COORDINATION NATIONALE

COMITÉS DE DÉFENSE DES HÔPITAUX & MATERNITÉS DE PROXIMITÉ

NOS PROPOSITIONS POUR UN SERVICE PUBLIC TERRITORIAL DE SOINS DE PREMIER RECOURS

L'accès aux soins est de plus en plus difficile, tant à l'hôpital que pour le premier recours.

L'histoire de l'organisation des soins dans notre pays a séparé les deux secteurs, avec une prépondérance du service public pour l'hospitalisation, une domination de la médecine libérale pour le premier recours. L'évolution actuelle voulue par les gouvernements successifs, en particulier depuis la présidence d'E. Macron, est de donner la préférence à la médecine libérale, au privé plus globalement, contre le service public, alors même que la médecine libérale montre de plus en plus sa faillite dans la réponse aux besoins des populations (répartition des professionnels sur le territoire, capacité au travail en équipe, dépassements d'honoraires et déconventionnement).

Les communautés professionnelles de territoires (CPTS) ne sont souvent que des coquilles vides, financièrement coûteuses.

Ceci a amené la Coordination, avec d'autres organisations, à promouvoir le développement d'un service public territorial de soins de premier recours (SPTSPR) autour des centres de santé. Ce document vise à préciser ce que nous entendons par SPTSPR.

1- À quels besoins doit répondre ce service public ?
2- Quelles formes d'organisation ?
3- Quels financements ?
4- Quels personnels ?
5- Quelle place de l'État, garant de l'égalité républicaine ?

1. À quels besoins doit répondre le service public territorial de soins de premier recours ?

Il doit répondre à l'ensemble des besoins des populations en terme de santé et de soins, mais aussi de prévention et d'éducation à la santé, dans la proximité, en agissant contre toutes les inégalités géographiques ou sociales par une répartition harmonieuse sur tout le territoire national et en assurant le tiers payant avec interdiction de dépassements d'honoraires.

Il doit donc permettre à chaque habitant de notre pays d'avoir un médecin généraliste référent, d'accéder, dans des délais raisonnables, à des soins spécialisés ne relevant pas de l'hospitalisation, de bénéficier d'une consultation en urgence en cas de besoin.

La nécessité d'une permanence et d'une véritable coordination des soins avec un réel parcours de soins pour chaque malade concerné (besoin de plus en plus fréquent avec le développement des maladies chroniques) doivent devenir des incontournables. C'est pourquoi une coopération avec le secteur hospitalier, le médico-social et le social dans le cadre de pratiques démocratiques associant usagers, personnels de santé et élus est indispensable.

Il doit aussi répondre aux aspirations des personnels de santé : respect de leur éthique, bonne conciliation de la vie professionnelle et personnelle, aspiration au travail en équipe …

2. Quelle organisation ?

★ POURQUOI UN SERVICE PUBLIC ?

C'est une question d'efficacité : pas d'énergie gaspillée dans la mise en concurrence, pas d'argent dilapidé pour des intérêts privés et une accessibilité assurant l'indispensable précocité des soins.

Le principe des services publics est celui de leur continuité, de leur accessibilité sans discrimination et de la préférence de l'intérêt général sur les intérêts financiers pour répondre aux besoins de la population dans le respect des valeurs de liberté, d'égalité, de fraternité et des principes de laïcité, de solidarité et d'unité territoriale qui sont ceux de la République.

La question de l'intérêt général est étroitement liée à la question démocratique.

2. Quelle organisation ?

★ POURQUOI DES CENTRES DE SANTÉ ?

Historiquement, les centres de santé (CDS) ont fait la preuve de leur efficacité pour un accès global à la santé sans discrimination. Ils reposent sur quelques principes : le travail en équipe, le salariat des professionnels, l'absence de dépassement d'honoraires, le tiers payant et un projet de santé pour le territoire incluant la prévention !

Les statuts des centres de santé sont actuellement divers :

- publics (collectivité ou hôpital)
- mutualistes, associatifs, coopératifs.

Les centres de santé auxquels la coordination fait référence sont évidemment à but strictement non lucratif.

La dérive actuelle est inacceptable

La loi Bachelot de 2009, suivie par d'autres mesures facilitant l'entrée du monde de la finance dans le secteur de l'Économie Sociale et Solidaire a été concrétisée par une ordonnance de 2018. Elle permet explicitement la gestion des Centres de santé par les établissements d'hospitalisation privée à but lucratif.

Cela a permis des dérives caricaturales de centres de santé dentaires ou ophtalmologiques. Mais aussi des montages où l'absence d'intérêts financiers n'est pas claire, comme Kersanté, lié au Crédit Agricole.

Ces pseudo-centres de santé ne répondent pas aux enjeux de service public.

★ Un modèle de soins fondé sur la coopération

En centre de santé, l'organisation de l'équipe de soins repose sur la coopération interprofessionnelle autour du patient dans le cadre d'un projet local de politique de santé au service de l'ensemble de la population environnante. La coordination des professionnels s'appuie sur un partage des pratiques, une médecine d'équipe coordonnée autour du dossier médical commun à la différence de l'exercice de la médecine libérale par essence individuelle et cloisonnée.

La promotion de l'accès à la santé pour toutes et tous est une valeur structurante pour développer des actions de santé publique, dans et hors les murs du centre : prises en charge des malades chroniques, dépistages, éducation à la santé. La prévention, le dépistage et l'éducation contribuent fortement à la bonne santé de la population. Ces missions sollicitent un large réseau associatif local et un travail de partenariat avec l'hôpital et le médico-social, par le biais de conventionnements.

La coopération avec l'hôpital est nécessaire.

Quelques centres de santé sont créés par des hôpitaux. Est ce à généraliser ?

De nombreux arguments militent contre : cela risque de renforcer l'hospitalo-centrisme, alors que c'est une coopération sur un pied d'égalité qui est nécessaire entre le secteur hospitalier et le SPTSPR. La gestion actuelle des hôpitaux, tournée exclusivement vers la rentabilité, ne permet ni la satisfaction des personnels d'un travail bien fait, ni toujours la réponse aux besoins des usagers.

Enfin la création d'un centre de santé ne doit pas être l'alibi pour masquer des fermetures de services hospitaliers, notamment les services d'Urgences dans les hôpitaux dits de proximité.

La pertinence du support hôpital doit être mesurée en fonction des situations locales. Et, dans tous les cas, un centre de santé, géré par un hôpital, ne peut être envisageable que s'il bénéficie d'une autonomie complète de gestion.

★ Les centres de santé au cœur de la démocratie sanitaire

Les centres de santé doivent être au cœur de la démocratie de proximité en santé de par leur projet local de santé et leur fonctionnement associant élus, usagers et personnels de santé.

L'évaluation des besoins de santé et la construction de réponses dans les territoires ne peuvent se faire sans les premiers acteurs que sont les habitants. C'est à l'échelle des communes et des collectivités territoriales qu'il est possible de recenser précisément ces besoins et d'apporter des solutions adaptées.

Les Contrats Locaux de Santé entre les collectivités et les ARS consacrés par la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » de 2009 restent technocratiques, sans grands moyens et très rarement construits avec la population.

Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont souvent constituées autour des médecins libéraux qui n'ont comme boussole que l'exercice libéral de la médecine… Élargies, sortant du cadre étroit professionnel, elles pourraient constituer un premier niveau de concertation, d'élaboration et de coordination des politiques locales de santé en intégrant l'ensemble des acteurs : hôpital, médecine de ville, secteur médico-social, associations et représentants des usagers, élus.

En construisant leur projet de santé avec les élus, les personnels et la population, les centres de santé se projettent sur une prise en charge globale incluant la prévention. En associant élus, personnels et usagers à leur gestion ils en assurent la réelle mise en œuvre.

3. Quels financements ?

★ Contexte actuel

- Dans le financement, il faut distinguer l'investissement (bâti et équipements lourds) et le fonctionnement (rémunération des professionnels, matériel et équipements du quotidien, intérêts d'emprunts).
- Aujourd'hui, l'équilibre financier des centres de santé est en moyenne assuré à 80%.
- Les gestionnaires doivent obligatoirement assurer le complément par des financements propres à l'entité support. La prévention et les missions hors soins directs sont les perdants pour équilibrer les comptes.
- Réglementairement, les départements et les régions n'ont pas de compétence santé mais les communes et les intercommunalités peuvent s'en emparer au titre de leur compétence générale **C'est en fait un choix politique.**

Certaines régions et départements s'y engagent à travers des biais en créant des GIP (groupement d'intérêt public) : compétence en aménagement du territoire pour les régions, compétences sociales pour les départements. Les communes et les intercommunalités s'appuient sur la clause de compétence générale avec existence d'un intérêt local à agir.
D'autres collectivités sont très réticentes face au risque d'augmenter les dépenses de fonctionnement et vont plutôt privilégier un engagement dans l'investissement (elles pourront récupérer des loyers) et laisser le fonctionnement à des entités libérales autonomes. Sans schéma départemental, régional ou national, chaque commune ou communauté de communes investit dans **sa** maison médicale.

★ Constatation

- **Le mode de rémunération actuel à l'acte,** même avec l'ajout des ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) ne favorise ni le travail d'équipe, ni la prise en charge globale des populations (parcours de soin, prévention, lien avec les autres acteurs santé du territoire : hôpital, social …)

★ Pour un autre financement

- **Il y a nécessité à concevoir un cadre national, commun à tous les centres de santé,** quelle que soit leur entité support tant que celle-ci est à but non lucratif strict.
- Pour l'investissement, instaurer la possibilité d'enveloppes spécifiques (Sécu, ARS ?), de participation État, région, département (subventions) et la possibilité de prêts à taux zéro par des agences d'État avec l'objectif de supprimer les taux d'intérêts qui impactent le financement du fonctionnement.
- **Pour le fonctionnement, chaque exigence demandée au centre de santé doit avoir un financement correspondant par la protection sociale et par les ARS et l'État** (enveloppes spécifiques)
  - forfait patient médecin traitant (capitation) à moduler en fonction du profil du patient (âge, maladie chronique …) de la zone géographique (priorité à la proximité), du taux de pauvreté du territoire (moins de couverture / assurances complémentaires) etc …
  - participation à la permanence des soins ;
  - prise en charge de soins non programmés ;
  - prise en charge de patients non connus du centre de santé ;
  - temps de coordination d'équipe ;
  - temps de prévention et d'éducation à la santé et constitution de projet / territoire ;
  - fonction de tuteur formation pour les étudiants ;
  - formation continue pour les professionnels du centre ;
  - participation aux coordinations territoriales avec les autres acteurs de santé du territoire.

Cela nécessite aussi de négocier avec la Sécurité Sociale, une convention spécifique pour les centres de santé indépendante des conventions libérales.

4. Quels personnels ?

Les professionnels des centres de santé sont salariés. La demande accrue des jeunes médecins et autres soignants pour une pratique salariée incite à développer le modèle centre de santé.

Il n'appartient pas à la Coordination de se substituer aux organisations syndicales mais un statut unique éviterait la mise en concurrence des centres de santé dans le recrutement et favoriserait les mobilités. Il pourrait être calqué pour les médecins, chirurgiens dentistes et sage-femmes sur le statut des Praticiens Hospitaliers et pour les autres professionnels (soignants et personnels administratifs) sur celui de la Fonction Publique Hospitalière (FPH).

Plus généralement, la Coordination revendique d'aller vers une égalité de revenus entre les médecins du secteur public et privé et entre spécialités.

5. Quel rôle de l'État garant de l'égalité républicaine ?

Le nombre de centres de santé a largement augmenté ces dernières années : selon l'Observatoire national, ils sont passés de 1831 en 2018 à 2945 en 2023. L'Observatoire comptabilise la création de centres de santé à but lucratif. Mais ils ne répondent pas aux objectifs du SPTSPR. Il y a aussi eu une implication nouvelle de collectivités, en particulier de départements ou régions.

En l'absence d'initiative locale, les populations sont actuellement privées de ce service public.

Une intervention de l'État est nécessaire pour garantir l'égalité républicaine et généraliser la présence de centres de santé assurant un véritable maillage d'un service public territorial de soins de premier recours. Un schéma national éviterait également la mise en concurrence de territoires.

Ce schéma national ne doit être contradictoire ni avec le respect des initiatives locales ni avec la mise en œuvre d'une véritable démocratie locale pour une réponse adaptée aux besoins locaux. L'ensemble des collectivités territoriales doit participer à la mise en place du SPTSPR.

Il devrait donc être élaboré en partant de consultations locales, départementales, puis régionales et nationale dans de nouvelles instances associant usagers, élus et professionnels de santé avec des pouvoirs décisionnaires, les ARS ne constituant qu'un appui technique.

La mise en œuvre de ce schéma nécessitera :

- de favoriser les initiatives locales au plus près des populations et les mieux à même de définir les besoins : certaines sont freinées par la dimension financière. L'arrêt des aides à l'installation de médecins libéraux sous les différentes formes actuelles (maison de santé par exemple) permettrait de réorienter cet argent en évitant les gâchis.
- de s'engager là où il n'y a pas de volonté d'initiatives locales.

L'égalité républicaine suppose aussi un cadre national de fonctionnement : salariat des personnels, non lucrativité absolue si le porteur n'est pas public, gestion autonome et démocratique par les élus, les usagers et les personnels du centre, avec un statut unique des professionnels (cf supra) et un financement adéquat (cf supra).

6. En conclusion...

La généralisation d'un Service Public Territorial de Soins de Premier Recours autour des centres de santé est nécessaire pour assurer l'accès aux soins de toutes et tous partout dans la proximité.
Mais il ne saurait répondre aux besoins sans une très ambitieuse politique de formation des soignant.e.s. médicaux et paramédicaux.
(voir le plan d'urgence de la Coordination sur la démographie des personnels de santé)

La Coordination avec ses comités engage

- **des campagnes locales** partout où n'existent pas de centres de santé, pour que les élus ou candidats aux futures élections municipales s'engagent dans des projets de centres de santé et contre tout développement privé lucratif qui coûte cher à la Sécurité Sociale.
- **Une campagne nationale** pour exiger du gouvernement la création d'un cadre pour le Service Public Territorial de Soins de Premier Recours.

Elle appelle à impliquer les habitants dans ce débat pour que leurs besoins d'accès aux soins de proximité soient pris en compte.

COORDINATION NATIONALE des Comités de Défense des Hôpitaux et Maternités de Proximité
(Fondée à Saint Affrique en avril 2004)
Siège social : **1 rue Jean Moulin 70200 LURE**
Adresse postale : Chez JL Landas - 26 rue Gambetta – Avenue Mich – 44000 Nantes
SIREN : 503 711 988 - SIRET : 503 711 988 00025
Association agréée - Arrêté du 21/07/2023 - N2022RN0181
Présidente : Michèle LEFLON michele.leflon@orange.fr
Adresse : 34 Rue de la Porte de Bourgogne – 08000 Charleville-Mézières - Tél 06 08 93 84 93
Secrétaire : Guillaume GRANDJEAN guillaume.grandjean38@gmail.com
Adresse : 11 rue Edouard Vaillant – 45120 Chalette sur Loing – Tel 06 58 94 04 10
Trésorier : Jean-Luc LANDAS jeanluc.landas@sfr.fr
Adresse : 26 rue Gambetta – Avenue Mich – 44000 Nantes – Tél : 07 50 45 06 87
Site : https://coordination-defense-sante.org/ Facebook Mastodon Bluesky
Contact : cda12550@coordination-defense-sante.org