

Marseille, le 12 avril 2019,

Monsieur le Premier ministre,

Le paysage des centres de santé voit, depuis quelques années, l'émergence d'un modèle nouveau en France, porté par des associations et s'inscrivant dans des démarches en santé communautaire, et sur un modèle salarial.

Le Château en santé se revendique de ce mouvement.

Le mot de « communautaire » renvoie parfois à l'idée de repli identitaire. En termes de santé publique, il est pourtant tout à fait adapté à la réalité de notre travail.

Selon le rapport d'Alma Ata (OMS), une communauté est « *un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ces membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communes, y compris en matière de santé* ».

Partie de la volonté d'une frange considérée comme « militante » des professions sanitaires et sociales, cette dynamique dépasse ce milieu auquel on la cantonne trop facilement.

Depuis la création de la Case de Santé à Toulouse, on a vu naître la Place Santé à Saint-Denis, le Village 2 Santé à Échirolles, le Château en Santé à Marseille, Santé Commune à Vaulx-en-Velin. De plus en plus de collectifs portent des projets similaires à Hennebont, Digne-les-Bains, Rennes, Nantes, Montpellier... c'est une histoire d'un peu plus de dix ans à présent, dix ans dans un contexte de moins en moins défavorable sans pour autant permettre une installation pérenne.

Ce modèle propose une réponse adaptée à un vrai besoin à la fois des habitant.e.s et des professionnels. On le voit à l'adhésion de nos usager.e.s à nos pratiques, et à l'augmentation rapide de nos files actives. Nos centres de santé répondent aussi aux aspirations des professionnel-le-s : nous sommes contacté-e-s toutes les semaines par des professionnel-le-s du secteur qui souhaitent nous rencontrer, faire un stage, alimenter un projet de recherche, écrire un article, mettre en place un partenariat... L'engouement est similaire à Toulouse, Échirolles, Saint Denis. Au Château, nous avons reçu déjà deux sollicitations pour accompagner l'ouverture de projets similaires proche de chez nous.

Mais qu'est ce qui caractérise notre modèle de centre de santé ?

Les centres de santé communautaire cherchent à construire des réponses adaptées aux situations vécues, en soutenant d'autres voies vers la santé que le tout curatif.

Les équipes de ces centres travaillent à partir de la parole des personnes, de leurs demandes. Elles prennent le temps de remonter la chaîne des causes, intègrent les déterminants sociaux et coordonnent une prise en charge socio-médicale qui permettent de sortir du traitement palliatif ou simplement curatif. Les soignant.e-s se basent sur l'idée que les personnes ont les ressources pour se soigner et sont là pour faire émerger ces ressources, s'adaptent pour les besoins rencontrés.

Les premiers centres de santé communautaire se sont implantés dans les quartiers populaires pour des raisons de justice sociale. Ouverture des droits à la santé, accompagnement physique, éducation thérapeutique, médiation en santé, consultations avec interprétariat sont autant d'outils utilisés pour lutter contre le renoncement au soin dans ces quartiers

Pour ce faire, le pilier de notre pratique est la complémentarité des professions. Nous développons tout un volet social à notre pratique, en incluant des travailleuses sociales et travailleurs sociaux au sein des équipes de soin, des entretiens sociaux, et une coordination conjointe des parcours des personnes pour résoudre les causes de leur souffrance dans la globalité.

Une autre caractéristique essentielle de notre modèle de centre de santé est l'intégration de la prévention et de la promotion de la santé dans les pratiques des professionnel-le-s pour

une action directe sur les déterminants sociaux de la santé. Le fonctionnement communautaire permet d'identifier sur le terrain des problématiques récurrentes pour en faire un enjeu de santé publique dans le quartier et mettre en place des actions de prévention individuelles ou collectives (plus spécifiquement, dans le quartier du Château en Santé, santé habitat, violences faites aux femmes, santé mentale, prévention enfants et écrans...)

Mais, pour l'ensemble de ce travail pluri-professionnel, il convient de donner du temps. Donner du temps en consultation (en moyenne 30 minutes et souvent plus), donner du temps dès l'accueil, donner du temps de coordination en équipe, donner du temps de médiation pour se comprendre, donner du temps pour construire et animer les actions de prévention, donner du temps pour tisser les réseaux des partenaires...

Ce modèle de structure de santé de premier recours contribue nettement à la prise en charge précoce des maladies, à la prévention de leur survenue ou de leurs décompensations et permet un suivi de meilleure qualité. Ces bénéfices sont au profit de la santé de la population.

Ces atouts trouvent également une traduction au regard d'autres enjeux qui se posent à notre système de santé. Ce sont les pratiques professionnelles que nous développons et nos principes d'organisation qui le permettent : coordination des parcours en santé construits et décidés avec les personnes les rendant plus rationnels et efficaces du fait d'une meilleure adhésion par les patient·e·s ; exercice de la médecine générale sur un mode avancé et prescription raisonnée améliorant la pertinence ; capacité à répondre à la demande de soin non programmé... Ces modalités génèrent objectivement des économies sur les dépenses de santé, et assure un recours aux services hospitaliers plus adapté.

L'accès au soin : la réalité des quartiers populaires

Il s'agit en général d'une population précaire, avec un fort taux de renoncement au soin. Par exemple au Château, 70% des personnes usagères sont bénéficiaires de la CMUC ou de l'AME. Les proportions sont similaires à Échirolles et Toulouse.

On trouve, sur nos territoires d'exercice, un manque criant d'accès aux soins de premier recours. De nombreuses études montrent que le nombre de médicaments prescrits est inversement proportionnel à la durée des consultations et que la multiplication des actes en réduit la durée et ne permet pas de donner de la place à l'éducation et à la prévention en santé. Malheureusement, la réalité de l'offre de soin dans les quartiers populaires (peu de médecins généralistes, pas de spécialistes) conduit à une inflation des actes avec des journées de 50 à 80 consultations pour les médecins libéraux, une sur-prescription médicamenteuse avec la iatrogénie que l'on connaît, et qui ne répond pas aux besoins de nos usager·e·s.

Plus largement, il est impossible de penser un accès à la santé entendue de manière globale sans prendre en compte les partenaires locaux. Un centre de santé travaille en réseau. Or, le système public hospitalier subit un contexte de démantèlement, de réduction des effectifs et des services. Les centres sociaux, points d'appui et autres partenaires associatifs de terrain sont constamment menacés de disparaître par manque de moyens.

Quel modèle de financement pour nos centres de santé ?

La rémunération à l'acte et les rémunérations spécifiques de l'accord national des centres de santé : Un dispositif inadapté à nos centres

L'accord national rénové présente de nombreuses limites pour notre modèle : Calibrage de la file active trop élevé réduisant la part variable de nos rémunérations, plafonnement à 25 % du coefficient de sur-précarité (alors que notre réalité est plutôt de 2/3), exclusion des bénéficiaires de l'AME du calcul de la file active, prise en compte des populations vulnérables dans la limite de 2% de la file active, valorisation des soins secondaires en structure de soins primaires alors que le travail social ne l'est pas... Nous sommes convaincus qu'il y a de quoi faire progresser cet accord au bénéfice des centres de santé communautaire.

L'expérimentation du paiement au forfait (article 51)

La tentative de revalorisation de certains actes de médecine générale dans les dernières conventions ne correspond pas aux réalités du terrain. La revalorisation de la part de paiement au forfait plutôt qu'à l'acte nous paraît plus pertinente, c'est un principe que nous défendons tous en tant que centres de santé communautaire. Nous pensons, en effet, qu'indexer la rentabilité d'un lieu de soin au nombre d'actes n'est pas dans l'intérêt du patient et qu'il faut créer des modes de rémunérations mixtes bien plus en faveur d'un forfait global de soin permettant de financer un soin coordonné en équipe pluridisciplinaire.

Le Village 2 Santé à Échirolles a participé à la rédaction du cahier des charges de cette expérimentation et nous réfléchissons à faire une candidature commune pour expérimenter ce dispositif pendant les cinq prochaines années.

Néanmoins, ce dispositif a vocation à remplacer uniquement le volet « facturation » des consultations médicales, et paramédicales des centres, ce qui ne correspond qu'à une part comprise en 50 et 60% de nos budgets respectifs financé principalement par la CPAM. L'expérimentation aura donc peu d'incidence sur les besoins en financement public des centres de santé communautaires.

De plus, nous pensons qu'il faut aller plus loin qu'une expérimentation à la marge (une dizaine de projets seulement) sur 5 ans et penser, dès maintenant, la reproductibilité rapide et à grande échelle dans l'offre de soin de premier recours de notre modèle s'il se révèle pertinent.

L'avenir ?

La Ministre de la santé et des solidarités, porteuse de la politique de santé, mais aussi du plan pauvreté (qui propose la création de 100 centres et maisons de santé dans les territoires prioritaires d'ici 2022), s'est déclarée intéressée par le modèle émergent des centres de santé communautaire en marge du dernier congrès des centres de santé. Dans la mobilisation nationale pour les habitants des quartiers, M. Denormandie a annoncé le doublement des centres et maisons de santé pluridisciplinaire dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville d'ici 2022.

Il est temps de s'en saisir compte tenu de ce que produisent sur leurs territoires respectifs nos centres de santé communautaires. Il y a des solutions spécifiques à trouver pour pérenniser notre modèle. On l'a vu, il y a des marges sérieuses d'amélioration dans l'accord national des centres de santé. Pour cela, il faut aussi des décisions du Ministère de la santé et un signal fort en soutien de nos dynamiques. Mais au-delà, notre modèle fonctionne parce qu'il décloisonne le soin et l'inscrit dans globalité des réalités de nos usager.e.s. Nous espérons que cette visite interministérielle, reflet de la complexité des problématiques de nos quartiers, sera l'occasion pour votre cabinet de penser un décloisonnement des crédits capables de financer nos structures, de manière à impliquer les services de l'État et les collectivités locales en appui.

Nous sommes conscients des enjeux politiques que constituent la régulation de la démographie médicale dans les territoires désertés ou précaires et la limitation des

dépenses de santé publique. Ces enjeux sont parfois difficiles à concilier avec un accès à des soins de qualité partout et pour tout·e·s.

Nous pensons que les centres de santé communautaires constituent une alternative qui concilie toutes ces exigences.

S'inscrire dans l'expérimentation ouverte par l'article 51 est un premier pas, mais nous pensons pouvoir aller plus loin vers un modèle attractif et bien traitant pour les professionnel·le·s et les usager·ère·s, promouvant une mission de santé globale et publique, inscrite dans la réalité sociale des populations, produisant un soin de qualité, avec un modèle de financement pérenne : Des financements publics durables pour un service public durable.

Enfin, nous vous proposons de produire d'ici la fin de l'année un rapport détaillant notre mode de fonctionnement, la construction d'une mission de service public socio-sanitaire tel que nous le pensons, étayé d'un modèle de financement viable et pérenne. Nous sommes disponibles pour venir présenter ce rapport et dialoguer avec vous sur les pistes qu'il peut ouvrir.

Ce texte a été rédigé par le Château en Santé,
en collaboration étroite avec le Village 2 Santé (Échirolles) et la Case de Santé (Toulouse).