

---

## CYCLE DE CONSULTATION POUR LA MISE EN PLACE D'UN SERVICE PUBLIC TERRITORIAL DE SANTÉ

### CONTRIBUTION DE LA FNCS

---

La mise en œuvre d'un service public territorial de santé nous semble une question décisive dans un pays où les professionnels de santé, et tout particulièrement les médecins, s'ils sont globalement en nombre suffisant, sont territorialement très inégalement répartis.

L'accès de tous les Français, sur l'ensemble du territoire, à des soins de qualité étant une priorité absolue pour le gouvernement, la Ministre de la santé a présenté, en décembre 2012, un « pacte territoire-santé ».

Depuis 5 ans, 2 millions de Français supplémentaires sont touchés par la désertification médicale. Les inégalités entre les territoires ne cessent d'augmenter, alors que la France est un des pays au monde où il y a le plus de médecins. Cette inégalité de répartition territoriale dépasse l'opposition ancienne entre territoires urbains et ruraux et conduit à poser la question de l'origine de ces inégalités qui deviennent infra-territoriales. C'est ainsi que dans un quartier pauvre de 10 000 habitants, à Nanterre, au centre de l'Île-de-France, on ne trouve plus qu'un seul généraliste.

Les inégalités sociales et territoriales de santé sont mises en avant par un ensemble d'études qui montrent que de nombreux territoires cumulent différentes inégalités.

S'attaquer à cette situation nécessite de définir un cadre à l'action publique dans le domaine de la santé pour les années à venir.

**Pour la FNCS, ce cadre ne peut être porté que par l'Etat**, seul garant d'une répartition équilibrée entre les territoires. Tout montre que l'équité en santé ne peut procéder de la seule initiative locale. La répartition très déséquilibrée des médecins sur le territoire en est la démonstration.

Un panier minimal de service public de santé (déterminé par l'ensemble des acteurs) doit être garanti à chaque Français par l'Etat. Une fois ce cadre de base assuré, il doit être laissé aux acteurs locaux des capacités d'initiative au niveau local.

Nous aborderons ci-dessous les différents points sur lesquels notre contribution a été sollicitée. Celle-ci n'a pas vocation à être exhaustive et se limitera à éclairer quelques points qui nous semblent particulièrement importants.

## LA GOUVERNANCE

### ➤ Au niveau national

Une « stratégie nationale de santé », avec des priorités de santé publique, doit être définie. Elle doit aussi édicter des normes quantifiées d'accès aux soins, fixant des objectifs clairs aux politiques d'aménagement de l'offre de soins que mèneront les ARS pour donner à l'ensemble des Français des garanties égales en matière d'accès aux soins (cf Proposition 1 du rapport d'information sur offre de soins).

- **Définir des zones de santé prioritaires** : Sur le modèle des « health action zones » britanniques qui a fait ses preuves, nous préconisons un plan de rattrapage en soutenant et développant de façon prioritaire les services publics de santé, de promotion de la santé, de prévention et dépistage dans les territoires où le niveau de pauvreté est le plus important. Nous suggérons une jonction entre les priorités géographiques de la politique de la ville et les zones prioritaires de santé.
- **Élargir la définition de l'offre de soins de premiers recours** dans la prochaine loi de santé publique : le code de la santé publique devrait reconnaître la spécificité de l'offre de soins de premier recours en mettant en avant le caractère interdisciplinaire des soins de premiers recours et les missions de santé publique qu'ils comprennent.

Elle permettrait dans le même temps de promouvoir une prise en charge globale de la santé d'une population plutôt qu'une logique de distribution des soins.

Elle consisterait à introduire dans l'activité des généralistes une forte part d'actions de santé publique, notamment de prévention (cf. encadré ci-dessous), pour lesquelles des délégations de tâches devraient permettre de dégager le temps médical nécessaire.

Les « pratiques cliniques préventives » évoquées par la société française de santé publique  
**Le médecin généraliste est bien placé pour effectuer différentes actions de prévention :**

- des actions de prévention médicalisée : vaccination, repérage précoce et intervention brève (alcool, cannabis etc.), dépistage opportuniste (i.e. en présence de facteurs de risques cardiovasculaires) ou organisé (notamment pour le cancer du sein), consultation de synthèse annuelle pour certaines maladies (à l'image de ce qui est prévu à l'hôpital pour le VIH), traitements visant à réduire l'apparition de complications ou des rechutes, etc. ;
- des actions d'information et de conseil des patients sur des risques très divers : tabagisme, nutrition, hygiène, risques sportifs ou au travail, etc. ;
- des actions d'éducation pour la santé qui, au-delà d'un simple conseil, visent à permettre au patient de faire des choix éclairés concernant leur santé : contraception etc. ;
- des actions d'éducation thérapeutique du patient : visant à aider les malades, notamment chroniques, à adopter de nouveaux comportements.

Source : Société française de santé publique, « Des missions de santé publique pour les médecins généralistes », note de 23 juin 2008.

- **Une mise en place d'un financement différent du « paiement à l'acte »** pour dépasser la course à « l'acte » qui favorise la concentration des professionnels sur les mêmes territoires et permettre également une prise en charge globale des usagers. Le mode de « rémunération à l'acte » a été construit pour un fonctionnement « libéral » isolé et pour une activité médicale curative dont l'objet principal est la « réparation ». Tout comme la « tarification à l'activité » à l'hôpital, ce système a montré ses limites et ses effets pervers. Il suscite de plus en plus d'opposition car en privilégiant uniquement l'acte de soins il ne permet pas une démarche de prise en charge d'un « parcours de santé » intégrant les dimensions préventive et éducative, notamment dans le cas des pathologies chroniques. D'autant que celles-ci nécessitent souvent l'intervention de plusieurs professionnels de santé dont les modes de rémunération sont différents, certains ne correspondant pas à des actes nomenclaturés (psychologues, diététiciens, podologues). En outre, la rémunération à l'acte ne prend pas en compte les temps dévolus à la coordination entre professionnels, essentielle à la pratique d'équipe et à la sécurisation du parcours de santé.

#### ➤ **Au niveau de la politique de la ville**

Plusieurs années d'expérience des **Ateliers Santé Ville** dans le cadre de la « politique de la ville » associant les usagers, les professionnels médicaux, sociaux, les élus locaux ont permis d'établir des diagnostics. Ils ont éclairé la notion de territoire de santé, ils ont expérimenté la recherche d'indicateurs de santé à la fois quantitatifs et qualitatifs pour un territoire et, grâce à eux, de définir des priorités locales de santé.

De leurs cotés, depuis deux ans, **les Contrats Locaux de Santé** entre les collectivités territoriales et l'ARS, sur la base d'objectifs de santé publique négociés à la fois sur la base des priorités régionales et plus locales permettent un dimensionnement sur mesure de l'action publique selon les territoires. Des tableaux de bord d'indicateurs sont mis en place comme autant d'éléments de pilotage de ses objectifs négociés. Leur dimensionnement territorial est adaptable et peut concerner le quartier, la ville, un regroupement de communes.

Ces contrats locaux de santé demandent à être développés et stabilisés. Ils nous semblent une bonne base de départ pour croiser « politique de la ville » et « politique de santé », sans obliger à inventer de nouveaux dispositifs.

D'ailleurs, dans le **rapport du Comité de sages** le chapitre « Un service public territorial de santé : six recommandations », une d'entre elles intitulée « **Renforcer les outils d'appui à l'intégration des acteurs territoriaux** » propose de consolider les « Ateliers santé villes » et les « contrats locaux de santé », ces derniers intégrant la participation des acteurs de santé.

## Le contenu d'un SPTS

Les fameuses lois de « Rolland » définissent les valeurs du service public : continuité, mutabilité, égalité et neutralité, ce noyau de principes s'impose à tout service public au respect desquels veille particulièrement le juge administratif ?

Définir les niveaux d'accessibilité :

➤ **Lever l'obstacle financier d'accès aux soins.**

Dans la feuille de route de la Stratégie nationale de santé (sept 2013), il est écrit :  
*« Il faut lever tous les obstacles financiers à l'accès aux soins. Nombre de nos concitoyens rencontrent des difficultés d'accès à certains services de santé et peuvent être conduits à renoncer à des soins pour des raisons financières en raison du reste à charge ».*

Il nous semble donc nécessaire que :

- Les équipes SPTS doivent pratiquer des **tarifs conventionnés, secteur 1**
- Les équipes SPTS doivent pratiquer le **Tiers payant**
- Comme le propose le rapport « Archimbaud », un patient intégrant **un parcours en secteur 1** doit pouvoir le poursuivre en secteur 1,

Nous attirons l'attention sur le fait que les seuls, aujourd'hui, à répondre à l'ensemble de ces principes en ambulatoire (comme cela est inscrit dans la loi) sont « les centres de santé ». Mme la Ministre a demandé une généralisation du Tiers payant en ambulatoire. Nous regrettons le tôle que cette proposition a suscité parmi de nombreux représentants de syndicats de médecins.

➤ **Une offre de soins de premier recours disponible sur l'ensemble du territoire.**

Il nous semble donc nécessaire de :

- **Favoriser le développement de structures « d'exercice regroupé et coordonné des soins »** notamment dans les zones sous dotées. C'est le cas notamment des centres de santé qui accueillent différents types de professionnels concourant tous à l'offre de soins de premier recours,
- **Favoriser le développement de structures salariant les professionnels de santé** et les libérant du paiement à l'acte en favorisant une approche globale et des actions de prévention, d'éducation thérapeutique,
- **Rémunérer forfaitairement du temps dédié à la prévention pour ces structures**, en fonction du nombre de patients pris en charge et de leur précarité (ex des maisons de santé belge, équivalent de nos centres de santé),

- Rémunérer de manière forfaitaire du temps de coordination,
- Créer un statut unique entre praticien hospitalier et praticien ambulatoire permettant plus de fluidité dans les parcours professionnels (proposition de la mission d'information parlementaire sur l'offre de soins).

## Les outils d'un SPTS

### ➤ L'interopérabilité des systèmes d'information.

Une liaison entre les différents « systèmes d'information » de santé est nécessaire constituant ainsi un atout essentiel de la coordination des soins.

### ➤ Mettre en place des tableaux de bords de données de santé par territoire.

Actuellement le plus souvent globalisés au niveau de la région, ces tableaux de bords permettraient de disposer d'outils décisionnels utilisables au niveau local.

Un contenu minimal commun devrait être défini pour tous les territoires puis alimentés annuellement par les institutions concernées.

On y retrouverait notamment des :

- Données de démographies sanitaires : CNAM (Sniiram) et ordres
- Données CMU, AME ALD, invalidité
- Données de mortalité : espérance de vie, mortalité prématurée
- Données du Conseil général : mortalité prématurée, suivi des grossesses, bilan des enfants, taux de vaccination
- Données association dépistage des cancers : K du sein, K du colon
- Données de l'Education nationale : suivi par le service de médecin
- Données environnementales
- Données hospitalières du territoire (PMSI)

## Les centres de santé dans le SPTS

Les centres de santé jouent un rôle majeur pour garantir à tous l'accès à des soins de qualité. Depuis 50 ans ils se sont implantés dans le paysage sanitaire français en tant que structures sanitaires pluridisciplinaires de premier recours. Leurs atouts :

- **Impliqués dans les territoires**, ils s'appuient sur un projet local de santé publique et constituent des points d'appui forts pour la mise en œuvre des politiques territoriales de santé, en lien étroit avec les ARS, notamment pour les centres impliqués dans les actions locales. Ils sont souvent implantés dans les territoires prioritaires de la Politique de la Ville, où ils sont souvent les seules structures sanitaires. Ils sont intégrés dans le volet santé de cette politique (Ateliers Santé Ville) ou dans les Contrats Locaux de Santé.

Mettant en œuvre un « **exercice regroupé et coordonné** » (ERC), qui a montré son efficacité et sa pertinence dans l'organisation des soins primaires, ils s'appuient sur une **organisation « pluri-professionnelle »** qui constitue une réponse adaptée au suivi des pathologies chroniques exigeant une approche globale des patients et le développement des parcours de santé (articulation entre prévention, soins, éducation thérapeutique).

- Leurs modalités organisationnelles rencontrent les aspirations des jeunes professionnels de santé qui plébiscitent l'exercice en équipe et le statut de salarié.

- **Facilement articulés avec l'hôpital**, ils en partagent les orientations et les valeurs de service public.

- **La pratique systématique du tiers payant**, le respect des tarifs opposables, la mise en place d'un accompagnement social des patients (voire de programmes spécifiques d'accès aux soins pour les plus vulnérables) par leurs gestionnaires en font des acteurs majeurs de la lutte contre les inégalités sociales de santé. Ils constituent souvent la seule possibilité de recours aux soins pour les patients n'ayant pas d'assurance maladie complémentaire.