une réponse adaptée aux problématiques de nombreux territoires défavorisés. Le Comité interministériel des Villes et le Ségur de la santé ont ainsi affiché un objectif de création de 60 centres et maisons de santé « participatifs » d'ici 2022-2023 dans le cadre de la lutte contre les inégalités de santé.

2. Objectifs opérationnels

a. Valider l'adéquation entre d'une part les missions financées et les dotations de financements proposés, et d'autre part la réalité des actions menées et des dépenses engagées par les structures expérimentatrices ;

b. Identifier d'éventuels doublons ou au contraire absences de financements ;

c. Ajuster en fonction les paramètres financiers du modèle économique des centres et maisons de santé « participatifs »

d. Identifier les indicateurs de suivi de cette activité, qui pourraient faire l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre la structure et l'agence régionale de santé compétente.

Description du projet

1. Catégories de structures d'exercice coordonné (SEC) concernées

Il s'agit des **centres de santé pluriprofessionnels (CSP) ou des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)** (cf. annexes 1 et 2), délivrant des soins de premier recours, avec une **activité médicale majoritaire de médecine générale**, et de façon optionnelle des soins de second recours[15].

Ces structures doivent être ouvertes à tout public.

Elles pratiquent obligatoirement le tiers payant et les tarifs opposables, et de préférence le tiers payant intégral.

2. Taille de la structure

Une file active en médecine générale[16] minimale de 1 000 patients est requise pour prétendre à l'expérimentation.

Des adaptations sont prévues pour les structures récemment créées (cf. 2) de la partie « Financement de l'expérimentation »), qui doivent toutefois s'engager à atteindre ce niveau minimal de file active au cours de l'expérimentation.

[15] La MSP multi-site des Quartiers Sud du Mans est exclue de la présente expérimentation, en raison de l'expérimentation Pascia'Mans qu'elle porte.
[16] Nombre total de personnes ayant bénéficié d'au moins un acte de médecine générale facturé à l'assurance maladie au cours de l'année précédente

3. Appellation SEC « participative »

S'il ne fait pas de doute que « la santé communautaire » est une notion onusienne faisant référence au niveau international et reconnue dans le domaine de la santé publique en tant que composante de la promotion de la santé définie par la charte d'Ottawa, cette appellation peut néanmoins être source de confusion avec une approche « communautariste ». Pour éviter cet écueil, le qualificatif « participatif » a été retenu dans ce cahier des charges pour désigner ces structures mettant en œuvre cette démarche de « santé communautaire ».

4. Territoires et population cibles

a. La SEC participative a vocation à s'implanter prioritairement dans ou à proximité d'un QPV

La santé communautaire est un des leviers permettant une réponse adaptée aux besoins des habitants des QPV, qui concentrent de multiples inégalités sociales et territoriales en santé (cf. partie II. Contexte et constats). La proximité de la structure avec les populations facilite l'accessibilité et le recours aux soins.

Aussi, seront retenues en première intention les structures implantées (ou en voie d'implantation), par ordre de priorité :

1) dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)[17]

2) à proximité d'un ou plusieurs quartier(s) prioritaire(s) de la politique de la ville (QPV), et dont l'action bénéficie substantiellement aux habitantes et habitants de ce(s) QPV (notion de « quartier vécu » centrée sur les usages des habitants). Ces structures « en quartier vécu » mettent en œuvre un projet de santé prenant en compte les enjeux de santé des habitants du ou des QPV de leur territoire. Elles mettent en place des actions orientées vers ces habitants en partant de leurs besoins, ou impulsent des projets co-construits avec eux.

b. La SEC participative peut également s'implanter en dehors de QPV/ « quartier vécu », dès lors qu'elle accueille une population présentant des facteurs de vulnérabilité

Seront retenues en seconde intention les structures implantées hors QPV/quartier vécu, dans une commune ou un territoire caractérisé(e) par un taux de pauvreté élevé, *a minima* supérieur à la moyenne nationale métropolitaine (15%)[18] et proposant un projet de santé prenant en compte les enjeux de santé des habitants en situation de pauvreté de leur commune.

Ce « ciblage » ne dispense pas toutefois la SEC participative de son obligation légale de demeurer ouverte à tout public avec une organisation et une gestion adaptée à une telle ouverture.

5. Effectifs concernés par l'expérimentation

L'expérimentation vise l'ensemble de la patientèle des SEC participatives. Toutefois, s'agissant des centres et maisons de santé participant aux autres expérimentations article 51 « Microstructures post-covid santé mentale » et « Equip'addict », les structures devront veiller à distinguer les parcours de

[17] Les périmètres des QPV sont consultables sur le site : https://sig.ville.gouv.fr

[18] Pour consulter le taux de pauvreté de la commune d'implantation de la structure voir l'Observatoire des territoires (lien ici). Cette donnée n'est toutefois pas accessible pour les communes de moins de 2 000 habitants. Dans ce cas de figure, la donnée intercommunale pourra être privilégiée (lien vers site de l'Insee ici ou de l'observatoire des territoires ici).

prise en charge des patients suivis dans le cadre de ces deux expérimentations du reste de la patientèle, afin de permettre l'évaluation de ces différentes expérimentations menées parallèlement.

6. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

a. Activité et pluriprofessionnalité entre professionnels de santé[15]

La SEC participative doit assurer les activités suivantes ou prévoir de le faire grâce aux financements de l'expérimentation, en associant des professionnels médicaux et auxiliaires médicaux :

- **Obligatoire : une activité de médecine générale majoritaire**
- **Obligatoire : une activité paramédicale**
- Facultatif : sage-femme / médecin spécialiste / chirurgien-dentiste / médecin addictologue / médecin tabacologue...

Principe d'une pluriprofessionnalité internalisée pour favoriser l'appropriation de la démarche participative par l'ensemble des professionnels **avec une internalisation obligatoire de l'activité de médecine générale et de l'activité paramédicale** (au moins une activité paramédicale).

NB : Sans remettre en cause le principe d'une pluriprofessionnalité internalisée, il est possible d'y déroger temporairement (notamment en cas de lancement de la structure, de difficultés de recrutement, de manque de locaux) sous réserve :

- d'un engagement d'internalisation à terme
- de la signature d'une convention avec l'auxiliaire médical, aux termes de laquelle cet auxiliaire s'engage à développer une pratique adaptée au projet de santé de la structure.

Cette situation s'applique notamment en cas de recrutement d'infirmiers Asalée.

b. Pluriprofessionnalité avec d'autres professionnels

La SEC doit comprendre d'autres catégories de professionnels en dehors des professionnels de santé (cf. ci-dessus) ou prévoir de le faire grâce aux financements de l'expérimentation :

- **Obligatoire : une activité sociale, médico-sociale ou médico-administrative** : personnels d'accueil, médiateurs en santé, travailleurs sociaux...
- **Obligatoire : une activité de soutien psychologique effectuée par un psychologue**
- **Très recommandée : une activité de formation/évaluation à la démarche participative** dont la mission est de faciliter l'exercice pluriprofessionnel spécifique aux SEC (coordonnateur en santé)

Principe d'une internalisation de ces activités pour favoriser l'appropriation de la démarche participative par l'ensemble des professionnels.
Il est possible d'y déroger temporairement (notamment en cas de lancement de la structure, de difficultés de recrutement, de manque de locaux) sous réserve d'un engagement d'internalisation à terme et de la signature d'une convention avec le professionnel.
En cas d'externalisation de certaines prestations, la prise en charge des prestations est assurée par la SEC.

[15] La pluriprofessionnalité est définie (art L 6323-1 al. 1) comme associant des professionnels médicaux et auxiliaires médicaux.

Focus sur les maisons de santé constituées en SISA :

L'ordonnance du 12 mai 2021 offre notamment la possibilité pour les MSP constituées sous la forme de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) de salarier elles-mêmes tout professionnel (de santé ou non) et de percevoir des rémunérations forfaitaires ainsi que de les redistribuer à ses associés ou aux professionnels intervenant en vue de la mise en œuvre du projet de santé de la MSP.

1) L'ordonnance permet le recrutement des professionnels, qu'il s'agisse de professionnels de santé ou d'autres professionnels concourant à la mise en œuvre du projet de santé. Cette faculté favorise la prise en charge globale, particulièrement adaptée aux populations en situation de précarité.

   Pour permettre cette ouverture au salariat tout en préservant le modèle d'exercice libéral qui est la caractéristique des MSP, l'ordonnance prévoit que les SISA, si elles l'inscrivent dans leurs statuts, peuvent exercer une activité de soins ou toute autre activité contribuant à la mise en œuvre du projet de santé de la MSP au travers de ses salariés, ce qui justifie qu'elle s'inscrive auprès des ordres dont les professionnels salariés dépendent ou obtienne l'agrément de l'ARS pour les professions de santé non ordrées, tout en permettant aux professionnels libéraux de continuer à exercer pour leur propre compte. L'ordonnance prévoit en outre que les médecins salariés peuvent être choisis comme médecins traitants et que les tarifs applicables aux actes des professionnels de santé salariés sont les tarifs conventionnels appliqués aux professionnels libéraux. Elle garantit enfin que le nombre de professionnels de santé salariés exerçant des activités de soin doit toujours être inférieur à celui des professionnels libéraux associés.

2) Afin de faciliter encore davantage la pluriprofessionnalité et les prises en charge globales sans faire appel au salariat mais simplement à des interventions ponctuelles, tant auprès des professionnels de santé en interne ou externe que d'autres professionnels en externe, il est prévu que la SISA puisse percevoir des subventions forfaitaires, à charge pour elle d'en assurer la redistribution à chaque intervenant concerné. La prestation rémunérée doit donc contribuer à la mise en œuvre du projet de santé de la MSP, l'auteur de la prestation doit être signataire de ce projet et sa contribution aux actions envisagées doit expressément être prévue par le projet de santé.

7. Modalités d'intervention et d'organisation proposées (services/parcours/outils)

Les centres et maisons de santé « participatifs » sont des structures de soins de premier recours pluriprofessionnelles, implantées en QPV ou à proximité, en « quartiers vécus », ou dans des territoires présentant des taux de pauvreté supérieurs à la moyenne nationale. Leur activité est caractérisée par un exercice de proximité se traduisant par des démarches d'aller-vers et un travail en réseau. Leur projet de santé, co-construit avec les usagers, prévoit une prise en charge médico-psycho-sociale, recourant notamment à des services de médiation sanitaire et d'interprétariat professionnel. Elles déploient un accueil spécifiquement adapté aux personnes vulnérables, et mènent des actions de prévention, promotion et d'éducation à la santé tournées vers les besoins des usagers. Leur démarche participative est un processus progressif et fait l'objet de formation et d'évaluation continue.

L'ensemble de ces missions constituent l'activité spécifique des SEC participatives. Elles sont détaillées ci-après.

a. Mission obligatoire d'exercice de proximité

La connaissance du territoire et de ses habitants, et plus généralement de la population accueillie, est un élément clef pour répondre de manière adaptée et efficace aux besoins de santé des personnes. En outre, l'action des SEC participatives gagne à être visible, connue et comprise des habitants/usagers/patients, mais aussi des autres acteurs de santé du territoire.

Le travail en proximité se traduit par :

- **Des démarches d'aller-vers** *(exemples de démarches pouvant être mises en œuvre) :*
  - *Stands, porteurs de parole, présence aux évènements clefs de la vie de quartier*
  - *Intervention à la demande au sein des écoles et sur les lieux associatifs*
  - *Animations de rue...*

- **Un travail en réseau avec les autres acteurs du territoire**
  Outre la coopération avec les acteurs de santé du territoire, inhérente au fonctionnement de la SEC participative, celle-ci met en place un travail en réseau avec d'autres partenaires locaux, sous la forme de conventions, partenariats, l'identification d'un référent etc.
  Exemples de partenaires de la SEC participative :
  - Structures sanitaires et médico-sociales à proximité : établissements de santé et notamment leur permanence d'accès aux soins de santé (PASS) pour les patients sans droits ouverts, protection maternelle et infantile (PMI), centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), centre de soins infirmiers, laboratoires d'analyses, centres de radiologie....
  - Dispositif d'appui à la coordination
  - Organismes sociaux : caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), caisse d'allocations familiales (CAF), Pôle Emploi, service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO)...
  - Structures de premier accueil inconditionnel de proximité : centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS, CCIAS), services sociaux polyvalents du département, maisons de services au public (MSAP), points d'information médiation multi-service (PIMMS), etc.
  - Organismes domiciliataires : CCAS, CCIAS, associations agréées...
  - Collectivités : conseil de quartier, conseil local de santé mentale (CLSM), commune/intercommunalité (contrat local de santé, atelier santé-ville), département...
  - Représentants des habitants, conseillers citoyens...
  - Centres sociaux / socioculturels, Lieu d'accueil Enfant Parent (LAEP), programmes de réussite éducative (PRE), maisons sports-santé...
  - Préfectures (délégués du préfet)

L'exercice de proximité de la SEC participative sera attesté par la mention d'au moins un type de démarches d'aller-vers mis en œuvre et la justification de liens partenariaux avec plusieurs acteurs du territoire (a minima avec la CPTS du territoire lorsqu'il en existe une, des structures sanitaires et médico-sociales à proximité, la CPAM et le CCAS ou CIAS), tels que des protocoles ou des conventions.

b. Mission obligatoire d'un accueil spécifiquement adapté aux personnes vulnérables :

La mission d'accueil des SEC participative est constitutive de la prise en charge du patient. En effet, le soin débute dès l'accueil dans une démarche sanitaire et sociale intégrée. Les professionnels de l'accueil sont intégrés à l'équipe pluriprofessionnelle avec laquelle ils partagent la responsabilité de

faire vivre le projet de santé. A cette fin, ils participent activement aux espaces de coordination pluriprofessionnelle.

Les caractéristiques principales de la mission d'accueil sont :

- l'inconditionnalité : tout peut être dit, par tous, sans rendez-vous ;
- l'écoute active (les usagers s'identifiant souvent aux accueillants qui constituent le premier rempart, la première écoute, et les rassurent) ;
- l'échange avec les patients, favorisant le lien social : explication du fonctionnement du centre et notamment de sa démarche participative, information sur les espaces de lien social (accueil libre), information sur les espaces collectifs, les événements, etc. ;
- Le repérage des situations de vulnérabilité, telles que le non-recours aux soins, les violences physiques et psychologiques, l'isolement, les ruptures de droits, les biais culturels, les troubles de santé mentale, etc. ;
- l'orientation interne, vers le personnel de la structure, ou externe.

La SEC participative rédige un protocole d'accueil qui détaille les actions mises en œuvre, qui sera intégré dans le projet de santé.

c. Mission obligatoire de soutien psychologique

Un accompagnement psychologique est effectué par un psychologue, détaillé dans le projet de santé.

Si la SEC participative bénéficie du renforcement en psychologues des centres et maisons de santé pluriprofessionnels, tel que défini par l'instruction n°DSS/SD1/DMSMP/2021/101 du 17 mai 2021, ce soutien psychologique s'inscrit dans le parcours de prise en charge défini par ladite instruction. Une souplesse sera toutefois accordée aux structures expérimentatrices quant aux objectifs de patientèle fixés avec l'ARS, du fait du temps de consultation généralement rallongé pour ces structures.

L'internalisation de cet accompagnement psychologique est obligatoire. Toutefois, il est possible d'y déroger en cas d'impossibilité pour la structure expérimentatrice d'accueillir un professionnel du fait du manque de locaux disponibles. Dans ce cas, un conventionnement est établi avec un professionnel externe à la structure. Une internalisation de l'accompagnement psychologique à terme doit toutefois être prévu.

d. Mission obligatoire de médiation en santé :

Il s'agit grâce aux actions de médiation, d'améliorer l'accès aux droits sociaux et de développer un accompagnement psycho-social, de favoriser l'organisation d'actions en faveur de la promotion de la santé, d'assurer un rôle d'accompagnement des patients et des soignants y compris dans le cadre des consultations effectuées afin de prendre en compte les problématiques médico-sociales.

Ces missions sont détaillées en annexe 3.

Il est attendu que les compétences nécessaires soient acquises au cours de formations initiales ou continues et des séances d'analyse des pratiques comme le recommande la HAS[20]. Les structures doivent par conséquent proposer ces formations le cas échéant.

[20] Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques : la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, octobre 201, p35 et suivantes.

La structure expérimentatrice doit justifier en première intention de l'emploi d'un médiateur en santé, ou à défaut d'une personne dédiée à ces missions en cours de formation par la structure.

e. Mission obligatoire de démarche participative

Obligations de moyens :

- Le projet de santé détaille la démarche participative et décrit les actions envisagées, en mettant notamment en œuvre chaque année au moins une action en termes de diagnostic, d'information et de recueil de la parole des usagers (cf. axes décrits ci-dessous).
- Un rapport d'activité annuel ou de l'observatoire des centres de santé détaillant les démarches participatives mises en œuvre est rédigé, en vue d'une amélioration des pratiques à moyen terme.

Actions de mise en œuvre de la démarche participative :

- Aménager l'espace : l'espace est aménagé de sorte à permettre l'expression des personnes (accueil, espaces communs, bureaux de consultation pour réduire la distance entre le professionnel et l'usager) et des « espaces » de participation dédiés sont créés (groupes de paroles, activités participatives...).
- Informer sur la démarche participative : Informer les usagers sur les possibilités et modalités de participation (accueil, affichage, site web, charte de participation...) en s'assurant de la bonne compréhension de cette information.
- Favoriser le recueil de la parole des usagers grâce à :
    - La mise en place et l'exploitation d'outils d'expression (boîtes à idées, tableau d'expression, café-accueil...) ;
    - La réalisation d'actions de recueil de besoins (identification des problématiques rencontrées, enquêtes de satisfaction, entretiens thématiques, porteurs de paroles...) ;
    - L'identification, la valorisation et le développement des modes de participations informels déjà existants (formation d'habitants déjà impliqués pour développer leurs compétences, accompagner) ;
    - L'invitation des patients / habitants à participer aux temps pertinents de la structure (groupes de travail thématiques, AG...) ou avec les partenaires (ASV) et consolider leur démarche ;
    - Favoriser l'auto-organisation en promotion de la santé des habitants.
- Elaborer et actualiser régulièrement (a minima deux fois par an) un diagnostic des besoins des habitants, construit à partir de leur parole et de celle des acteurs du territoire, en lien avec les services de la ville/intercommunalité, afin de définir les priorités collectives.
- Former les professionnels sur les enjeux de la participation, organiser régulièrement des échanges de pratiques, constituer des groupes de formations avec des professionnels et des patients.
- Evaluer régulièrement (a minima deux fois par an) la mise en œuvre de la démarche participative.

Ces actions sont détaillées dans l'annexe 4.

f. Mission obligatoire d'accompagnement social :

Les SEC participatives accompagnent les personnes accueillies dans l'accès effectif à leurs droits sociaux :

- Faire un diagnostic social ;
- Informer la personne sur ses droits ;
- Aider à la constitution des dossiers d'ouverture de droits ;
- Faire le lien avec les organismes sociaux afin d'éviter toute rupture dans le parcours d'accès aux droits.

Pour donner tout son sens à cette mission, il est fortement recommandé que cet accompagnement englobe une dimension éducative et sociale qui tienne compte des vulnérabilités des personnes accompagnées (cf. annexe 5).

La structure expérimentatrice décrit les modalités de mise en œuvre de cet accompagnement social. Si elle dispose de données chiffrées concernant le nombre de personnes accompagnées, elle porte ces éléments au dossier.

g. Mission obligatoire d'interprétariat professionnel :

L'interprétariat professionnel est indispensable pour rendre pleinement effectif le droit à l'information, au consentement, à la confidentialité des soins. Il permet également de lutter contre le non-recours aux droits par la méconnaissance ou l'incompréhension des aides et dispositifs existants. Il ne peut être assuré par les médiateurs si ceux-ci ne sont pas des interprètes professionnels.

L'accès à l'interprétariat professionnel doit être une possibilité offerte à tout professionnel des SEC (professionnels médicaux et paramédicaux, médiateurs, travailleurs sociaux, psychologues...) et peut prendre différentes formes selon les ressources existantes sur le territoire :

- A minima par le recours à un service d'interprétariat téléphonique ;
- A chaque fois que cela est possible, en favorisant le conventionnement entre les SEC participatives et les associations de proximité assurant un service d'interprétariat en présentiel sur le territoire. En effet les situations des personnes vulnérables impliquent des consultations complexes, dont les motifs tout aussi complexes restent souvent informulés sans une relation de confiance établie avec un interprète en présentiel.

L'internalisation de l'interprétariat reste difficilement envisageable au regard de la diversité des langues parfois représentées, mais elle doit être favorisée au regard des bénéfices mentionnés ci-dessus. Les interprètes peuvent être présents au centre sur des temps partiels à une fréquence donnée.

La structure décrit le ou les services d'interprétariat auxquels elle recourt ou prévoit de recourir.

h. Mission obligatoire de prévention, promotion et d'éducation à la santé adaptées aux besoins des patients :

Les actions de prévention, promotion et d'éducation à la santé adaptées aux besoins des patients viennent s'ajouter à celles déjà mises en œuvre grâce à l'accord national des centres de santé et

l'accord conventionnel et interprofessionnel des maisons de santé[21]. Elles s'adressent aux patients dans leur diversité avec le souci d'être accessible à chacun. Elles doivent permettre à chacun, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences, de comprendre l'information et de se l'approprier afin de faire des choix éclairés pour sa santé.

Il peut s'agir par exemple d'ateliers articulés avec la consultation médicale dans le cadre de parcours de santé pensés en fonction de la demande de la patientèle. Les thématiques peuvent être diverses (alimentation, activité physique, lutte contre l'isolement, bien-être, compétences psychosociales, parentalité…) et les activités se déclinent à l'infini (petits-déjeuners, actions culinaires, partenariat avec café bien-être, marche avec une infirmière, groupe de parole avec un interprète, jardin partagé…).

La structure explique comment les actions de prévention, promotion et d'éducation à la santé sont adaptées aux besoins des patients.

i. Mission fortement recommandée de formation/évaluation à la démarche participative :

Au-delà des missions de coordination[22] et de démarche qualité[23] prévues par l'accord national et l'accord conventionnel interprofessionnel, la fonction de coordination des SEC participatives doit conduire à vigilance sur l'effectivité de mise en œuvre de la démarche participative. Elle s'illustre ainsi par la mise en place d'actions de formation à la démarche participative de l'ensemble du personnel de la structure, et d'une évaluation régulière visant à vérifier que toutes les activités de la structure ont pour objet la mise en œuvre de la démarche participative. Cette fonction s'exerce aussi en contribuant à mettre en œuvre le travail en réseau avec les partenaires extérieurs à la structure qui est essentiel au projet.

Concrètement, la mission de coordination d'appui suppose entre autres le soutien technique aux professionnels et leur accompagnement dans la mise en œuvre sur les missions d'accès aux droits santé, de promotion de la santé, de mobilisation des personnes et d'animation de la participation en santé au quotidien ou encore sur la gestion de projet de santé publique sur le territoire.

La structure précise les modalités de mise en œuvre de cette formation/évaluation à la démarche participative, le cas échéant.

Le projet de santé de la SEC participative doit donc détailler les modalités de cet accompagnement médico-psycho-social et processus participatif, aux différentes étapes de prise en charge de la personne. Il décrit également les modalités organisationnelles mises en place pour mettre en œuvre ce projet de santé.

Pour les structures nouvellement créées, une phase de montée en charge progressive est prévue.

[21] Lutte contre la tuberculose ; Actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale ; Surpoids et obésité chez l'enfant ; Souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans ; Prévention du suicide ; Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie) pour les régions non incluses dans les expérimentations PAERPA ; Prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité ; Education thérapeutique (ETP) et éducation à la santé

[22] Le rôle de la fonction de coordination est d'animer de la coordination interprofessionnelle, coordination des parcours et des dossiers patients, suivre l'utilisation du système d'information et organisation du travail de production des données de santé, gérer les relations avec les institutions (organisme d'assurance maladie, agence régionale de santé, …) ou collectivités

[23] Article 9.1.1 de l'accord national. Objectif = instaurer ou renforcer une dynamique d'amélioration de l'organisation et de la dispensation des soins, reconnaissance de la qualité des prestations en CDS et la confiance du public. Le dernier niveau étant une certification du CDS par un audit externe d'un organisme habilité

Durée de l'expérimentation

27 mois à compter de la publication du présent cahier des charges

Modalités de candidature

La candidature et la participation à l'expérimentation sont volontaires :

- **Les SEC participatives suivantes, ayant participé à l'élaboration du cahier des charges, sont admises d'office dans l'expérimentation :**
  - ACSBE La Place Santé (St Denis – 93),
  - Village 2 Santé (Echirolles – 38),
  - La Case de Santé (Toulouse – 31),
  - Le Château en santé (Marseille – 13),
  - La Maison urbaine de santé du Neuhof (Strasbourg – 67),
  - la Santé Commune (Vaulx-en-Velin – 69)

- **Les structures n'ayant pas participé à l'élaboration du cahier des charges** et souhaitant mener l'expérimentation sont invitées à candidater à l'appel à projets, annexé au présent cahier des charges, à l'appui du dossier de candidature prévu à cet effet. Il sera procédé à la sélection des projets sur la base d'une analyse du dossier réalisée aux niveaux national et régional. Les modalités précises (contenu du dossier de demande, calendrier, procédure de sélection...), sont précisées dans l'appel à projets.

- **Une convention sera signée entre la structure expérimentatrice et la CNAM :** ce document formalisera le circuit de facturation et précisera les engagements des différentes parties.

Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation

Phase 1 : A compter de fin juillet 2021 :

- Publication de l'arrêté d'expérimentation permettant le lancement de l'appel à projets pour intégrer d'autres structures expérimentatrices (publication de l'AAP et du cahier des charges) ;
- Entrée dans l'expérimentation des structures expérimentatrices ayant participé à l'élaboration du cahier des charges, après accord du comité de pilotage sur le projet de la structure (formalisation de la demande, affinage des montants financés, signature de la convention).

Phase 2 : 15 octobre 2021 : clôture de l'appel à projets

Phase 3 : décembre 2021 : publication de l'avenant à l'arrêté d'expérimentation fixant la liste complète des structures expérimentatrices (et notamment celles désignées suite à l'appel à candidatures) ; établissement des conventions de financement entre les structures expérimentatrices retenues à l'issue de l'appel à projets et la CNAM.

Phase 4 : septembre 2023 : fin envisagée de l'expérimentation

Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

Deux instances de suivi sont créées :

1. Un comité de pilotage

Un comité de pilotage de l'expérimentation est constitué. Il est chargé de :

- étudier les projets et valider les structures expérimentatrices retenues ;
- effectuer un suivi de l'expérimentation, notamment financier dans le respect de l'enveloppe budgétaire allouée ;
- préparer l'intégration du modèle économique des SEC participatives dans le droit commun.

Il est composé de représentants de :

- La Délégation à la prévention et à la lutte contre la pauvreté
- la Direction générale de l'offre de soins (bureau PF3)
- la Direction de la sécurité sociale (sous-direction SD1)
- la Direction générale de la santé (bureau SP1)
- le Secrétariat général (équipe en charge des expérimentations article 51)
- la Caisse nationale de l'assurance maladie
- l'Agence nationale de la Cohésion des territoires (programme Lien social et images des quartiers)
- agences régionales de santé
- représentants locaux de l'Assurance maladie

Il se réunit à chaque échéance (cf. Planning prévisionnel), au minimum une fois par semestre.

2. Un comité de suivi opérationnel

Un comité de suivi opérationnel des projets est constitué. Il a vocation à se réunir *a minima* une fois par trimestre durant la première année de l'expérimentation et selon des échéances à définir pour les années suivantes. L'objectif de ce comité est de faire le point sur la mise en œuvre de l'expérimentation, d'identifier les difficultés rencontrées, les points forts, les modifications éventuelles à apporter à l'expérimentation et les éventuels points d'attention à remonter au Comité technique de l'innovation en santé (CTIS). Il serait informé de l'avancée de l'évaluation.

Il est composé de représentants de :

- La Délégation à la prévention et à la lutte contre la pauvreté
- la Direction générale de l'offre de soins (bureau PF3)
- la Direction de la sécurité sociale (sous-direction SD1)
- la Direction générale de la santé (bureau SP1)
- le Secrétariat général (équipe en charge des expérimentations article 51)
- la Caisse nationale de l'assurance maladie
- l'Agence nationale de la Cohésion des territoires (programme Lien social et images des quartiers)
- agences régionales de santé concernées
- l'Assurance maladie au niveau local
- structures expérimentatrices.

Financement de l'expérimentation

1) Le modèle de financement des SEC participatives

Le modèle de financement des SEC participatives rémunère les composantes de cette offre de soins spécifique, dite « participative », nécessitant un financement complémentaire aux actes et rémunérations forfaitaires déjà pris en charge par l'assurance maladie.

Il a été établi sur la base du modèle d'activité des structures existantes. L'expérimentation doit permettre de l'affiner au regard des attendus des différentes missions et des objectifs envisagés ainsi que de définir des indicateurs de suivi ; ceux-ci seront donc précisés dans le cadre de l'évaluation et affinés à l'issue de l'expérimentation.

Le modèle de financement des SEC participatives est constitué de quatre dotations versées à la structure, fongibles entre elles, détaillées ci-dessous.

Elles sont uniquement destinées à financer du temps humain, et non des frais de fonctionnement tels qu'un abonnement logiciel pluriprofessionnel, des frais de déplacements, de petites fournitures etc.

Ces financements se substituent aux financements actuels des agences régionales de santé (ARS) pour ces mêmes missions.

La « file active MG » recouvre ici le nombre de patients vus en consultation par un médecin généraliste de la structure au cours de l'année précédente, soit le nombre total de personnes ayant bénéficié d'au moins un acte de médecine générale facturé à l'assurance maladie au cours de l'année précédente. Cette définition est à retenir dans tous les éléments ci-dessous.

a. **Dotation rémunérant les activités « participatives » réalisées par des professionnels autres que les professionnels de santé :**

Cette dotation permet de financer du personnel d'accueil, des médiateurs en santé, des travailleurs sociaux, coordinateurs... Les temps de psychologues font l'objet d'une dotation spécifique (cf. d. ci-dessous) et ne sont donc pas comptabilisés dans cette dotation.

Elle est fixée en fonction du nombre de patients accueillis l'année précédente en file active MG.

Plusieurs paliers ont été définis afin d'éviter les effets de seuil, avec un seuil plancher à 1 000 patients en file active MG et un seuil plafond à compter de 6 000 patients accueillis.
55 K€ (brut chargé) sont versés pour chaque ETP attribué par le modèle.

File active MG	Nombre d'ETP alloués
1000-3000	4 + [(nb patients – 1000)/1000]
3000-6000	6 + [(nb patients – 3000)/3000]
> 6000	7

En revanche, une totale liberté est laissée aux structures pour affecter ces professionnels par rapport aux missions requises (ex : les missions d'accueil – médiation – coordination peuvent être assurées par une même personne, ou par plusieurs personnes ayant la même fonction).

b. Dotation rémunérant les temps consacrés par les professionnels de santé à la démarche « participative » et à la prise en charge d'une patientèle précaire ou vivant dans un territoire fragilisé :

Cette dotation permet de prendre en compte les particularités de l'activité des professionnels de santé exerçant au sein des centres communautaires, avec un nombre plus faible de consultations et une participation à la démarche participative de la structure (formation à la participation, coordination interprofessionnelle, ateliers avec les patients...).

Elle consiste en une dotation basée sur le taux de pauvreté du territoire dans lequel est implantée la structure, à l'échelon le plus précis disponible : commune ou quartier prioritaire de la politique de la ville[24], et le plus favorable à la structure. Cette dotation est versée si le taux de pauvreté du territoire est supérieur à la moyenne nationale du taux de pauvreté (fixée à 15% en 2021, sur la base de la source Insee la plus récente à savoir celle de 2017, avec une possibilité d'actualisation au cours de l'expérimentation) et est calculée de façon linéaire, jusqu'à un maximum de +20%, si le taux de pauvreté atteint 25% ou plus.

Cette dotation s'articule avec la modulation au taux de pauvreté prévue dans le cadre de l'expérimentation PEPS (paiement en équipe de professionnels de santé en ville) pour les structures participant à cette expérimentation, qui percevront au titre de cette expérimentation le différentiel entre la dotation calculée selon les modalités ci-dessus et la modulation au taux de pauvreté perçue dans le cadre de l'expérimentation PEPS.

c. Dotation finançant le recours à des services d'interprétariat professionnel

Cette dotation finance le recours à des services d'interprétariat professionnel, présentiel et/ou téléphonique.
Elle est financée à hauteur de 22 800€ par an pour 1000 patients en file active MG.
Pour une structure ayant Y patients en file active MG, le calcul est donc le suivant :
Dotation interprétariat = Y x 22 800 / 1 000.

d. Dotation complémentaire sur le soutien psychologique :

- La SEC participative est incitée à mobiliser un financement dans le cadre de la mesure de renforcement en psychologues des centres et maisons de santé pluriprofessionnels du Ségur de la santé, tel que défini par l'instruction n° DSS/SD1/DMSMP/2021/101 du 17 mai 2021.

- En complément de ce financement, un temps de psychologue et de contribution à la démarche participative pourra être financé sur la base d'un coût employeur de 66 000€, avec un plafonnement d'un ETP et d'un montant de 66 000€ par structure, après accord de l'agence régionale de santé compétente.

[24] Cf. données INSEE (base Filosofi) https://www.insee.fr/fr/statistiques/4507225?sommaire=4507229

2) Montée en charge de certains porteurs de projets :

Une phase de montée en charge est prévue pour les structures récemment créées ou avec une file active en médecine générale en cours de progression, avec les adaptations suivantes :

- La file active en médecine générale prévisionnelle au 1er janvier 2022 est retenue pour établir les montants des dotations basées sur la file active ;
- S'agissant de la dotation rémunérant les activités « participatives » réalisées par des professionnels autres que les professionnels de santé, les ETP financés sont établis selon le calcul suivant, avec une régularisation sur la file active en médecine générale constatée :

  [File active MG prévisionnelle au 1er janvier 2022 / 1000 x 4]

Attention : la structure doit s'engager à atteindre une file active MG minimale de 1 000 patients au cours de l'expérimentation pour pouvoir y prétendre.

3) Modalités de financement :

Le montant du financement pour chaque structure est établi en lien avec la CNAM.

Les montant et modalités de financement sont définis pour chaque structure expérimentatrice au sein d'une convention signée entre la structure et la CNAM.

4) Enveloppe globale FISS :

L'enveloppe de financement est fixée à 24 millions d'euros pour toute la durée de l'expérimentation (3 millions d'euros en 2021, 12 millions d'euros en 2022, 9 millions d'euros en 2023). Ce montant pourra être révisé en fonction du nombre et de la dimension des projets retenus, auquel cas une modification du cahier des charges sera requise.

5) Financements complémentaires (hors modèle économique) :

Les porteurs de projets sont invités à solliciter les collectivités locales et préfectures pour mobiliser des financements complémentaires afin de soutenir leur démarche participative.

Ils pourront notamment financer leurs besoins en immobilier, qui ne peuvent en aucun cas être financés par l'Assurance maladie.

A cette fin, la structure gestionnaire (ou le porteur de projet) sollicitera en priorité les signataires du Contrat local de santé (ARS et collectivités territoriales du ressort de la SEC participative) pour les territoires concernés.
Au titre de la feuille de route interministérielle élaborée par le préfet, les outils de financement pilotés par les préfectures pourront être sollicités par les gestionnaires ou porteurs de projets, en particulier :

- la dotation « Politique de ville » (ex-DDU), permettant de financer de l'investissement dans les quartiers prioritaires
- pour les autres territoires non éligibles à la dotation suscitée, dans le cadre des dotations et fonds de soutien à l'investissement en faveur des territoires

Dans les 480 QPV concernés, le soutien de l'ANRU pourra être sollicité auprès du préfet, en sa qualité de délégué territorial de l'ANRU.

S'agissant de projets complémentaires bénéficiant aux habitants des QPV :

A titre complémentaire, les crédits spécifiques de la politique de la ville (programme 147) pourront être mobilisés en co-financement de projets dans le cadre des contrats de ville (par exemple, soutien

aux actions en santé développées par les habitants, développement de formations à la participation des habitants), sous réserve de l'arbitrage du comité de pilotage du contrat de ville.

Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation

Le projet soumis est recevable en ce qu'il déroge aux règles de tarification et de facturation visées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, afin de tester un modèle de rémunération par dotation. Il déroge également aux règles de paiement direct des honoraires par le malade et de remboursement et aux règles de frais couverts par l'assurance maladie et à la participation de l'assuré, visées respectivement aux articles L. 162-2 et L. 160-8 (1°, 2° et 6° alinéas) du code de la sécurité sociale (cf. prestations non remboursées telles que les prestations de psychologue, travailleur social, médiateur en santé, ...).

Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées

Cette expérimentation vise à tester le modèle financier des structures participatives pour en confirmer la soutenabilité et ainsi pérenniser l'organisation de ces structures pluriprofessionnelles innovantes, dont le service rendu à la population a été démontré.

L'évaluation du projet s'attachera à plusieurs composantes :

- Analyse des moyens et ressources du projet ;
- Analyse du processus (personnels, formation, organisation...) ;
- Analyse des actions menées ;
- Analyse du public accueilli ;
- Analyse de la qualité de service et d'accès aux soins ;
- Mesure de la satisfaction des utilisateurs et des acteurs.

Elle permettra notamment de :

- Valider l'adéquation entre d'une part les missions financées et les forfaits proposés, et d'autre part la réalité des actions menées et des dépenses engagées par les structures expérimentatrices (temps dédié par les professionnels de santé aux activités « participatives », profils et rémunération des professionnels recrutés (non professionnels de santé...)
- Identifier d'éventuels doublons ou au contraire absences de financements
- Identifier les indicateurs de suivi de cette activité, qui pourraient faire l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre la structure et l'agence régionale de santé compétente

Modalités de révision du cahier des charges

Le cahier des charges est susceptible de faire l'objet de mise à jour après échange avec les participants au cours de l'expérimentation, notamment pour prendre en compte l'articulation avec d'autres expérimentations.

Toute modification du présent cahier des charges doit faire l'objet d'un avenant, soumis à l'avis des équipes expérimentatrices. En cas de désaccord, les équipes expérimentatrices qui le souhaiteraient auraient alors la possibilité de sortir de l'expérimentation.

Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation

Informations recueillies dans le cadre habituel de l'activité de ces structures de soins

Obligations règlementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel

Pas de recueil de données à caractère personnel

Liens d'intérêts

Les SEC participatives ayant participé à l'élaboration du cahier des charges sont admises d'office dans l'expérimentation, dès lors qu'elles en font la demande et qu'elles respectent les prérequis du présent cahier des charges au travers de la formalisation d'une présentation synthétique de leur projet de santé.

Eléments bibliographiques / expériences étrangères

« Quels effets attendre sur la pauvreté des mesures de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ?
Proposition de schéma théorique et revue des expériences françaises et étrangères »
Poucineau J., Bricard D., Dourgnon P. (Irdes)
Questions d'économie de la santé n° 259 - Juin 2021

ANNEXE 1 : TABLEAU COMPARATIF CENTRES ET MAISONS DE SANTE

	CENTRES DE SANTE (L. 6323-1 et svts + D. 6323-1 et suivant + arrêté du 27 février 2018	**MSP (L. 6323-3 + circ 27/07/10 + textes sur les SISA : L 4041-1 et svts et R. 4041-1 et svts)**
Naissance	Après-guerre	2007
Nombre	2492 dont 455 pluriprofessionnels dont 167 en QPV ou QV	1889 en fonctionnement dont 233 en QPV ou QV
Niveau de recours	1er recours principalement et, le cas échéant, 2nd recours	
Forme juridique	Personnalité morale au travers du gestionnaire (municipalités, EPCI, organismes à but non lucratif, établissements de santé, sociétés coopératives d'intérêt collectif)	Personnalité morale obligatoire (constitution associative ou en société, notamment SISA). Pas de gestionnaire
Implantation	✓ Essentiellement urbaine mais possiblement rurale ✓ 1 ou plusieurs antennes	✓ Légèrement plus rurale qu'urbaine ✓ 1 ou plusieurs sites
Composition	Professionnels de santé	Professionnels médicaux, auxiliaires médicaux + pharmaciens (=> pas d'aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers)
Statut des médecins	salariés	libéraux
Population concernée	Tout usager mais particulièrement les populations précaires	Tout usager
Tarifs pratiqués	Tarifs opposables – 1/3 payant – pas d'avance de frais pour CMU et AME	Secteur 1 et 2 autorisés
Organisation	✓ Pluri ou mono-professionnalité (centres infirmiers, dentaires ou médicaux à côté de centres pluroprofessionnels associant professions médicales et paramédicales) ✓ Exercice coordonné des soins	✓ Pluri-professionnalité ✓ Exercice coordonné des soins
Projet de santé	obligatoire	
CPOM	Obligatoire si financement par ARS	
Financement	Remboursement des actes par l'assurance maladie	Remboursement des actes par l'assurance maladie
	✓ Subvention d'équilibre accordée souvent par les collectivités territoriales gestionnaires ✓ Financement via le FIR possible mais peu souvent accordé par les ARS	✓ FIR (étude de faisabilité / aide au démarrage) ✓ Collectivités territoriales, DETR, FNADT fonds européens, PER, CPER (sur l'investissement)
	Accord national (transposition de l'ACI aux centres) => rémunération forfaitaire sur la base d'indicateurs d'accessibilité (amplitude horaire, SNP…) / travail en équipe / partage de l'information	Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les MSP en SISA => rémunération forfaitaire sur la base d'indicateurs d'accessibilité (amplitude horaire, SNP…) / travail en équipe / partage de l'information

ANNEXE 2 : LES CATEGORIES DE STRUCTURES

Les centres de santé :

- Lorsqu'ils sont pluriprofessionnels, ils comptent en leur sein des médecins généralistes et auxiliaires médicaux. A côté, il existe des centres médicaux (avec seulement des médecins), des centres polyvalents (avec des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes et/ou des auxiliaires médicaux) et des centres monoprofessionnels (centres de santé infirmiers ou centres dentaires).
- Ils sont portés par des gestionnaires au statut variable (commune / établissement public de coopération intercommunale -EPCI- / organismes à but non lucratifs / établissement de santé / société coopérative d'intérêt collectif).
- Les professionnels de santé y sont salariés.
- Ils pratiquent le tiers payant et les tarifs opposables.
- Ils sont ouverts à tout public.

Les maisons de santé :

- Elles sont toujours pluriprofessionnelles (médecins + auxiliaires médicaux + le cas échéant des pharmaciens)
- Elles sont portées par les professionnels de santé qui y exercent (qui sont des libéraux)
- Etant législativement des personnes morales, elles sont majoritairement constituées en sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA), ce statut étant exigé pour bénéficier des rémunérations spécifiques versées par l'assurance maladie. Elles peuvent cependant avoir un autre statut (association, ...).
- Elles ne sont contraintes ni au tiers payant ni aux tarifs opposables.

ANNEXE 3 : FICHE DE POSTE - MEDIATEUR EN SANTE

Basée sur le référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques de la HAS relatif à *« La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins »* (Octobre 2017)

Définition suivante de la médiation en santé

Par la Haute Autorité de santé (HAS)

La médiation est un processus temporaire de « l'aller vers » et du « faire avec » dont les objectifs sont de renforcer :

- l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun ;
- le recours à la prévention et aux soins ;
- l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé;
- la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public.

La médiation en santé désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter :

- d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables ;
- d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

FINALITE

Il s'agit grâce aux actions de médiation d'améliorer l'accès aux droits sociaux et de développer un accompagnement psycho-social, de favoriser l'organisation d'actions en faveur de la promotion de la santé, d'assurer un rôle d'accompagnement des patients et des soignants y compris dans le cadre des consultations effectuées afin de prendre en compte les problématiques médico-sociales.

MISSIONS DU MEDIATEUR

Créer la rencontre avec les populations vulnérables du territoire, par des actions d'aller-vers et une présence active auprès des publics-cibles :

- identifier les personnes sur leur lieu de vie ou d'activité, se faire connaitre, créer un lien de confiance ;
- faciliter la compréhension et la connaissance des droits et du système de santé, présenter le rôle et le fonctionnement des acteurs de santé présents sur le territoire, aider à identifier les professionnels de santé du territoire ;
- orienter en fonction des besoins vers acteurs de santé du territoire ;
- amener les personnes à apporter une attention à leur santé ;
- observer et identifier des situations problématiques individuelles et/ou collectives

Développer des liens avec les professionnels de santé et institutions du territoire :

- Identifier et se faire connaitre des professionnels de santé et institutions du territoire
- sensibiliser les professionnels et acteurs de santé du territoire aux facteurs de vulnérabilité et aux spécificités des publics cibles, aux difficultés rencontrées par les personnes
- mobiliser les professionnels et acteurs de santé du territoire pour organiser des actions d'aller vers et des actions collectives de promotion de la santé

Faciliter la coordination des parcours de santé des personnes

- Accompagner l'ouverture des droits en santé : aide à la mise en place des démarches administratives des personnes ayant des difficultés à compléter leurs dossiers, mise en relation avec des professionnels susceptibles de régulariser les dossiers, suivi des démarches, accompagnement physique des personnes les moins autonomes vers les administrations...
- Favoriser la relation entre les publics et les professionnels de santé : mise en relation des publics et des professionnels, accompagnement physique des personnes les moins autonomes

Proposer des actions collectives de promotion en santé, en lien avec les acteurs de santé du territoire :

- participer au recensement des besoins et préoccupations de la population du territoire,
- participer à l'organisation d'actions collectives, mobiliser le public en amont, participer à l'animation des actions, etc.

Participer aux actions structurantes au projet du centre de santé participatif

- Assurer un retour d'information sur l'état de santé, les attentes, représentations et comportements de publics spécifiques
- Identifier les dysfonctionnements dans la prise en charge de santé, ainsi que les risques pour la santé des personnes accompagnées afin d'alerter les autorités compétentes

COMPETENCES

Connaissance de l'environnement

- Connaissances du public cible (valeurs, codes et pratiques, problématiques médicales et médico-social, problématiques socio-économiques)
- Connaissances de l'environnement médico-social (des procédures d'accès aux droits et aux soins et du cadre juridique en vigueur) et des institutions et de l'offre de soins du territoire

Compétences techniques :

- techniques d'aller-vers, communication (techniques d'entretien, techniques d'animation et éducation pour la santé), modalités de constitution d'un dossier administratif d'ouverture de droits à l'assurance maladie
- Capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire et construire un réseau
- Capacité à prendre de la distance et à gérer son stress

Savoir être :

- Ecoute et empathie, respect de la confidentialité et du secret professionnel, non jugement
- Capacité à connaitre les limites de son rôle, à se remettre en question et remettre en question sa pratique

PROFIL / FORMATION

Les profils des personnes recherchées peuvent être divers, il peut s'agir de :

- Professionnel du secteur sanitaire ou social, ou personne sans qualification initiale dans ces domaines mais dont l'expérience personnelle s'apparente à celle de la population cible du projet (habitant du quartier, etc.).
- Personne titulaire d'un diplôme/formation ou ayant une expérience préalable en médiation en santé ou en médiation sociale.

ANNEXE 4 : LA DEMARCHE PARTICIPATIVE

La structure s'engage à développer un processus progressif de participation, visant à rendre ces personnes actrices du projet de santé, dans une relation égalitaire et de confiance réciproque avec les professionnels de la structure. Il s'agit ainsi de créer des « allers-retours » entre les équipes et les habitants / usagers / patients. L'objectif est que les personnes participent à la définition de leurs besoins, des priorités collectives, et s'impliquent dans la prise en charge de leur santé, pour construire une réponse pertinente aux besoins du territoire (au sens large). Ce fonctionnement correspond à un des axes de la promotion de la santé soutenu par l'OMS.

Ce processus ne peut s'installer que progressivement. Complexe et évolutif, il doit se prémunir de deux écueils fréquents : « l'injonction de participation » et « la coquille vide ».

Les attentes par rapport à la participation en santé sont multiples et pas forcément similaires pour les professionnels et les usagers, les premiers ayant par exemple en tête l'ajustement de leur projet de santé, l'amélioration des pratiques professionnelles, quand les seconds en retirent un renforcement de leurs savoirs et compétences individuelles ou encore l'apprentissage du vivre ensemble. Il convient donc d'être à l'écoute des attentes de chacun, mais aussi de prendre la mesure des enjeux communs : réduction des malentendus entre professionnels et patients, renforcement mutuel de la capacité d'agir, en vue d'une réduction des inégalités sociales de santé sur le territoire.

Le processus de participation commence ainsi par l'écoute, « l'auscultation » au sens 1er du terme, par la parole donnée aux usagers : écouter/ausculter, accueillir, mais aussi conserver, protéger et prendre en compte cette parole, la rendre efficiente. Faire émerger la parole, comme la participation, c'est la faire entrer dans l'espace *public*, ce qui met en jeu pour les personnes vulnérables de nombreuses problématiques : de la question de la légitimité, de l'expertise (qu'est-ce qui me donne le droit de parler et d'agir ?), à celle des représentations (quelle image vais-je donner ?), et enfin de l'efficacité (qu'est-ce que cela va changer ?). Pour s'y risquer, il faut une relation de confiance, une médiation par des « pairs », et c'est dans les réponses que les structures s'efforcent d'apporter à ces questions que se construit la *possibilité* de la participation, comprise comme un apprentissage, aussi bien pour les habitants que pour les professionnels.

Il s'agit ainsi de trouver les moyens de favoriser cette participation, tout en sachant que les outils mis en place pourront ne pas donner les résultats escomptés et qu'ils seront ajustés au fil des expériences pour tendre vers cet objectif de processus participatif. La mise en œuvre de méthodes et d'outils peut notamment passer par :

- Un aménagement des espaces qui permet l'expression des personnes (accueil, espaces communs, bureaux de consultation pour réduire la distance entre le professionnel et l'usager) ;
- La mise en place d'outils d'expression (boîtes à idées, tableau d'expression, café-accueil...) ;
- L'information des usagers sur les possibilités et modalités de participation (accueil, affichage, site web, charte de participation...) ;
- La réalisation d'actions de recueil de besoins (identification des problématiques rencontrées, enquêtes de satisfaction, entretiens thématiques, porteurs de paroles...) ;
- La création d'« espaces » de participation (groupes de paroles, activités participatives...) ;
- La formation des professionnels sur les enjeux de la participation, l'organisation régulière d'échanges de pratiques, ou encore groupes de formations avec des professionnels avec les patients ;

- La création et le développement de partenariats avec les acteurs du territoire ;
- L'identification, la valorisation et le développement des modes de participations informels déjà existants (formation d'habitants déjà impliqués pour développer leurs compétences, accompagner et consolider leur démarche) ;
- L'invitation des patients / habitants à participer aux temps pertinents de la structure (groupes de travail thématiques, AG...) ou avec les partenaires (ASV) ;
- L'élaboration et l'actualisation d'un diagnostic des besoins des habitants, construit à partir de leur parole et du territoire (espaces d'échanges, questionnaires ; enquêtes, entretiens etc..), en lien avec les services de la ville, afin de définir les priorités collectives.

L'objectif étant de laisser davantage de place active aux habitants / patients / usagers : il s'agit à minima d'assurer un 1er niveau d'écoute, d'information, de sensibilisation et de consultation, pour viser une démarche de concertation et de co-construction progressive voire, à terme, d'autonomisation quand la dynamique et l'implication des usagers est consolidée.

Cette participation des patients / usagers / habitants peut ainsi s'exercer à plusieurs niveaux, selon le degré de maturité du projet et la dynamique propre aux structures et aux territoires :

- L'implication dans le parcours de soin, via la relation patient / professionnel (la volonté du patient parvient à se formuler et est prise en considération, le patient peut participer aux RCP le concernant, les proches peuvent s'impliquer quand c'est pertinent) ;
- Le fonctionnement de la structure (les patients / habitants peuvent contribuer à la démarche qualité, à l'accompagnement des autres usagers ou aux actions mises en place...) ;
- L'élaboration, l'évolution et la mise en œuvre du projet de santé : des « habitants-relais » peuvent ainsi contribuer à son évolution et se faire le relais des besoins et priorités identifiées, devenir membres de la structure, participer à sa gouvernance ou encore créer une commission d'habitants.

ANNEXE 5 : L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Les publics accompagnés, au croisement souvent de multiples inégalités sociales et discriminations, sont généralement en non-recours d'un certain nombre de leurs droits, et ayant pu vivre des situations ressenties de violence et de stigmatisation par diverses institutions et administrations. Ils sont pour la plupart ce que les administrations nomment des **« invisibles »**, en ce sens ils semblent en capacité de pousser la porte de l'administration mais ne le font pas.

Le travail social permet de reformuler des demandes, de rouvrir les portes de possibles améliorations de la situation. Cela nécessite de pouvoir avoir le temps de la prise en compte de la phase de sidération ou de colère légitime, puis de permettre la possibilité pour les personnes de ré-activer des processus, de se ré-engager dans l'idée d'un futur acceptable. Cela nécessite beaucoup de patience, d'accepter ce qui semble être des retours en arrière, d'avancer au rythme de la personne tout en étant force de proposition. Cela permet de casser la spirale de l'isolement et du repli sur soi, et de tout simplement refaire confiance.

Ce travail social demande du temps et notamment des compétences et des qualités d'accompagnement social et éducatif et d'écoute active. Ces qualités et compétences prennent toutes leurs dimensions dans une structure pluriprofessionnelle de santé. Cela crée pour les usagers la notion de lieu refuge, d'équipe soignante, de lieu ressource.

Cette prise en compte de la personne dans toute sa « problématique » permet également de traiter les difficultés rencontrés dans leur ensemble et pour la personne de ne pas avoir constamment à raconter ses problèmes actuels. Cela permet aussi de gérer au mieux des dossiers complexes où le lien social et sanitaire est obligatoire (reconnaissance de la qualité travailleur handicapé (RQTH), demande de l'allocation adulte handicapé (AAH), demande de titre de séjour pour raison de santé, demande d'EHPAD, demande de soins de suite et de réadaptation ou de cure, suivi psychiatrique, etc.).

Annexe 6. Coordonnées du porteur et des partenaires

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone
Porteur	Délégation à la prévention et à la lutte contre la pauvreté	**Chloé RAVOUNA** chloe.ravouna@sante.gouv.fr 01 40 56 88 17 / 06 99 37 22 30
Partenaires	Direction générale de l'offre de soins (bureau PF3)	**Samuel DELAFUYS** Samuel.DELAFUYS@sante.gouv.fr 01.40.56.77.29 **Yann-Maël LE DOUARIN** yann-mael.ledouarin@sante.gouv.fr 01.40.56.50.33
	Direction de la sécurité sociale (sous-direction SD1)	**Maud ROBERT** maud.robert3@sante.gouv.fr 01.40.56.69.26 **Emmanuel FRERE-LECOUTRE** emmanuel.frere-lecoutre@sante.gouv.fr 01.40.56.74.02 **Manon FLANDROIS** manon.flandrois@sante.gouv.fr 01.40.56.72.32 **Yann LHOMME** yann.lhomme@sante.gouv.fr 01.40.56.68.94
	Direction générale de la santé (bureau SP1)	**Khadoudja CHEMLAL** khadoudja.chemlal@sante.gouv.fr 01.40.56.52.74 **Caroline FRIZON** caroline.frizon@sante.gouv.fr 01.40.56.53.97
	Secrétariat général (équipe en charge des expérimentations article 51)	**Natacha LEMAIRE** Natacha.LEMAIRE@sg.social.gouv.fr 01.44.38.37.52 **Corentine NEPPEL** Corentine.NEPPEL@sg.social.gouv.fr 01.40.56.51.32 **Sun ROBIN** sun.robin@sg.social.gouv.fr
	Caisse nationale de l'assurance maladie	cnam-art51.cnam@assurance-maladie.fr
	Agence nationale de la Cohésion des territoires (Programme Lien social et images des quartiers)	**Hélène CHAPET** Helene.CHAPET@anct.gouv.fr **Clémence BRE** Clemence.BRE@anct.gouv.fr
	ACSBE La Place Santé	**Didier Ménard** didier.menard@avecsante.fr **Emilie Henry** emilie.henry@acsbe.asso.fr 01 48 09 19 16 / 06 33 20 91 70
	Village 2 Santé	**Benjamin Cohadon** bcohadon@levillage2sante.fr 04 57 00 80 00 / 06 02 49 93 60
	La Case de Santé	**Fabien Maguin** fabien.maguin@casedesante.org 05 61 23 01 37
	Le Château en santé	**Jérôme Camil** jerome.camil@chateau-en-sante.org 04 91 75 84 20
	La Maison urbaine de santé du Neuhof	**Laetitia Jacquemin** coordinatriceneuhof@gmail.com 09 52 75 02 91 **Catherine Jung** jung.cath@gmail.com
	Santé Commune	**Benjamin Dubet** b.dubet@sante-commune.fr 06.98.63.07.50

	Inspection générale des affaires sociales	**Corinne CHERUBINI** corinne.cherubini@igas.gouv.fr **Valérie GERVAIS** Valerie.GERVAIS@igas.gouv.fr **Régis PELISSIER** regis.pelissier@igas.gouv.fr

Annexe 7. Catégories d'expérimentations

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 –I-1° du code de la sécurité sociale)	**Cocher**	**Si oui, préciser**
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	x	
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins		
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficience des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

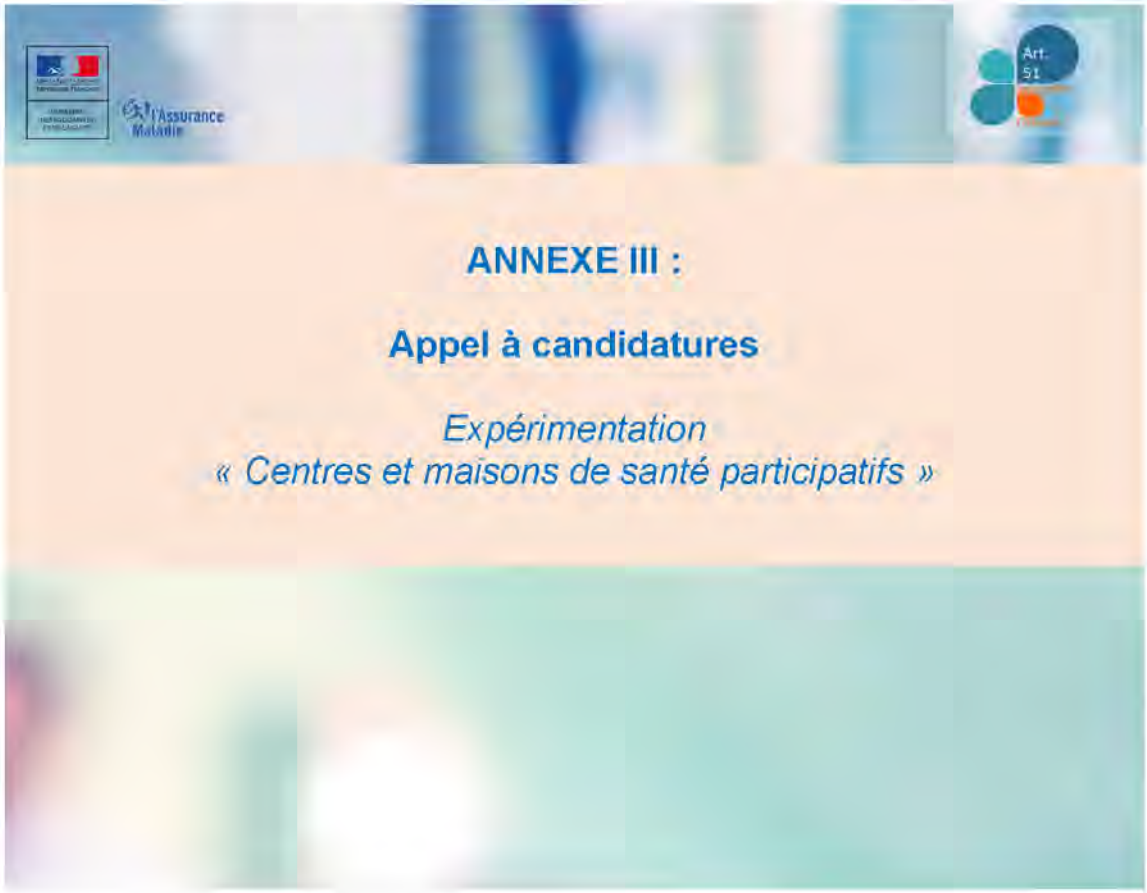
Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2° du code de la sécurité sociale)	**Cocher**	**Si oui, préciser**
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	x	
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	x	
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations		

Modalités d'amélioration de l'efficience ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II° du code de la sécurité sociale)[25] :	**Cocher**	**Si oui, préciser**
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

[25] Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale)

ANNEXE II : LISTE DES STRUCTURES AUTORISEES A PARTICIPER À L'EXPÉRIMENTATION « STRUCTURES D'EXERCICE COORDONNE PARTICIPATIVES » à partir de juillet 2021

ACSBE La Place Santé (St Denis – 93)
Village 2 Santé (Echirolles – 38)
La Case de Santé (Toulouse – 31)
Le Château en santé (Marseille – 13)
La Maison urbaine de santé du Neuhof (Strasbourg – 67)
la Santé Commune (Vaulx-en-Velin – 69)



ANNEXE III :

Appel à candidatures

Expérimentation
« Centres et maisons de santé participatifs »

Les centres et maisons de santé « participatifs » (également appelés « communautaires ») visent à offrir une prise en charge sanitaire et sociale en ville de premier recours, tournée vers les besoins de leurs usagers et généralement implantée dans des territoires défavorisés.

Cette prise en charge est particulièrement adaptée aux populations précaires ou éloignées du soin, car elle se fonde sur un accompagnement médico-psycho-social mis en œuvre par une équipe pluriprofessionnelle, associant notamment des médecins généralistes et auxiliaires médicaux, des psychologues, des agents d'accueil, des médiateurs en santé et des interprètes professionnels. Ces professionnels, par différents biais, font participer les usagers au projet de santé de la structure, en visant à les rendre acteurs de leur propre santé.

Malgré la reconnaissance de leur service rendu, leurs modes de financements actuels ne permettent pas d'assurer la soutenabilité de ces structures, tant en termes d'équilibre budgétaire que de pérennité des financements.

Le présent **appel à candidatures** vise à sélectionner des candidats volontaires pour expérimenter durant une période de 2 ans un modèle économique pour une vingtaine de structures (dont six admises d'office dans l'expérimentation), en testant en conditions réelles différentes dotations, en vue d'une intégration de ce modèle dans le droit commun selon des paramètres financiers qui pourront évoluer en fonction des résultats observés. L'objectif est ainsi de créer à terme 60 centres et maisons de santé « participatifs » en inscrivant la santé communautaire dans un modèle économique pérenne et soutenable.

Les candidats sont invités à renseigner le dossier de candidature ci-joint et à le transmettre par voie électronique au plus tard le 15 octobre 2021 à l'adresse SECparticipatives@sante.gouv.fr ainsi qu'à leur ARS (voir adresses en annexe).



Table des matières

I. ENGAGEMENT DES CANDIDATS RETENUS 3
II. DOSSIER DE CANDIDATURE : COMPOSITION, EVALUATION ET SELECTION 3
2.1. Composition du dossier 3
2.2. Critères de recevabilité et de sélection 4
Critères de recevabilité 4
Critères de sélection 4
2.3. Modalités de dépôts des candidatures 6
2.4. Procédure de sélection des candidatures et calendrier 6
ANNEXE 1 7
Dossier de candidature 7
ANNEXE 2 21
Référents régionaux (ARS) 21



I. ENGAGEMENT DES CANDIDATS RETENUS

Les candidats retenus s'engagent à participer activement à l'expérimentation afin d'en atteindre les objectifs poursuivis et à contribuer à fournir les données et informations nécessaires au suivi et à l'évaluation nationale de l'expérimentation. De plus, la contribution à des ateliers périodiques de partage d'expérience et de suivi de l'expérimentation qui seront organisés est attendue.

Une convention sera signée entre la structure expérimentatrice et la CNAM (Caisse nationale de l'Assurance maladie) : ce document formalisera le circuit de facturation et précisera les engagements des différentes parties.

II. DOSSIER DE CANDIDATURE : COMPOSITION, EVALUATION ET SELECTION

2.1. Composition du dossier

Les équipes peuvent candidater en renseignant le dossier annexé. Il est constitué d'un tableau des effectifs et d'un dossier de réponse comportant les mentions suivantes:

- Nature de la structure (ex : MSP ou centre de santé pluriprofessionnel) ;
- Contacts et autres interlocuteurs désignés ;
- Données sur l'activité de la structure : file active (nombre de patients ayant consulté un médecin généraliste de la structure au cours de l'année) de l'année précédente ou file active prévisionnelle, base de remboursement 2020 ;
- Brève description de la structure : date et contexte d'ouverture, lieu d'implantation et les raisons y ayant présidé, en précisant le cas échéant si l'implantation est dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) ou à proximité en « quartier vécu », typologie de la population accueillie ;
- Description des professionnels de la structure : nombre et qualité des professionnels de la structures (professionnels de santé et non professionnels de santé, en précisant l'emploi ou le conventionnement éventuel d'un.e psychologue) ;
- Description du projet de santé « participatif » de la structure, détaillant les modalités mises en œuvre pour l'accompagnement médico-psycho-social dès l'accueil des usagers (comprenant le recours à la médiation en santé) et le processus participatif ;
- Description des modalités organisationnelles mises en place pour mettre en œuvre ce projet de santé : démarches d'aller-vers, travail en réseau avec les autres acteurs du territoire, accueil spécifiquement adapté aux personnes vulnérables, recours à des services d'interprétariat professionnel ;
- Attentes envers l'expérimentation (notamment en matière de pertinence et de qualité des prises en charges) et cohérence avec le projet de santé mis en œuvre, justifiant le souhait de participer à la mise en œuvre de l'expérimentation ;
- Gouvernance envisagée pour permettre la mise en œuvre et le suivi du projet ;
  Eventuels partenaires associés et éventuels soutiens financiers.



2.2. *Critères de recevabilité et de sélection*

Critères de recevabilité

L'équipe nationale appréciera, de manière conjointe avec les ARS et les directions de la coordination de la gestion du risque du réseau de l'Assurance-maladie (DCGDR) concernées, la recevabilité des candidatures au regard des critères suivants :

- Respect des délais de transmission ;
- Complétude du dossier ;
- Eligibilité de la structure participante (lieu d'implantation, population accueillie, file active) ;
- Eligibilité de l'équipe participante (pluriprofessionnalité, internalisation des activités) ;
- Adéquation du projet de santé et des modalités organisationnelles mises en place pour y répondre avec les missions définies dans le cahier des charges.

Critères de sélection

Si leur dossier est recevable, les candidats seront ensuite sélectionnés sur la base des critères suivants:

- Implantation en quartier prioritaire de la ville (QPV) ou à proximité en « quartier vécu »[1] et adéquation du projet de la structure aux enjeux de santé des habitants du ou des quartiers de leur territoire ou plus largement des populations accueillies (actions orientées vers ces habitants en partant de leurs besoins, impulsion de projets co-construits avec eux...).

- Degré de maturité de la « démarche participative » au sens large, sur la base du projet de santé présenté et de la justification des missions mises en œuvre, en tenant compte de la date d'ouverture de la structure :

Missions	Justification
Mission obligatoire d'exercice de proximité	Attester d'au moins un type de démarches d'aller-vers mis en œuvre et de liens partenariaux avec plusieurs acteurs du territoire (a minima avec la CPTS du territoire lorsqu'il en existe une, des structures sanitaires et médico-sociales à proximité, la CPAM et le CCAS ou CIAS), tels que des protocoles ou des conventions
Mission obligatoire d'un accueil spécifiquement adapté aux personnes vulnérables	Protocole d'accueil détaillant les actions mises en œuvre, intégré dans le projet de santé
Mission obligatoire de soutien psychologique	Le projet de santé détaille l'accompagnement psychologique effectué

[1] La notion de « quartier vécu » est centrée sur les usages des habitants des QPV. Une structure en « quartier vécu » est implantée à proximité d'un ou plusieurs QPV et son action bénéficie substantiellement aux habitantes et habitants de ce(s) QPV.



Mission obligatoire de médiation en santé	La structure expérimentatrice doit justifier en première intention de l'emploi d'un médiateur en santé, ou à défaut d'une personne dédiée à ces missions en cours de formation par la structure.
Mission obligatoire de démarche participative	Obligations de moyens : Le projet de santé détaille la démarche participative et décrit les actions envisagées, en mettant notamment en œuvre chaque année au moins une action en termes de diagnostic, d'information et de recueil de la parole des usagers (cf. axes décrits dans le cahier des charges). Un rapport d'activité annuel ou de l'observatoire des centres de santé détaillant les démarches participatives mises en œuvre est rédigé, en vue d'une amélioration des pratiques à moyen terme.
Mission obligatoire d'accompagnement social	Description des modalités de mise en œuvre de cet accompagnement social. Si la structure dispose de données chiffrées concernant le nombre de personnes accompagnées, elle porte ces éléments au dossier.
Mission obligatoire d'interprétariat professionnel	Description du ou des services d'interprétariat auxquels recourt la structure ou prévoit d'y recourir
Mission obligatoire de prévention, promotion et d'éducation à la santé adaptées aux besoins des patients	La structure explique comment les actions de prévention, promotion et d'éducation à la santé sont adaptées aux besoins des patients.
Mission fortement recommandée de formation/évaluation à la démarche participative	La structure précise les modalités de mise en œuvre de cette formation/évaluation à la démarche participative, le cas échéant.

- Implication de l'équipe dans le projet ;
- Engagement des équipes projet à contribuer au suivi et à l'évaluation de l'expérimentation.

En lien avec les ARS et DCGDR concernés, l'équipe-projet nationale examinera l'opportunité des dossiers recevables et transmettra une proposition sur la candidature au comité technique de l'innovation en santé. Celui-ci émettra un avis sur la candidature dans les conditions prévues par le décret n°2018-125[2] qu'il transmettra aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Les candidatures sélectionnées feront l'objet d'un arrêté ministériel.

Les candidats non retenus recevront une notification de la décision.

[2] https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036635839



2.3. *Modalités de dépôts des candidatures*

Chaque équipe souhaitant candidater devra renseigner le dossier de candidature joint.

Les dossiers seront déposés par voie électronique à l'adresse suivante : SECparticipatives@sante.gouv.fr ainsi qu'aux adresses mails de leur agence régionale de santé indiquées en annexe, en mentionnant en objet : « Expé SEC participatives – appel à candidatures ».

Toute candidature reçue hors délais ne sera pas considérée comme recevable.

2.4. *Procédure de sélection des candidatures et calendrier*

Juillet 2021	⇨ Publication du cahier des charges et de l'appel à candidatures
Jusqu' au 15 octobre 2021	⇨ Les équipes remplissant les critères d'éligibilité figurant dans le cahier des charges, peuvent candidater, **par voie électronique**, aux adresses dédiées de leur agence régionale de santé indiquées en annexe 2 ainsi qu'à l'adresse suivante: SECparticipatives@sante.gouv.fr en mentionnant en objet : « Expé SEC participatives – appel à candidatures »
Du 16 octobre 2021 à décembre 2021	⇨ Instruction des candidatures conjointement par l'équipe-projet nationale et les ARS et DCGDR concernées (des compléments d'information pourront être demandés aux porteurs de projet) ⇨ Sélection des candidats retenus ⇨ Validation par le comité technique de l'innovation en santé
Décembre 2021	⇨ Communication des résultats de l'instruction des dossiers aux équipes ⇨ Arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale et publication de la liste des projets retenus sur les sites internet du Ministère des solidarités et de la santé, et de l'Assurance Maladie
A partir du 1er janvier 2022	⇨ **Conduite des expérimentations par structures participatives retenues** (mise en œuvre, suivi, démarche évaluative)

En cas de questions relatives à cet appel à candidatures, vous pouvez écrire à l'adresse suivante : ***SECparticipatives@sante.gouv.fr***



ANNEXE 1

Dossier de candidature

Dossier de candidature à compléter et à renvoyer avant le 15 octobre 2021 :

- **Aux adresses mails de votre Agence régionale de santé figurant en annexe 2**
- **Et à l'adresse suivante : SECparticipatives@sante.gouv.fr**

Mentionner en objet du message : « Expé SEC participatives – appel à candidatures »



DOSSIER DE CANDIDATURE

Les éléments portés au dossier de candidature doivent démontrer l'adéquation entre le projet de santé et les modalités organisationnelles de la structure et les critères requis par le cahier des charges, notamment l'adéquation du projet de la structure aux enjeux de santé des habitants du ou des quartiers de leur territoire ou plus largement des populations accueillies (actions orientées vers ces usagers en partant de leurs besoins, impulsion de projets co-construits avec eux…).

Le dossier de candidature est constitué du :

♦ **Dossier de réponse comportant les mentions suivantes :**

- Nature de la structure (ex : MSP ou centre de santé pluriprofessionnel) ;
- Contacts et autres interlocuteurs désignés ;
- Données sur l'activité de la structure : file active (nombre de patients ayant consulté un médecin généraliste de la structure au cours de l'année) de l'année précédente ou file active prévisionnelle, base de remboursement 2020 ;
- Brève description de la structure : date et contexte d'ouverture, lieu d'implantation et les raisons y ayant présidé, avec l'adresse exacte en précisant le cas échéant si l'implantation est dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) ou à proximité en « quartier vécu », typologie de la population accueillie ;
- Description des professionnels de la structure : nombre et qualité des professionnels de la structures (professionnels de santé et non professionnels de santé, en précisant l'emploi ou le conventionnement éventuel d'un.e psychologue) ;
- Description du projet de santé « participatif » de la structure, détaillant les modalités mises en œuvre pour l'accompagnement médico-psycho-social dès l'accueil des usagers (comprenant le recours à la médiation en santé) et le processus participatif ;
- Description des modalités organisationnelles mises en place pour mettre en œuvre ce projet de santé : démarches d'aller-vers, travail en réseau avec les autres acteurs du territoire, accueil spécifiquement adapté aux personnes vulnérables, recours à des services d'interprétariat professionnel ;
- Attentes envers l'expérimentation (notamment en matière de pertinence et de qualité des prises en charges) et cohérence avec le projet de santé mis en œuvre, justifiant le souhait de participer à la mise en œuvre de l'expérimentation ;
- Gouvernance envisagée pour permettre la mise en œuvre et le suivi du projet ;
- Eventuels partenaires associés et éventuels soutiens financiers.

♦ **Tableau des effectifs.**

Les documents signés scannés sont adresser en format PDF, le dossier de réponse en format Word (ou Libre office), et le tableau des effectifs en format Excel (ou Libre office).



Nature de la structure regroupant les participants au projet

1) Centre de santé pluriprofessionnel

Si pour une même structure juridique, il y a plusieurs structures géographiques, indiquez l'ensemble des structures.

- Raison sociale :
- Numéro FINESS GEOGRAPHIQUE :
- Adresse :
- Région :

- Raison sociale :
- Numéro FINESS GEOGRAPHIQUE :
- Adresse :
- Région :

2) Maison de santé pluriprofessionnelle

- Raison sociale :
- Statut juridique :
- Date de création :
- Adresse :
- Région :

3) Autre structure dont le statut juridique permet un versement forfaitaire

- Raison sociale :
- Statut juridique :
- Date de création :
- Adresse :
- Région :



Contact(s)

Il s'agit ici du ou des principaux interlocuteurs (plusieurs contacts possibles)

Contact 1

- Nom et Prénom :
- Profession :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :
- Signature :

Contact 2

- Nom et Prénom :
- Profession :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :
- Signature :



Données sur l'activité de la structure :

File active : .....
(Nombre de patients ayant consulté un médecin généraliste de la structure au cours de l'année précédente et dont la consultation a été facturée à l'assurance maladie)

Pour les structures récemment créées ou dont la file active est en cours de progression, indiquer la file active prévisionnelle au 1er janvier 2022 : .....

NB : la structure doit s'engager à atteindre une file active minimale de 1 000 patients au cours de l'expérimentation pour pouvoir y prétendre.

Base de remboursement de la sécurité sociale 2020 : .....
(Ensemble des actes des professionnels de santé)



Brève description de la structure :

Date et contexte d'ouverture :

Lieu d'implantation (en précisant le cas échéant si l'implantation est dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)[3] ou à proximité en « quartier vécu ») **et les raisons y ayant présidé :**

Typologie de la population accueillie :

[3] Les périmètres des QPV sont consultables sur le site SIG Ville : https://sig.ville.gouv.fr/



Description des professionnels de la structure (en complément du tableau des effectifs) :

Professionnels de santé :

- Qualités des professionnels :
  - Médicaux : .....
  - Paramédicaux : .....

- Activité de médecine générale majoritaire : OUI / NON

- Internalisation des professionnels : OUI / NON

En cas d'externalisation de certains professionnels, préciser les raisons, la signature d'une convention avec le professionnel et indiquer s'il y a un engagement d'internalisation à terme.

Non professionnels de santé :

- Qualités des professionnels :
  - Ayant une activité sociale, médico-sociale ou médico-administrative :
    .....
    .....
    .....
    .....
  - Ayant une activité de soutien psychologique :
    - Psychologue : OUI / NON
    Si oui, préciser si des ETP de psychologue ont été accordés dans le cadre de la mesure 31 du Ségur de la santé et à quelle hauteur : .....
    .....
    - Autre :
    .....

- Internalisation des professionnels : OUI / NON

En cas d'externalisation de certains professionnels, préciser les raisons, la signature d'une convention avec le professionnel et indiquer s'il y a un engagement d'internalisation à terme.



Description du projet de santé « participatif » de la structure, détaillant les modalités mises en œuvre pour l'accompagnement médico-psycho-social dès l'accueil des usagers (comprenant le recours à la médiation en santé) et le processus participatif, et indiquant les justifications demandées dans le cahier des charges et notamment l'adéquation avec les enjeux de santé des usagers de la structure


L'Assurance Maladie
Art. 51

Description des modalités organisationnelles mises en place pour mettre en œuvre ce projet de santé : démarches d'aller-vers, travail en réseau avec les autres acteurs du territoire, accueil spécifiquement adapté aux personnes vulnérables, recours éventuel à des services d'interprétariat professionnel (en indiquant notamment les justifications demandées dans le cahier des charges)

Attentes envers l'expérimentation (notamment en matière de pertinence et de qualité des prises en charges) et cohérence avec le projet de santé mis en œuvre, justifiant le souhait de participer à la mise en œuvre de l'expérimentation



Gouvernance envisagée pour permettre la mise en œuvre et le suivi du projet

Eventuels partenaires associés et éventuels soutiens financiers
• • • •



Commentaires libres



TABLEAU DES EFFECTIFS DE LA STRUCTURE

A renseigner idéalement sous le format Excel ou libre office (cf. document libre office joint) :

Catégories	Nb ETP	Internalisation (O/N)
Professionnels de santé		
o Médicaux :		
o Paramédicaux :		
Sous-total	0	

Non professionnels de santé		
Répartir les ETP par mission, ou, en cas d'impossibilité, affecter les ETP sur la mission prépondérante et expliciter les missions mises en œuvre dans le dossier de réponse :		
o Exercice de proximité :		
o Accueil :		
o Soutien psychologique :		
o Médiation en santé :		
o Démarche participative :		
o Accompagnement social :		
o Interprétariat professionnel :		
o Prévention, promotion et d'éducation à la santé		
o Formation/évaluation à la démarche participative		
Sous-total	0	
TOTAL	**0**	



ANNEXE 2

Référents régionaux (ARS)

ADRESSES ÉLECTRONIQUES ARS	
ARS Auvergne-Rhône-Alpes	ARS-ARA-ART51@ars.sante.fr Fabienne.CHAMBE@ars.sante.fr
ARS Bourgogne-Franche-Comté	ARS-BFC-ART51@ars.sante.fr Anne.CORBIA@ars.sante.fr
ARS Bretagne	ARS-BRETAGNE-ART51@ars.sante.fr Adrian.MOHANU@ars.sante.fr
ARS Centre-Val de Loire	ARS-CVL-ART51@ars.sante.fr Noelle.COUSIN@ars.sante.fr
ARS Corse	ARS-CORSE-ART51@ars.sante.fr Laurent.MEGE@ars.sante.fr
ARS Grand-Est	ARS-GRANDEST-ART51@ars.sante.fr Valerie.HUILLET@ars.sante.fr
ARS Guadeloupe	ARS-GUADELOUPE-ART51@ars.sante.fr Lionel.BOULON@ars.sante.fr
ARS Guyane	ARS-GUYANE-ART51@ars.sante.fr Giselle.SANTANALIMA@ars.sante.fr
ARS Hauts-de-France	ARS-HDF-ART51@ars.sante.fr Virginie.RINGLER@ars.sante.fr
ARS Île-de-France	ARS-IDF-ART51@ars.sante.fr Isabelle.CHABIN-GIBERT@ars.sante.fr
ARS Martinique	ARS-MARTINIQUE-ART51@ars.sante.fr Johanne.LOUIS@ars.sante.fr Nathalie.VIGON@ars.sante.fr



ARS Normandie	ARS-NORMANDIE-ART51@ars.sante.fr Christelle.GOUGEON@ars.sante.fr
ARS Nouvelle Aquitaine	ARS-NA-ART51@ars.sante.fr Erwan.AUTES@ars.sante.fr
ARS Occitanie	ARS-OC-ART51@ars.sante.fr Josephine.LEDU@ars.sante.fr
ARS Océan Indien	ARS-OI-ART51@ars.sante.fr La Réunion : Cyril.HERIBERT-LAUBRIAT@ars.sante.fr Mayotte : Nassim.GUY@ars.sante.fr
ARS Pays de la Loire	ARS-PDL-ART51@ars.sante.fr Marie-Jo.PASSETEMPS@ars.sante.fr
ARS Provence-Alpes-Côte d'azur	ARS-PACA-ART51@ars.sante.fr Bernadette.LHUILLIER@ars.sante.fr