



Stratégie Nationale de Santé.

La FNCS soumet au Ministère de la santé ses propositions pour traduire les axes prioritaires de la Stratégie Nationale de Santé en réalités de terrain, opérationnelles à court terme.

Forts d'un réseau de plus de 1900 structures réparties sur tout le territoire, les centres de santé connaissent actuellement une accélération de leur développement car ils répondent à la fois aux aspirations :

- des patients : accès aux soins de premier recours, pratique du tiers-payant et de tarifs conventionnés, dossier médical partagé entre tous les professionnels de santé.
- des professionnels de santé : pratique d'équipe coordonnée, salariat, démarches de prévention et de promotion de la santé, participation à des recherches, accueil d'étudiants, partenariat avec les acteurs sociaux et médico-sociaux du territoire.
- des élus territoriaux : participation à la lutte contre les déserts médicaux, possibilité d'impulser une politique de santé publique territoriale.
- Des hôpitaux publics ou participant au service public hospitalier souhaitant s'appuyer sur de structures de premier recours organisées permettant de déployer des coopérations ville-hôpital de désengorger leurs services d'urgences.

La FNCS soutient pleinement le choix des 4 axes prioritaires définis par la Ministre sur proposition du Haut Conseil en Santé Publique.

La FNCS restera vigilante, toutefois, à ce que ceux-ci se traduisent dans les faits par une réelle amélioration de l'accès aux soins pour toutes et tous et de l'organisation des soins primaires, et non par un pseudo « virage préventif et ambulatoire » qui ne serait en fait qu'un ajustement permanent de la ville vis-à-vis des objectifs d'économies budgétaires assignés à l'Hôpital.

Nos propositions

pour une stratégie nationale de santé efficace et juste

Axe 1

Prévention et promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux.

1. Réformer le financement de la prévention, et renforcer les moyens qui lui sont dédiés :

Les centres de santé participent massivement à ces actions, en mettant en place des actions de promotion de la santé, des programmes d'éducation, au plus près des habitants, en particulier les plus vulnérables.

Les programmes de prévention se mènent et se jugent sur plusieurs années. Ils ne peuvent pas être financés sur des enveloppes remises en question chaque année, éparpillées sur de multiples administrations.

Nous demandons :

- **La pluri-annualité des financements octroyés** (au moins 3 ans pour chaque programme financé), permettant des recrutements de professionnels qualifiés par les porteurs de projet tout en gardant le nécessaire caractère évolutif des programmes sur le temps de la convention.
- **La prise en compte des déterminants de santé comme « entrée-clé » dans les financements** : actuellement, les appels à projet auxquels les centres de santé répondent doivent rentrer dans des « thèmes de santé » beaucoup trop compartimentés par les financeurs. ¹ (*Voir exemples annexe 1*)
- **La mise en place, dans chaque département, d'une coordination des financeurs de la prévention**¹ sous l'égide de l'ARS, (Départements, Fondations, CPAM, Préfectures dans le cadre de la politique de la ville, du soutien aux territoires ruraux, de la lutte contre les discriminations et de l'égalité femmes/hommes ...) afin d'augmenter les moyens dédiés, de définir des priorités territoriales partagées, de renforcer la transversalité des politiques, d'ouvrir le champs de l'innovation (les projets qui « ne rentrent dans aucune case » et pourtant sont les actions de demain) et de diminuer le temps administratif des porteurs de projet qui doivent actuellement répondre à plusieurs appels à projet, sur des calendriers qui ne coïncident pas entre eux.
- **L'impulsion d'un partenariat fort avec la recherche (universités, IREPS, Pôles de compétence ...)** pour développer l'évaluation des programmes de prévention.

¹ La notion de « conférence des financeurs » apparue récemment dans le champ de la perte d'autonomie n'étant malheureusement pas un modèle en la matière, notamment pour son manque total de transparence. Néanmoins, le principe est le bon, et il mérite d'être amélioré et piloté par les ARS avec des garanties de concertation et de démocratie sanitaires.

2. **Renforcer les dispositifs de médecine préventive, des espaces entre prévention et soins, qui existent déjà mais sont aujourd'hui en crise** : médecine scolaire, PMI, Centres de planning familial, centres de vaccination, Espaces Santé Jeune, médecine du travail, CLAT, Cegidd. Ils pourraient être rassemblés sous un même pilotage au sein du ministère de la santé.
3. **Articuler promotion de la santé, prévention, dépistage et soins** : pour améliorer l'efficacité des programmes, il est nécessaire de penser le programme de bout en bout. Par exemple, les actions de prévention bucco-dentaire menées auprès des enfants doivent être corrélées à un meilleur accès aux soins de pédodontie ; les actions visant à améliorer l'équilibre alimentaire doivent se construire en lien avec l'accès aux consultations diététiques. Que dire d'un travail auprès des femmes pour améliorer le recours au frottis cervico-vaginal sans travailler sur l'offre de soins en gynécologie ? (*Voir exemple Annexe 2*)
4. **Inclure des patients ressources dans les programmes de prévention et de soins.**
5. **Associer les différents acteurs d'un territoire aux programmes de prévention pour renforcer son efficacité dans la durée** : éducation, social, sport.
6. **Rendre obligatoire la prise en compte des enjeux de santé dans toutes les politiques publiques (éducation, jeunesse, urbanisme, économie etc...).**
7. **Mettre l'accent sur les programmes de prévention qui interviennent dès le plus jeune âge, à l'école, voire en crèche comme la prévention bucco-dentaire.**
8. **Soutenir plus particulièrement les acteurs de prévention des territoires de la politique de la ville** pour tenir compte de façon prioritaire des inégalités sociales de santé. Notamment, renforcer les formations des acteurs de la formation (techniques d'animation, éthique de la co-construction avec les habitants, connaissance de la littérature internationale ...). Cependant la diminution des crédits politiques de la ville sur le volet santé, intervenue cet été a envoyé un signal incompréhensible pour les acteurs de terrain œuvrant au quotidien pour réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins.
9. **Développer un réseau de professionnels de l'activité physique adaptée, agissant sur prescription médicale, au plus près des habitants dans tous les territoires, avec un financement dédié** ; rembourser un nombre de séances et/ou une inscription.
10. **Favoriser l'inscription de certains objets connectés comme dispositif médical remboursé par la Sécurité Sociale, en différé, après quelques mois d'utilisation pour tester l'observance avant de rembourser.**

Axe 2

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.

Nous saluons l'accent mis sur une approche territorialisée et décloisonnée en termes de parcours de santé, qui succède à l'approche par pathologie et secteur. Toutefois, améliorer la coordination des acteurs ne suffira pas à assurer un accès aux soins pour tous.

Les priorités pour améliorer l'accès à la santé :

1. **Développer un maillage de structures pluri-professionnelles regroupées et coordonnées** sur tout le territoire au sein duquel les centres de santé ont toute leur place. Des mesures d'accessibilité (transports, accessibilité sociale), notamment en zone rurale, doivent être associées à ce plan.

2. **Mettre en œuvre un plan d'investissement public pour la création et le maintien de centres de santé**, et s'assurer que les équipes chargées du secteur ambulatoire de chaque ARS connaisse ce type d'exercice et accompagne les porteurs de projet dans leur démarche.
3. **Inclure un indicateur de situation sociale des territoires dans la définition statistique des zones déficitaires en matière d'offre de soins** : les résultats de l'indicateur APL sont – sur certains territoires - aberrants et ne feront qu'augmenter les inégalités d'accès aux soins en aidant les médecins à s'installer dans les communes les plus riches au lieu de les réduire.
4. **Favoriser la présence de travailleurs sociaux (assistants sociaux, médiateurs santé) au sein des centres de santé**. Les centres de santé qui ont déjà recours à ces professionnels dans leurs équipes témoignent de l'impact majeur que cela a sur les parcours de soins, notamment auprès des plus vulnérables (recours aux droits, accompagnement personnalisé, prise en compte des déterminants de santé : logement, insertion etc..). Etant entendu que la vulnérabilité de la population prise en charge ne doit pas être analysée uniquement au plan économique (maîtrise de la langue et soutien aux centres de santé pour le recours aux interprètes par exemple).
5. **Rendre l'application du Tiers-payant intégral obligatoire, avec une garantie de paiement inconditionnelle de la part d'une caisse pivot unique vis à vis des professionnels de santé à partir de la carte vitale**. De réelles avancées sont à noter dans ce domaine depuis la loi de modernisation de notre système de santé, toutefois le système actuel de tiers payant reste coûteux pour les centres de santé (qui le pratiquent tous), il faut aller plus loin dans sa simplification.
6. **Renforcer l'accessibilité financière des soins dentaires, ophtalmologiques et des prothèses auditives** et lever les freins financiers à l'accès à certains soins par une prise en charge sécurité sociale des actes de podologie, diététique et psychologiques.
7. **Permettre à tous les centres de santé qui souhaitent s'investir sur l'accès aux soins des personnes les plus précaires de créer des PASS ambulatoires** en dépassant le stade de l'expérimentation, via des financements correspondant aux coûts de ces dispositifs.
8. **Reconnaître au plan réglementaire, universitaire et financier la pratique avancée des infirmiers** : nous ne pouvons pas en rester au stade d'expérimentations qui ont fait leur preuve pour améliorer l'accès aux soins (protocoles de coopération pour le frottis, prises de clichés pour le dépistage de la rétinopathie diabétique, suivi des patients atteints de pathologie chronique des infirmiers asalée, suivi à domicile des personnes âgées) et qui n'ont pas encore trouvé de modèle économique permettant leur entrée dans un financement conventionnel.
9. **Apporter un soutien financier spécifique et pérenne aux centres de santé spécialisés dans la prise en charge des migrants et réfugiés**, le financement à l'acte ne permettant pas, à l'évidence, de financer leur activité.
10. **Engager une démarche contractuelle avec les centres de santé visant à conforter les missions d'intérêt général** que nombre d'entre eux mènent déjà en les finançant : pratique du tiers payant et tarifs de secteur 1, permanence des soins, réponse à des besoins sanitaires urgents...

Axe 3

Nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins

1. **Développer les rémunérations forfaitaires des équipes de soins** : la rémunération à l'acte est inadaptée à la prise en charge des patients chroniques et des patients vulnérables, qui nécessitent un temps médical plus important. Elle n'est pas incitative au travail coordonné d'équipe.
2. **Prendre soins des professionnels de santé : la qualité de vie au travail des professionnels passe par une reconnaissance des pratiques préventives et éducatives**, intégrant les dimensions sociales, dans le temps de travail nécessaire à une bonne prise en charge. Elle passe aussi par la prise en compte des fonctions administratives d'appui qui sont indispensables (prise de RDV, accueil, facturation tiers-payant, secrétariat médical), mais aujourd'hui non financées.
3. **Faciliter les parcours des professionnels de santé entre plusieurs modes d'exercice en créant un statut de praticien ambulatoire**, dans le cadre d'une convergence conventionnelle nationale avec des passerelles entre statuts (création d'un statut de praticien ambulatoire dans la fonction publique territoriale, développement de conventions collectives pour les gestionnaires associatifs).
4. **Accompagner la création d'une convention collective nationale spécifique au secteur des centres de santé**, qui n'existe pas aujourd'hui et concernerait l'ensemble des professionnels qui y travaillent (médecins, infirmiers, personnels administratifs).
5. **Accompagner les professionnels vers une culture de l'évaluation des pratiques professionnelles** : développer les temps de travail rémunérés sur la qualité et la sécurisation des soins, permettre aux professionnels impliqués dans les soins de travailler en équipe à l'élaboration de référentiels communs, renforcer les temps de formation par une sécurisation de l'enveloppe financière du DPC.
6. **Développer fortement la recherche en soins primaires** : des structures se sont créées dans cet objectif, aussi bien au niveau des centres de santé (Institut Jean François Rey) qu'avec les maisons de santé (SPP IR). Néanmoins, ils reposent aujourd'hui exclusivement sur la disponibilité de médecins ne disposant d'aucun temps financé de recherche. Il est nécessaire de les accompagner dans leur développement, en leur permettant de recruter des coordinateurs de recherche qualifiés. Il est nécessaire de travailler avec ces structures sur les modalités des appels à projets nationaux et régionaux de recherche, pour favoriser leur implication.

Axe 4

L'innovation en santé

La coordination des acteurs de soins au travers du partage d'un dossier patient commun est depuis toujours au cœur de la prise en charge en centre de santé.

Les progrès technologiques des 15 dernières années ont renforcé cette pratique et sont un réel apport pour la pratique professionnelle (systèmes d'information partagés, messageries sécurisées, transferts d'examens complémentaires (imagerie médicale...)).

Toutefois, de gros progrès à faire en termes de performance (Accès des médecins de centres de santé aux téléservices de l'Assurance Maladie dans les mêmes conditions que les médecins libéraux, Trans opérabilité des systèmes et leurs performances sur l'ensemble du territoire).

1. **Associer pleinement les centres de santé au Grand Plan d'Investissement pour la numérisation de notre système de santé**, notamment sur les programmes Hôpital Numérique (à l'instar de leur implication sur l'expérimentation TERR E SANTE, dans le Nord-Ouest du Val de Marne, e-parcours et télémédecine.
2. **Développer des collaborations étroites entre les centres de santé et les hôpitaux pour améliorer le parcours de soins des patients**. A l'instar du partenariat entre le centre municipal de santé de Gennevilliers et l'AP-HP, des fonds spécifiques doivent être débloqués pour permettre de lancer des expérimentations : recruter des IDE de coordination de parcours, organiser des staffs et comités de retour d'expérience conjoints, systématiser le lien entre médecin traitant et hôpital.
3. **Favoriser la télémédecine** : à l'instar des centres de santé de l'ASAME en Alsace, qui développent de façon pragmatique et opérationnelle des téléconsultations à partir d'un centre de santé infirmier, ouvrir un cadre réglementaire et financier pour permettre la télémédecine (téléconsultation, téléexpertise et télésuivi). Contraindre les éditeurs de système d'information, via un cahier des charges spécifique travaillé avec l'ASIP, à développer l'inter-opérabilité des logiciels du requérant et du requis.
4. **Renforcer l'investissement public dans les technologies de l'information en santé** en associant étroitement les acteurs de soins primaires concernés par leur utilisation aux projets.
5. **Définir un cadre éthique** qui tienne compte de la révolution sociétale liée au numérique dans le domaine de la santé et protège l'accès aux données personnelles.
6. **Développer le dossier médico-pharmaceutique partagé** pour favoriser la conciliation médicamenteuse et la sécurité des patients (à l'exemple des centres de santé espagnols).
7. **Favoriser l'accès du patient à ses propres données de santé et l'implication des associations de patients** dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques.
8. **Soutenir les innovations organisationnelles** : les centres de santé, dans leur diversité, inventent en permanence des modèles d'organisation qui correspondent le mieux aux besoins de leur territoire. Ils œuvrent notamment au décloisonnement des pratiques des secteurs sanitaire, administratif, et social. Toutefois, le temps des institutions est parfois beaucoup plus long que celui des initiatives de terrain. Ces initiatives doivent être recensées, soutenues, évaluées, dans un cadre partagé.
9. **Favoriser le développement des centres de santé pluri-professionnels universitaires**, acteurs du soin, de la formation et de la recherche. Une définition trop restrictive de la labellisation universitaire (obligation de présence d'un Maître de conférence des Universités par exemple), alors que les centres de santé s'investissent massivement dans la maîtrise de stage en médecine, l'accueil de chefs de clinique et la formation des professionnels paramédicaux, serait contre-productif par rapport à l'objectif visé.