



CONTRIBUTION au SÉCUR DE LA SANTÉ

Les centres de santé (CDS) sont des acteurs de la médecine ambulatoire depuis près de 400 ans. Ils s'appuient sur un modèle d'organisation pluriprofessionnelle d'équipe, de pratique sociale et coordonnée des professionnels de santé.

La FNCS regroupe des gestionnaires de CDS. Elle valorise et représente ces structures auprès des institutions nationales et locales. Elle accompagne les projets de création de centres de santé et soutient les centres en activité.

La FNCS est une fédération reconnue par le Ministère de la santé comme représentative des centres de santé et participe à ce titre aux négociations conventionnelles avec l'Assurance Maladie.

La FNCS poursuit son travail de fond qui vise à faire connaître et reconnaître la pratique des centres de santé auprès des acteurs de proximité.

Sa contribution pour le Séjour de la Santé s'appuie sur une connaissance du quotidien dans une diversité de territoires et de situations locales.

Comme l'ensemble des acteurs de la santé, les centres de santé ont été très actifs tout au long de la crise du COVID qui a traversé notre pays. **Notre système de santé a été ébranlé.**

Des limites sont devenues visibles : la faiblesse dans l'investissement en santé publique, l'absence de prévention et de préparation aux situations de crise sanitaire, l'absence de structuration des soins primaires et un système de santé tourné essentiellement sur le curatif.

Depuis plusieurs années, la FNCS défend une vision systémique du système de santé avec la volonté d'impulser les efforts partout où ils devraient être : la prévention, l'action sur les déterminants de santé, un maillage territorial de structures d'exercice regroupé et coordonné pour un accès équitable à des soins où que l'on soit. L'objectif étant de « rééquilibrer » le système de santé dans sa globalité, d'agir pour une réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'impulsion donnée, ces dernières années, au renforcement de l'exercice coordonné et pluriprofessionnel, notamment avec **les centres de santé et les maisons de santé**, a commencé à faire bouger les lignes de l'ambulatoire dans un sens positif. Pendant la crise, ces structures ont montré leurs capacités de réaction et d'agilité afin d'innover pour faire face et organiser des ponts avec le médico-social et les hôpitaux.

Dans de nombreux cas, ils sont les pivots d'une organisation territoriale notamment autour de la mise en mouvement de CPTS afin de promouvoir une dynamique de responsabilité populationnelle partagée au niveau local.

Ils sont également des points d'appui solides, à la disposition de leurs gestionnaires et plus particulièrement des collectivités locales qui les ont créés, pour s'attaquer aux inégalités d'accès aux soins, notamment dans les quartiers populaires (précarité professionnelle, métiers de première ligne), mais aussi pour mener des politiques ambitieuses de prévention et de suivi de maladies chroniques comme le diabète, l'obésité. Et malheureusement nous avons constaté que la pandémie a frappé plus particulièrement ces populations et l'action publique doit y être renforcée.

Il n'y a pas de politique de santé digne de ce nom sans agir résolument sur les déterminants de santé. Ces derniers sont tout ce qui nous construit socialement et économiquement : niveau de revenus, éducation, habitat, accès aux ressources essentielles (eau potable, air non vicié, alimentation saine, logement salubre, etc.)

Nous partageons aujourd'hui des pistes concrètes pour un système de santé plus juste, plus équitable, avec un accès à des soins de qualité, quels que soient la maladie, l'âge, le handicap ou le lieu de vie.

Notre contribution s'appuie sur 6 axes majeurs déclinés en 20 propositions concrètes

6 axes...

1. **Investir dans un système de santé rééquilibré** : refonder la gouvernance et l'organisation du système de santé avec une réelle graduation des soins entre la ville et l'hôpital pour qu'il soit lisible et efficace. Les enjeux de santé de notre époque, tels que la transition démographique et l'accroissement des maladies chroniques, rendent nécessaires ces évolutions. Plus encore refonder l'offre de soins sur les territoires sur la base de la responsabilité populationnelle.
2. **Réformer les soins de première ligne : structurer l'ambulatoire en favorisant l'exercice regroupé et coordonné des soins.** Nous proposons de faire de l'exercice pluriprofessionnel et coordonné, un des piliers du système ambulatoire en favorisant le modèle des centres et maisons de santé. Leurs atouts ont été des plus-values pendant la crise où ils ont montré toute leur importance pour réagir.
3. **Développer une politique de santé publique** qui prenne en compte la lutte contre les maladies chroniques en développant une politique de prévention et de promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux, mais aussi de répondre aux maladies émergentes.
4. **Lutter contre les inégalités de santé** en favorisant une politique solidaire auprès des plus vulnérables.
5. **Renforcer l'attractivité des carrières pour les professionnels salariés de l'ambulatoire** Élargir le statut de praticien hospitalier aux professionnels de santé exerçant dans les centres de santé gérés par des collectivités territoriales. Il permettrait de mettre fin à un décalage entre les fonctions publiques. La fonction publique territoriale étant moins disante.
6. **Développer une démocratie sanitaire avec les patients et les élus** : De nombreuses recherches ont montré que l'approche centrée sur le patient améliore autant la satisfaction du soignant que celle du patient. Une approche globale de soins tenant compte de la dimension sociale des maladies est primordiale dans le traitement des maladies chroniques et des problèmes de santé mentale.

... et 22 propositions

Ces propositions concrétisent les axes et s'intègrent dans les 4 piliers du Sécur de la Santé.

1. **En ambulatoire aussi, revaloriser financièrement les métiers est indispensable :** Unification des statuts de médecins de soins entre les différentes fonctions publiques pour la facilitation et la simplification des parcours professionnels, réduire les inégalités de statut entre les différentes fonctions publiques. Élargir le statut de PH à la fonction publique territoriale : **Pilier 1/axe 5**
2. **Rénover le mode de financement des soins de première ligne :** Développer le paiement au forfait (cf. expérimentation en cours PEPS, IPEPS, Paiement au forfait), renforcer et poursuivre en élargissant à l'ensemble de l'équipe soignante paramédical/dentaire et élargir plus rapidement à plus d'équipes **Pilier 2 /axe 1/axe 5**
3. **Introduire dès la formation initiale des formations croisées pluriprofessionnelles** pour apprendre à travailler ensemble et développer la valence santé publique – **pilier 1**
4. **Proposer des formations co-animées avec des patients experts** pour améliorer la compréhension des professionnels sur le vécu du patient et de sa maladie. **Pilier 1/axe 5**
5. **Faciliter le Tiers Payant intégral Généralisable :** Accélérer le développement des outils qui permettront aux patients de bénéficier d'un tiers payant intégral porté par l'Assurance Maladie pivot des relations avec les organismes complémentaires permettant qu'il soit sans surcoût pour le gestionnaire. Peser fortement sur les modalités pratiques d'évolution du Tiers Payant en faisant entendre l'expérience des centres de santé, et leurs difficultés, pour que rapidement, la pratique du tiers payant soit fiable, rapide et non coûteuse pour les CDS – **Pilier 3**
6. **Améliorer l'accessibilité aux soins pour une prise en charge solidaire des besoins de santé :** Fusionner la gestion de l'AME avec la PUMA ; systématiser l'ouverture des droits pour les demandeurs d'asile. **Pilier 2**
7. **Développer des forfaits de prise en charge pour les maladies chroniques :** forfaits soins (diététique, psychologue, sport adapté), actuellement seulement accessibles dans des expérimentations. **Pilier 2/axe 2/axe 4/axe 3**
8. **Légitimer la pratique avancée infirmière en soins primaires :** la reconnaître au plan réglementaire, universitaire et financier - **Pilier 1/axe 5**

9. **Développer le contrat de qualification** dans la fonction publique pour certains métiers en difficulté d'attractivité (exemple : assistantes dentaires) - **Pilier 1/axe5**
10. **Promouvoir les centres sous statut de SCIC** seule forme de centre permettant de faire participer conjointement à la gouvernance les professionnels de santé, les usagers, les établissements hospitaliers en leur permettant de bénéficier de l'abattement sur la taxe sur les salaires permis aux associations – **Pilier 2**
11. **Créer un système national de santé ambulatoire publique permettant un égal accès aux soins partout sur le territoire** : La définition d'un Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire ambulatoire opposable, démocratiquement élaboré (Élus locaux, citoyens, acteurs de la santé) - **Pilier 4/ axe 3**
12. **Mettre en place, dans chaque département, d'une conférence des financeurs de la prévention** sous l'égide de l'ARS, avec la participation notamment des représentants des centres de santé, afin d'augmenter les moyens dédiés, de définir des priorités territoriales partagées et de renforcer la transversalité des politiques - **Pilier 2/ Pilier 4 /axe 3/axe4/axe6**
13. **Développer une politique de prévention pour prendre à la racine les problématiques d'inégalités de santé depuis la diversité des territoires s'appuyant sur les acteurs de terrain** : Articuler promotion de la santé, prévention, dépistage et soins - **Pilier 4 /axe6**
14. **En impliquant les élus locaux, rendre obligatoire la prise en compte des enjeux de santé dans toutes les politiques publiques (éducation, jeunesse, urbanisme, économie etc.)** pour une prise en compte des déterminants - **Pilier 4/ axe 6**
15. **Développer des CPTS inclusives faisant communauté** avec l'ensemble des acteurs du territoire pour répondre aux besoins de la population - **Pilier 4**
16. **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 prévention - **Pilier 4**
17. **Développer le financement des soins permettant d'améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques** : activité physique, consultation diététique, psychologue, adaptation du lieu de vie, psychomotricien. Ces soins complémentaires seraient inscrits dans le projet de soins permettant une prise en charge globale du patient - **Pilier 2**

18. **Favoriser la présence de médiateurs en santé** pour faciliter l'accès aux soins - **Pilier 1**
19. **Développer fortement la recherche en soins primaires** : Sanctuariser un financement spécifique dans l'ONDAM pour la recherche en soins primaires - **Pilier 1**
20. **Appliquer pour les gestionnaires de CDS l'ensemble des mesures incitatives à l'installation des professionnels libéraux** (PTMG, PTMA, aides de collectivités locales, ...) pour renforcer la perspective d'équilibre budgétaire des centres, notamment dans la période la plus critique, celle des débuts de l'activité - **Pilier 2**
21. **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. Ils **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. - **Pilier 2**
22. **Simplifier le dispositif d'accès à la couverture maladie** : Faire cesser le système dichotomique PUMA/AME. Systématiser l'ouverture des droits des MSA pendant la période d'évaluation. Renforcer les PASS ambulatoires - **Pilier 3**

Pilier 1 Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent

C'est l'ensemble des métiers des acteurs de la santé qu'il est nécessaire de revaloriser.

Une revalorisation financière indispensable des métiers aussi en ambulatoire

Si la revalorisation des métiers de l'hôpital est nécessaire, elle ne peut être unilatérale. C'est l'ensemble des acteurs de la santé qu'il est nécessaire de revaloriser au risque sinon de créer un déséquilibre préjudiciable pour tout le monde. L'attractivité doit être recréée pour tous les secteurs de la santé y compris dans le secteur ambulatoire.

La FNCS défend **une approche globale du système de santé qui englobe tous les acteurs**. Alors que l'ensemble des professionnels des secteurs de la santé ont été fortement mobilisés pendant la crise, **il est nécessaire d'aller plus loin que les primes annoncées**, qui restent à concrétiser pour certains secteurs.

■ Attractivité des carrières des professionnels de santé : pas seulement à l'hôpital.

- Unification des statuts de médecins de soins entre les différentes fonctions publiques pour la facilitation et la simplification des parcours professionnels, réduire les inégalités de statut entre les différentes fonctions publiques. La fonction publique territoriale étant la moins disante. Cela concerne aussi tous les professionnels de santé dont les paramédicaux (cf. annexe proposition 1).
A titre d'exemple, aujourd'hui, il n'existe pas de grille salariale pour les médecins de soins exerçant dans une collectivité territoriale, empêchant toute évolution de carrière. Ce point est souvent un frein à l'embauche des médecins qui pourrait s'aggraver avec la revalorisation exclusive des carrières hospitalières.
- Diversification et valorisation des différentes carrières favorisant les parcours professionnels entre différents lieux.
- **Faciliter les parcours des professionnels de santé entre plusieurs modes d'exercice en poursuivant le développement des exercices partagés .**
- **Contrat de qualification** : donner la possibilité à la fonction publique de faire des contrats de professionnalisation, notamment pour le recrutement des assistantes dentaires.
- **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.

- **Réformer l'organisation de la PDSA en dentaire** : pour les centres polyvalents, retirer à l'Ordre des chirurgiens-dentistes la gestion de listes des gardes d'urgence et aligner les chirurgiens-dentistes sur le COSP mis en place pour la PDSA des médecins ; économie d'échelle pour les structures, meilleure identification pour les usagers.
- **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. Néanmoins, elles reposent aujourd'hui exclusivement sur la disponibilité en termes de médecins. Elles ne disposent 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.

■ **Développer de nouveaux métiers et leur donner les moyens de s'épanouir : les enjeux de formation et d'évolutions des pratiques**

La nécessaire évolution de notre système de santé vers un renforcement de l'ambulatoire et l'accroissement de l'accompagnement à domicile dans l'ambition d'une « société inclusive », imposent d'accompagner la transformation des métiers par un plan de formation adapté à ces changements.

Si de nouveaux métiers apparaissent, les métiers et professionnels existants ont besoin de formations pour accompagner la transformation du système de santé.

La pratique avancée infirmière en est à ses prémises : il est nécessaire de développer encore plus la valence soins primaires de l'IPA et de développer les postes dans les soins de première ligne.

Reconnaître au plan réglementaire, universitaire et financier la pratique avancée des infirmiers : l'expérimentation a fait ses preuves pour faciliter la prise en charge dans de nombreuses situations.

Développer les pratiques avancées en soins primaires, notamment infirmières, permettant tout à la fois d'améliorer les prises en charge des maladies chroniques, d'amplifier la coordination des parcours de soins et interprofessionnelle, de libérer du temps de consultation médicale et de mieux réguler les consultations non programmées de médecine générale. Le développement de masters dédiés à la pratique avancée en soins primaires favoriserait cette dynamique.

Patients ressources : des patients intègrent de plus en plus de projets et participent par exemple au développement d'outils dans des programmes liés aux maladies chroniques. Ils bénéficient de formations permettant de professionnaliser leur médiation et leurs interventions. Cependant, leurs temps d'intervention sont encore trop souvent considérés

comme bénévoles et ne leur permettent pas de s'engager dans la durée. Il est nécessaire de prévoir un statut et un financement des interventions.

Formation : Apprendre à travailler ensemble et développer la valence santé publique

- Formation pluriprofessionnelle valorisée depuis la formation initiale
- Développer la formation à l'approche populationnelle des déterminants de santé et à l'éducation thérapeutique dès le début des études
Pertinence des soins
- Il faut également accompagner et soutenir l'évolution des pratiques : équipes mobiles, visites à domicile, travail en équipe.

PROPOSITIONS SUR LE PILIER N°1 :

1. Revalorisation les rémunérations des métiers des secteurs ambulatoires qui doit se faire dans le même temps que le secteur hospitalier.
2. Renforcer et faciliter la pratique mixte et l'exercice partagé hôpital/ville dans un cadre de financement équitable.
3. Renforcer la pratique avancée infirmière en soins primaires : développer des postes partagés ambulatoire/hôpital.
4. Développer les formations croisées pluriprofessionnelles dans le domaine sanitaire / social / médico-social en formation initiale et continue.
5. Proposer des formations co-animées avec des patients pour améliorer la compréhension des professionnels sur le vécu de la maladie par le patient.

Pilier 2 Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins

Le financement du système de santé vu de l'ambulatoire :

- Appliquer pour les gestionnaires de CDS l'ensemble des mesures incitatives à l'installation des professionnels libéraux (PTMG, PTMA, aides de collectivités locales,) pour renforcer la perspective d'équilibre budgétaire des centres, notamment dans la période la plus critique, celle des débuts de l'activité.

Orientations souhaitées	Propositions	Déclinaisons	Détails
Médicalisation dans l'ONDAM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer les soins de première ligne 2. Fixer dans l'Ondam le budget attribué à la recherche en soins primaires, et en organisation des soins à partir de la première ligne 3. Accroître la pertinence des soins 	<p>Rénover leur mode de financement : paiement au forfait (cf. expérimentation en cours PEPS, IPEPS). Permettre de dégager des financements pour la prévention</p> <p>Les dépenses consacrées à la recherche sont pour l'essentiel imputées à l'Ondam hospitalier. La recherche en soins primaires est actuellement non financée ou au mieux sous tutelle hospitalière.</p> <p>Elle est indispensable à l'amélioration des politiques publiques.</p>	<p>Paieement au forfait pour les soins de première ligne englobant activité médecin généraliste/IDE. Poursuivre en élargissant à l'ensemble de l'équipe soignante paramédicale /dentaire</p>
Investissement	Développer un plan d'investissement pour les structures de première ligne	Une réflexion architecturale doit être menée sur les structures de soins primaires (pas seulement le handicap)	Ex. gestion de parcours séparés en cas d'épidémie Réflexion sur la qualité thermique

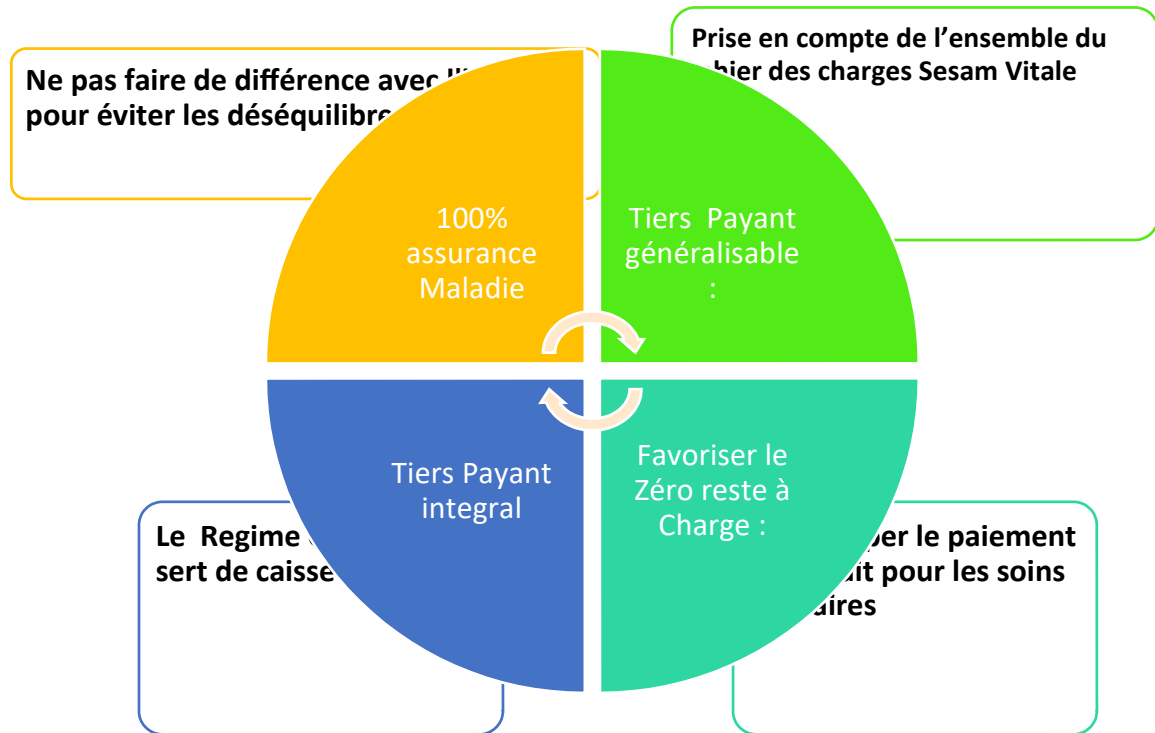
La mise en œuvre **d'un plan national d'investissement et d'équipement des centres santé**, comme cela a été fait pour les hôpitaux, **est un élément déterminant pour une nouvelle politique de l'ambulatoire.**

POUR UNE PRISE EN CHARGE VÉRITABLEMENT SOLIDAIRE DES BESOINS DE SANTÉ

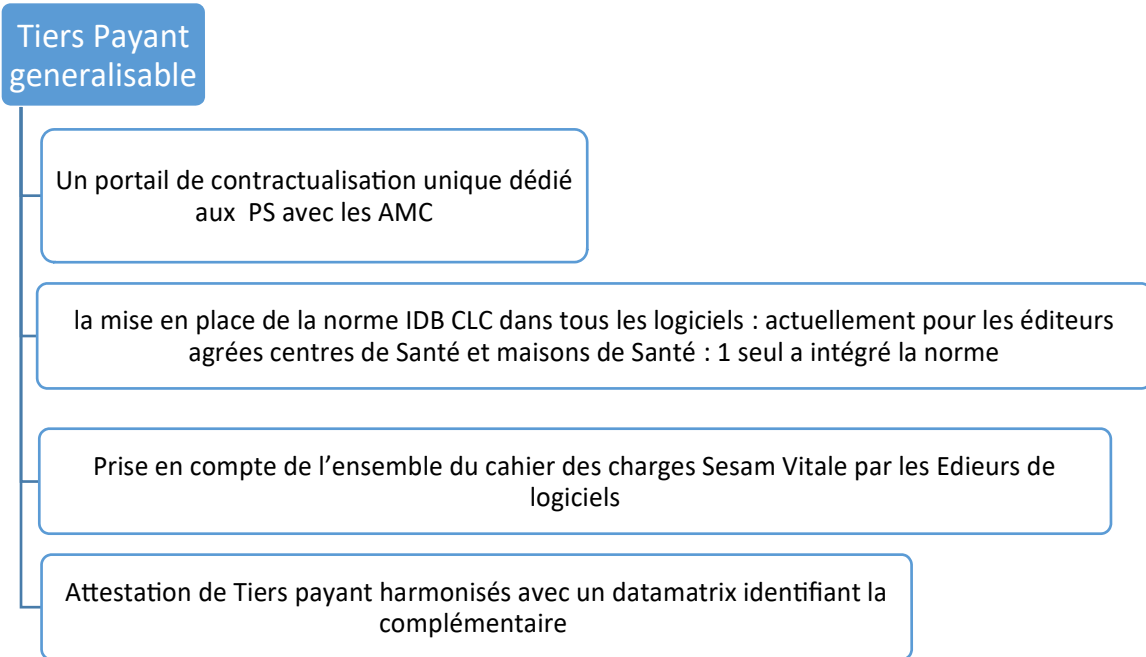
<p>Régulation et enveloppes</p>	<p>Améliorer l'accessibilité aux soins</p>	<p>Simplification du dispositif d'accès à la couverture maladie</p> <p>Orienter des financements vers les publics les plus vulnérables</p>	<p>Faire cesser le système dichotomique PUMA/AME</p> <p>Systématisation de l'ouverture des droits des MNA pendant la période d'évaluation</p> <p>Renforcement des PASS ambulatoires</p> <p>Financement de l'interprétariat et de la médiation en santé</p>
----------------------------------------	--------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Dotation populationnelle</p>	<p>Permettre de situer chaque acteur dans son rôle Prévention I II , réhabilitation , ETP</p>		
	<p>Renforcer la responsabilité populationnelle des acteurs</p>	<p>Agir sur les déterminants de santé</p> <p>Développer les « préventions »</p>	<p>Développer des contrats d'objectifs</p>

Investissement dans l'accessibilité aux soins



- **La complexité du TP est actée par l'IGAS** « La chaîne de valeur du TP apparaît (...) excessivement complexe, compte tenu de la multiplicité des PS et des assureurs maladie, obligatoires et surtout complémentaires, et des intermédiaires, éditeurs ou prestataires rémunérés s'intercalant entre eux (concentrateurs techniques, éditeurs, organismes de paiement pour le professionnel, organismes de TP, courtiers et délégataires de gestion pour les AMC).
- Les professionnels de santé « demeurent en effet encore trop souvent confrontés aujourd'hui à des procédures dispersées de rejets ou erreurs trop nombreux ; et les outils logiciels restent insuffisants et mal déployés, malgré les progrès réalisés par l'assurance maladie obligatoire et plus récemment les assureurs maladie complémentaires, encore imparfaitement unifiés et organisés. »



Les outils qui doivent être développés sont donc :

- Les outils de télétransmission Sesam-Vital (notamment en mobilité pour les visites à domicile et les consultations dans le cadre de la PDSA).
- Les outils de vérification des droits en ligne permettant de fiabiliser la facturation :
 - IDB-CLS (Assurance maladie complémentaire), incluant la reconnaissance du datamatrix apposé sur l'attestation du patient, par scan : pas encore déployé, en test chez 3 éditeurs seulement.
 - Attestation de Tiers Payant harmonisée avec un datamatrix identifiant la complémentaire.
- Des outils de retour d'information de facturation intégrant un lettrage bancaire (pour faciliter l'étape de rapprochement entre le virement bancaire et la facturation)
- Un service de réconciliation des flux de facturation et des flux bancaires.
- Certains avenants au cahier des charges SESAM-vital, publiés après la loi de 2016, n'ont toujours pas été intégrés dans tous les logiciels, par exemple :
 - L'avenant obligatoire ALD/maternité demeure inachevé deux ans après sa publication, et seuls 53% des centres de santé disposent d'un logiciel ayant intégré cette évolution.
 - De même l'avenant « suivi des factures en tiers payant » qui doit alléger la charge administrative relative au suivi des paiements en unifiant la norme de retour des paiements émis par les régimes et en prévoyant l'intégration de tableaux de bord de suivi des remboursements et rejets n'est accessible pour l'instant qu'à 22% des centres de santé.

■ **Télesanté – Développer le remboursement de la téléconsultation en dentaire**

Téléconsultations remboursées CPAM : Seules les téléconsultations médicales sont financées. Pour faciliter l'accès aux soins dentaires, notamment en EHPAD, la téléconsultation peut être un levier intéressant à condition de mettre un forfait de prise en charge à l'instar des téléconsultations de médecine générale ou infirmière.

■ **Abattement de la taxe sur les salaires pour les centres de santé en SCIC (cf. proposition annexe 2)**

Les centres de santé peuvent être créés sous forme de Société coopérative d'intérêt collectif (Scic) depuis le 12 janvier 2018.

Cette forme présente comme principal avantage une gouvernance multipartite : associer praticiens, salariés mais aussi patients, collectivités, centres hospitaliers pour une gestion tenant compte de tous les points de vue, instaurant ainsi une démocratie sanitaire à l'échelle locale, avec **plus d'agilité dans la prise de décision**, plus de cohérence dans les prises en charge et les parcours de soins, et des conditions de travail plus respectueuses.

Cependant, leur équilibre budgétaire est très fragile. En passant sous statut coopératif, ils perdent le bénéfice de la décote pour la taxe sur les salaires dont bénéficient les associations en application de l'article 1679 A du CGI, ce qui correspond à un montant de 20 819 € par structure.

En outre, en se créant ou en se transformant en Scic, les centres de santé deviennent assujettis à la Cotisation foncière des entreprises, ayant pour effet de déséquilibrer davantage leur budget.

La possibilité de créer des centres de santé sous statut Scic prévue par l'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique n'est pas actuellement effective et doit être complétée par des dispositifs fiscaux assurant l'équilibre financier de ces entreprises coopératives non lucratives en l'alignant sur le cadre fiscal des associations gérant ces centres.

Pilier 3

Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes de soins

La crise a mis en relief que beaucoup de freins pouvaient être levés sur des procédures habituellement longues et ainsi améliorer la performance.

- **La simplification de l'usage des outils numériques**

Le partage et l'accès aux données de santé sécurisées doit s'appuyer sur un service «public». **Tous les acteurs ont besoin d'un système fiable «interopérable» alors que les débats véhiculent une défiance générale vis-à-vis des systèmes d'information.**

Les enjeux, en particuliers financiers, ont conduit à une multitude d'opérateurs et diluent les responsabilités... donc la sécurité. Le bon fonctionnement de la coordination entre tous les acteurs du système, de la ville à l'hôpital en passant par le médico-social appelle à une harmonisation des outils.

Les régions se sont investies... mais avec des systèmes différents qui ne communiquent pas encore entre eux.

Les nécessaires évolutions porteuses de simplification pour des outils numériques efficaces devraient porter sur 3 orientations :

1^{er} orientation Généraliser le tiers payant et faire évoluer ses modalités d'organisation.

Depuis de nombreuses années, la FNCS est fortement impliquée sur la question du tiers-payant. Les centres de santé le pratiquent de façon massive depuis longtemps. C'est pourquoi il est nécessaire de **veiller à ce que la pratique du tiers payant intégral généralisé**, qui concerne les régimes obligatoires et les organismes complémentaires, ne laisse aucun coût à leur charge.

L'objectif est double:

- 1) **Soutenir les décisions qui visent à faciliter l'accès aux soins de tous en élargissant la pratique du tiers-payant**, conformément aux valeurs défendues par la FNCS. Le bénéfice serait énorme en termes d'accès aux soins en limitant l'obstacle financier.
 - i. Extraire le lien d'argent de la relation soignant-soigné qui génère une course à l'acte de manière similaire à la T2A. La rémunération à l'acte favorise certains types d'actes et favorise l'accroissement des dépenses sans qu'il n'y ait aucune régulation.

2) **Peser fortement sur les modalités pratiques d'évolution du TP en faisant entendre l'expérience des centres de santé, et leurs difficultés**, pour que la pratique du TP soit fiable, rapide et non coûteuse pour les CDS, au plus vite.

i. Améliorer la pratique du TP Régime obligatoire (RO) en progressant encore dans le « **zéro papier** » et **zéro rejet** comme s'y était engagée la CNAMTS. Dans la perspective du TP « généralisable », l'objectif pour les centres de santé est bien que le Tiers Payant sur le Régime Obligatoire et le Régime Complémentaire soit généralisé dans nos structures grâce aux outils du « généralisable ». Les attentes en matière de tiers-payant sont rappelées :

- Préserver le temps médical.
- Pas de risque financier supporté par le PS.
- Paiement rapide.
- Suivi du paiement simple, outils de rapprochement bancaire

Des propositions

<ul style="list-style-type: none"> • Accès complet à Amelipro pour les professionnels salariés 	<p>Actuellement, une solution dégradée en cours d'installation mais ne permettant pas aux PS d'accéder à tous les services</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter le Tiers payant intégral¹ Pour faciliter l'accès aux soins Actuellement le système est coûteux et pèse dans le budget des structures et nécessite de nombreuses améliorations 	<p>Accélérer la mise en œuvre de l'inter AMC et de la norme IDB CLC par les éditeurs de logiciel (cf. planning de déploiement comité de pilotage national Tiers payant) et rattraper le retard pris</p>
<p>Connaissance des droits en temps réel pour sécuriser et fluidifier les flux</p>	<p>Permettre aux acteurs d'accéder en temps réel à la connaissance des droits, régime obligatoire et complémentaire</p>
<p>Un flux unique passant par le Régime obligatoire</p>	<p>L'assurance maladie doit être la caisse pivot pour la part complémentaire.</p>

¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_tiers_payant_avril_18.pdf

2^e Orientation **Un dossier médical informatisé efficient et ses différentes interfaces**

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 sont encore nécessaires 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).

Peser sur les éditeurs de logiciel pour rationaliser, simplifier l'usage du logiciel (diminution du nombre de clics).

Faciliter les changements d'éditeurs en rendant effective l'obligation de garantir la récupération des anciennes données (obligation non respectée actuellement).

Mesures	Déclinaisons
Simplifier les procédures d'obtention de la Carte de Professionnel de Santé	Cartes CPx Dématérialisation complète et simplification des demandes pour une ouverture en 7 jours maximum
	Dématérialisation des Cartes CPx
Faciliter le déploiement de la MMS messagerie sécurisée Santé	Attribution automatique d'une MMS avec la carte CPS
Faciliter l'usage du dossier médical Transmission des résultats de biologie	Standardisation des normes structurées de transmission des résultats de biologie indépendantes du laboratoire effecteur
Développer le dossier médico-pharmaceutique partagé	Pour favoriser la conciliation médicamenteuse et la sécurité des patients (à l'exemple des centres de santé espagnols)

La mise en place d'un data hub de la santé confié à Microsoft interroge et nous ne saurions le soutenir. Il est nécessaire de définir un cadre éthique et réglementaire qui protège l'accès aux données personnelles de santé

3^e Orientation La simplification dans les relations ville-hôpital vue de la ville.

Mesures	Déclinaisons
Annuaire :	ROR disponible à tous les établissements hospitaliers, médico social, centres de santé. RPPS : inscription de toutes les professions (suppression ADELI) Annuaire intégrant RPPS et numéro Assurance Maladie / Finess de tous les prescripteurs
Compte rendu hospitalier	Intégrer le délai de transmission des CRH dans les normes de qualité des hôpitaux.
Faciliter le déploiement de la MMS (Messagerie Sécurisée Santé)	Attribution automatique d'une MMS avec la carte CPS
Associer pleinement les centres de santé au Grand Plan d'Investissement pour la numérisation de notre système de santé	Pour mieux prendre en compte leurs spécificités

Pilier 4 Fédérer les acteurs de santé sur les territoires au service des usagers

Depuis la proximité des territoires, des solidarités entre professionnels se sont mises en place. Elles ont fait leur preuve. Elles montrent de nouveaux possibles dans la prise en charge coordonnée des patients.

Nous avons fait le constat que ces coopérations se sont mises en place plus facilement dans les territoires où des professionnels étaient déjà organisés autour d'une structure coordonnée professionnelle. L'existence d'une CPTS apportait une plus-value.

Pour faire face aux problématiques de santé du 21^{ème} siècle, il faut développer et conforter ce maillage des territoires.

Créer un système national de santé ambulatoire publique permettant un égal accès aux soins partout sur le territoire

Ceci suppose, pour nous, une politique volontariste de maillage territorial cohérent s'appuyant notamment sur les centres de santé et les maisons de santé :

1. **La définition d'un Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire ambulatoire opposable**, démocratiquement élaboré (élus locaux, citoyens, acteurs de la santé), en matière de structures d'exercice regroupé et coordonné (centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles). Ce schéma devra prendre en compte l'ensemble des structures de ce type et considérer leur accessibilité géographique et financière pour les populations concernées. Il constituera l'ossature d'un système national de santé ambulatoire efficient au sein duquel un Service Public Territorial de Santé Ambulatoire sera créé.
2. La mise en œuvre **d'un Plan national de développement de ce maillage territorial** chargé de garantir un égal accès aux soins de premier recours sur tout le territoire national, et à toute la population, porté conjointement par le Ministère de la santé et l'UNCAM.
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. Ils 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. Pour les structures pluriprofessionnelles et coordonnées :
 - **Faire évoluer le mode de rémunération de leur activité.** Celui-ci est inadapté à leurs missions de service public et aux besoins sanitaires des patients parce que trop lié au volume des actes réalisés. Il devra comporter davantage de rémunérations forfaitaires, liées au nombre de patients pris en charge ainsi qu'aux caractéristiques sanitaires, sociales et démographiques de ceux-ci. Nombre de structures sont rentrées dans des expérimentations de type article 51 comme PEPS. Ces

expérimentations visent à tester d'autres formes de financements pour la médecine de premier recours dont l'objectif sous-tendu est une approche plus globale de la prise en charge du patient et favorise leur implication en matière de santé publique.

- **Favoriser la présence de médiateurs en santé (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..). Étant 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. **La création de CPTS inclusives** ouvertes à tous les acteurs de santé du territoire et qui auront pour mission de faire le lien entre tous avec l'ambition annoncée de «faire communauté», par la mise en place «d'une organisation du système de santé inscrite sur le territoire et intégrant hôpital, médecine de ville et secteur médico-social ». Ses écueils seraient doubles : n'associer que des médecins ou que des libéraux ou n'être que médico-centré ; il faut au contraire promouvoir une CPTS ouverte sur le territoire où elle doit intégrer les acteurs de la prévention, du médico-social, les établissements du territoire, les associations d'usagers et traiter globalement de la santé au-delà du soin. Si cette intégration de tous les acteurs se fait progressivement, les statuts doivent le permettre dès le départ associant aussi bien aux personnes morales que physiques d'y entrer tel que le prévoit l'ACI d'ailleurs.

6. **Développer une politique de prévention pour prendre à la racine les problématiques d'inégalités de santé** depuis la diversité des territoires, s'appuyant sur les acteurs de terrains

- **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 pédiodontie ; 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)

- **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. Ces offreurs de soins pourraient être rassemblés sous un même pilotage au sein du ministère de la santé pour permettre un financement modernisé, simplifié et stable.

La prévention au niveau local ne bénéficie pas de financements stables ni conséquents, ce qui entrave sérieusement le développement d'une capacité d'action et d'une expertise qui auraient été fort utiles en cette période de pandémie.

La mise en place, dans chaque département, d'une coordination des financeurs de la Prévention 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 champ 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.

Associer les différents acteurs d'un territoire aux programmes de prévention pour renforcer son efficacité dans la durée : éducation, social, sport. Dans ce sens, le soutien financier et technique à la coordination et à l'animation des dispositifs et la programmation territoriale de santé est indispensable (Contrat Local de Santé, projet de santé CPTS, Conseil Local en Santé Mentale, programmation Atelier Santé Ville...).

La bonne articulation de ces démarches impliquant la mobilisation et la participation de tous les acteurs du territoire est un enjeu clé pour leur efficacité et leur reconnaissance.

Actuellement, ces démarches sont encore trop peu lisibles pour les décideurs, acteurs locaux...

Rendre obligatoire la prise en compte des enjeux de santé dans toutes les politiques publiques (éducation, jeunesse, urbanisme, économie etc...).

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. Pour exemple, le parcours éducatif de santé promu dans la convention signée en 2016 entre les ministères en charge de l'Éducation nationale et de la Santé, ainsi que le **plan Bien-être et santé des jeunes** n'a pas les moyens de ses ambitions.

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 prévention (techniques d'animation, éthique de la co-construction avec les habitants, connaissances de la littérature internationale).

Les actions de promotion de la santé à l'échelon des quartiers promouvant la participation des habitants / usagers du système de santé nécessitent de travailler sur des temps longs et avec les moyens humains non suffisants à ce jour.

La promotion et la reconnaissance notamment au travers de financements pérennes des métiers de la médiation en santé permettraient de développer de manière conséquente la santé communautaire.

Rembourser l'activité physique adaptée, dans les maladies chroniques 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.

En conclusion

A travers cette contribution, la FNCS revendique le besoin d'une profonde réforme du système de santé français s'appuyant sur la démocratie sanitaire et la compétence de ses acteurs afin de contribuer à la justice sociale et territoriale.

Si nous comprenons que les yeux soient fixés sur l'hospitalier, nous alertons sur l'urgence d'avancées concrètes dans le pilier de la médecine ambulatoire. Rien ne sera possible sans son investissement dans le pays et donc sans de profondes réformes en son sein.

En ce qui nous concerne, la crise que nous avons traversée nous a confirmé dans le besoin de développer les structures coordonnées que sont les Centres de Santé et les Maisons de Santé.

Nous montrons la plus-value qu'elles représentent pour de nouvelles approches en terme de soins, de suivi de patients, de capacité de mobilisation et de coordination, de politiques de prévention, de liens avec le local, en approche de démocratie sanitaire...

Nos propositions s'inscrivent donc dans « un concret » pour ceux qui s'engagent (acteurs de la santé, professionnels de la santé, élus, associations...) qui permet le renforcement et l'essor des structures de médecine coordonnée avec comme seule ambition la contribution à faire reculer les inégalités de santé, les déserts médicaux et contribuer au «bien-être».

Annexe - Le carré de white (travaux réalisés en 1961 par White, Williams et Greenberg, Ecology of Medical Care 1961)

1961 – carré de White

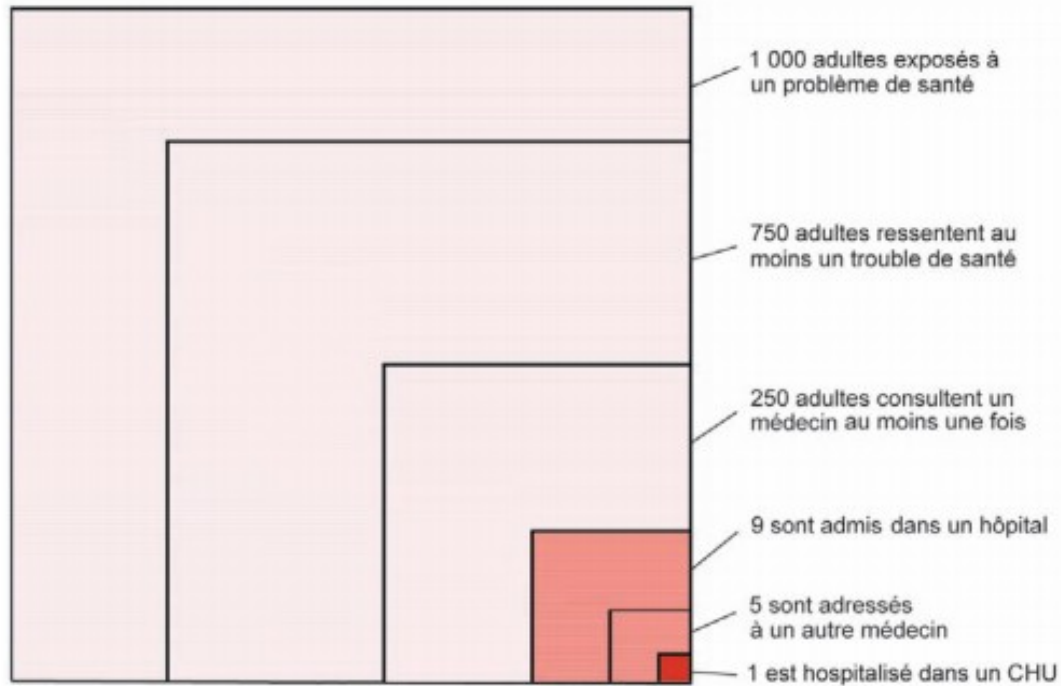
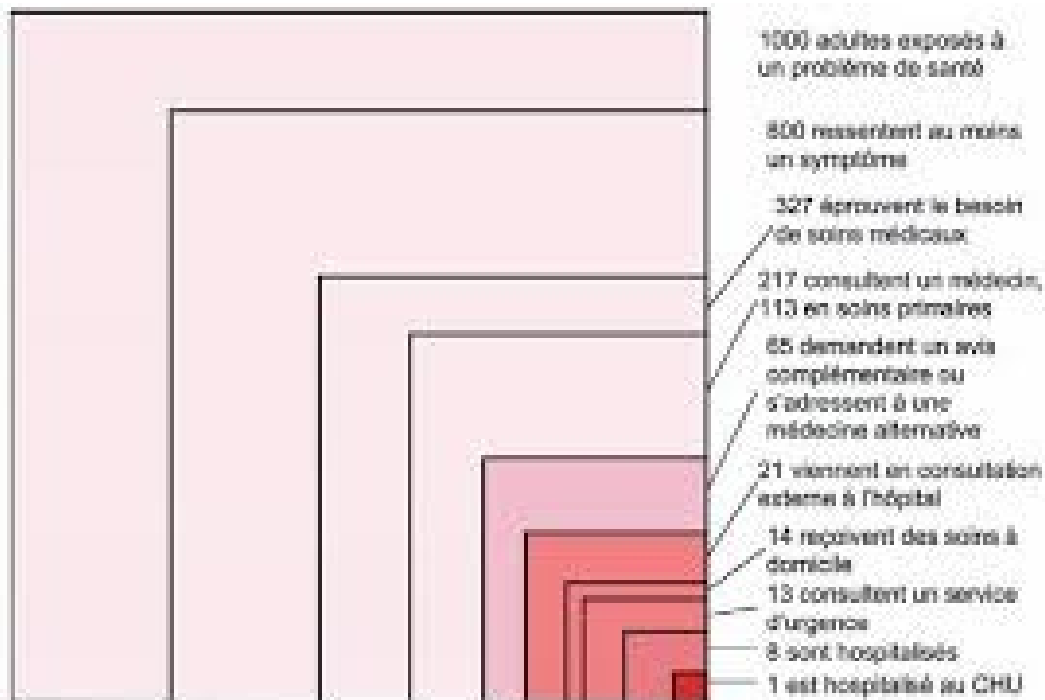


Figure 1 : Carré de White

2001 – carré de White par Green





Siège social : 3/5 rue de Vincennes
93100 Montreuil
Tél. : 01 48 51 56 22
contact@fnacs.org
Présidente : Dr Hélène Colombani
president@fnacs.org