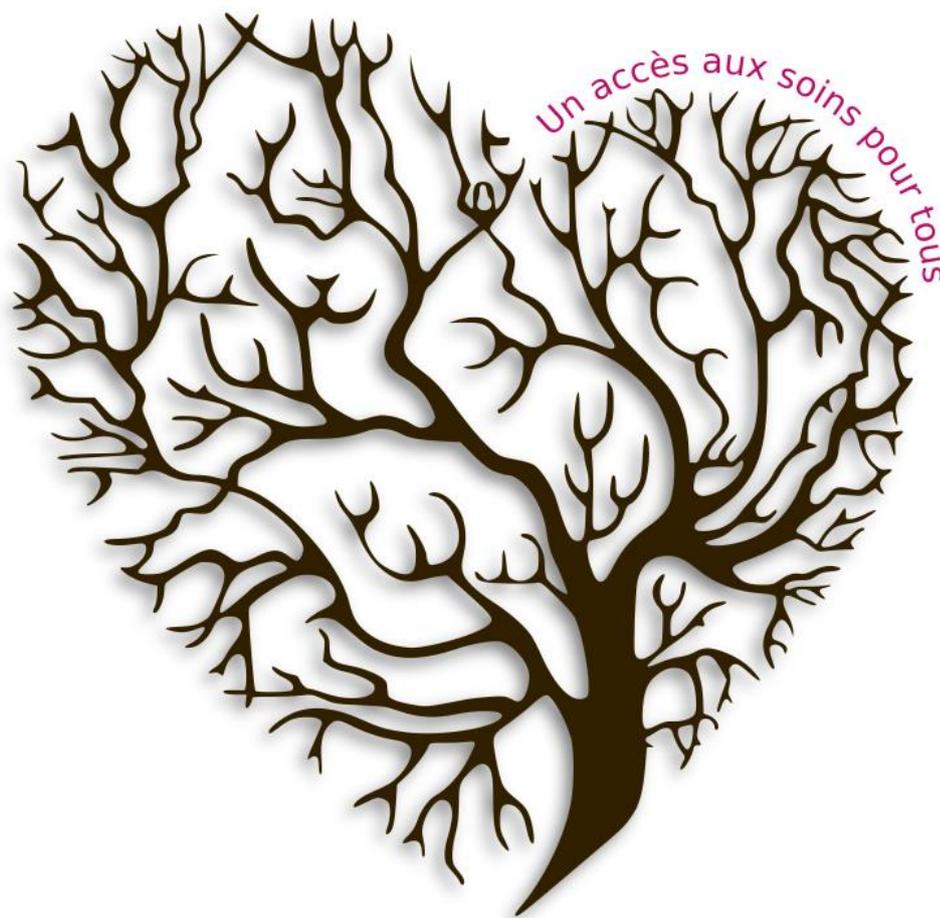


Pour un Centre de santé public et l'accès à la santé de toutes et tous dans la communauté urbaine du Havre

Juillet 2021

CSPLH+



Centre de Santé Pour Le Havre +

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| Sommaire..... | 2 |
| 1 Introduction..... | 4 |
| 2 Le manque de médecins dans la communauté urbaine Le Havre Seine Métropole : une situation inquiétante | 5 |
| 2.1 Un désastre annoncé..... | 5 |
| 2.2 Le nombre réel de médecins traitants dans la communauté urbaine du Havre..... | 6 |
| 2.3 Démographie médicale : l'urgence ! | 8 |
| 2.3.1 Une diminution constante du nombre de praticiens | 8 |
| 2.3.2 L'installation de jeunes médecins ne produit pas un renouvellement des générations ; ceux de plus de 60 ans représentent plus de 40% de l'effectif | 8 |
| 2.3.3 Quelle spécificité de la communauté urbaine Le Havre Seine métropole ? | 10 |
| 2.3.4 Densité de généralistes par région..... | 11 |
| 2.3.5 Inégalités entre départements normands..... | 12 |
| 2.3.6 Présence de médecins généralistes par inter-communalités | 13 |
| 3 Le contexte : notre modèle de soins est en cours de transformation | 14 |
| 3.1 Le délitement du modèle traditionnel | 14 |
| 3.1.1 Le numerus clausus | 14 |
| 3.1.2 Les politiques de conventionnement et de remboursement de la Sécurité sociale..... | 14 |
| 3.1.3 La liberté absolue d'installation des médecins | 15 |
| 3.2 La transition sanitaire | 15 |
| 3.3 De nouveaux modes d'organisations de la médecine..... | 16 |
| 3.3.1 L'incitation aux regroupements de médecins libéraux | 16 |
| 3.3.2 Les nouveaux modes de rémunération | 16 |
| 3.3.3 Des instances de coopération territoriale | 17 |
| 3.4 Une marchandisation accrue des soins et l'accroissement des inégalités..... | 18 |
| 3.5 Des collectivités territoriales à l'initiative | 19 |
| 4 Une stratégie gouvernementale basée sur l'appel à l'installation libérale inefficace | 20 |
| 4.1 Les aides financières n'ont pas un impact suffisant..... | 20 |
| 4.1.1 Elles ne prennent pas en compte l'ampleur des besoins | 20 |
| 4.1.2 Elles ne permettent pas le rééquilibrage territorial | 20 |
| 4.2 En 2017, un nouveau calcul pour l'attribution des aides qui pose question | 23 |
| 4.2.1 L'exemple de la Seine-Maritime..... | 25 |
| 4.2.2 Les médecins libéraux, seuls réels interlocuteurs de l'ARS..... | 29 |
| 4.2.3 Quelques réactions..... | 30 |
| 4.3 En 2019, la nouvelle classification de l'ARS n'apporte que quelques correctifs à la marge | 31 |
| 5 Les Centres de santé, un outil pour l'accès aux soins et une organisation d'avenir | 32 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.1 | Les Centres de santé font l'objet d'une définition précise par les textes officiels..... | 32 |
| 5.2 | L'initiative des Centres de santé : à partir des besoins des populations | 33 |
| 5.3 | Les Centres de santé répondent aux attentes des jeunes médecins | 34 |
| 5.4 | Les Centres de santé, mal-aimés des pouvoirs publics mais un outil à défendre..... | 35 |
| 5.4.1 | L'hostilité du secteur libéral | 36 |
| 5.4.2 | Un modèle économique qui suppose des dotations d'équilibre | 36 |
| 5.4.3 | L'ombre du secteur lucratif sur les Centres de santé..... | 38 |
| 5.4.4 | L'occultation des Centres de santé dans le discours public et médiatique..... | 39 |
| 6 | Nos objectifs | 42 |
| 6.1 | Recenser, alerter sur les besoins, mobiliser les citoyens | 43 |
| 6.1.1 | Connaître et faire reconnaître les obstacles à l'accès aux soins | 43 |
| 6.1.2 | Mobiliser les citoyens | 44 |
| 6.1.3 | Un ou plusieurs Centres de santé, comme outils indispensables de santé publique | 44 |

1 INTRODUCTION

La carence de médecins traitants dans la région havraise, et la nécessité d'y faire face, ont suscité la création de notre association. Encouragés par l'exemple d'« Un médecin pour chacun » à Fécamp, dont l'action citoyenne a produit des résultats, nous avons décidé de nous lancer à notre tour.

L'absence de médecins traitants, porte d'entrée du parcours de soins, n'est que la partie émergée du problème. L'accès aux spécialistes pose aussi question. Les inégalités géographiques et sociales restreignent les possibilités d'accès aux praticiens et aux traitements.

Mais l'accès aux soins n'est-il pas à replacer dans une perspective plus vaste d'accès à la santé ?

Les indicateurs de santé, dans notre région, sont inférieurs à la moyenne nationale. La santé doit être abordée de manière globale. Elle suppose un système de soins cohérent, répondant à la fois aux exigences de proximité et d'un haut niveau de prise en charge médicale tout le long de la chaîne hospitalière, dotée de moyens suffisants. D'autre part, elle repose sur un accès garanti pour tous les citoyens à ce qu'on appelle les « soins de ville », ou, en termes plus administratifs, de « soins de premiers recours ». Le médecin traitant en est le pivot. Or, et c'est-là le facteur déclenchant de la création de notre association, cet accès au médecin traitant devient de plus en plus difficile.

Par ailleurs, la santé ce n'est pas seulement ne pas être malade, c'est, selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé, « un état de bien-être physique, mental et social ». L'accès aux soins en est une composante, mais l'attention aux conditions de vie, à l'hygiène personnelle et collective est primordiale.

Il nous semble qu'un Centre de santé public -ou associatif avec une implication politique et financière de collectivités publiques- est un outil incontournable pour promouvoir un accès universel aux conditions de la santé.

2 LE MANQUE DE MÉDECINS DANS LA COMMUNAUTÉ URBAINE LE HAVRE SEINE MÉTROPOLÉ : UNE SITUATION INQUIÉTANTE

2.1 UN DÉSASTRE ANNONCÉ

La question des « déserts médicaux » est désormais bien médiatisée. Elle est le résultat prévisible des politiques des gouvernements successifs qui ont cédé aux exigences corporatistes des principaux syndicats de médecins libéraux :

- numerus clausus inadapté à la démographie de la population et à celle du corps médical ;
- liberté d'installation des médecins sans la moindre régulation ;
- dépassements d'honoraires autorisés pour les spécialistes.

En 2015, l'INSEE écrivait dans une étude intitulée *“Offre de soins de proximité en Haute-Normandie : De nombreux professionnels à remplacer à l'horizon 2022 »*¹

« Pour l'offre de médecins, les flux de renouvellement constatés sur la période récente s'avèreraient largement insuffisants pour couvrir les besoins de remplacement.

*Au plan régional, un solde annuel d'une vingtaine de médecins se dégageait ces dernières années (premières installations, mobilités en cours de carrière) : **un solde quatre fois plus élevé serait nécessaire pour couvrir les besoins de remplacement qui s'annoncent.***

Ce fort déficit touche la quasi-totalité des territoires haut-normands, plus particulièrement ceux de Gisors - Gournay-en Bray, Verneuil-sur-Avre, Evreux, Vernon et Le Havre (en proportion de leurs populations respectives). »

Une autre étude régionale de l'INSEE² révèle pour ces deux départements une situation sanitaire très préoccupante avec une surmortalité générale de près de 8% par rapport à la moyenne nationale (10% chez les hommes et 6% chez les femmes) tous âges confondus et de 16% si l'on considère les Hauts-Normands âgés de moins de 65 ans (concept de mortalité prématurée).

¹ INSEE Analyses n°14 décembre 2015

² Haute Normandie n°114 mars 2012. Les territoires de santé en Haute-Normandie - Situation socio-sanitaire actuelle et perspectives démographiques.

2.2 LE NOMBRE RÉEL DE MÉDECINS TRAITANTS DANS LA COMMUNAUTÉ URBAINE DU HAVRE

Le site AMELI.fr de la Caisse nationale d'assurance maladie annonçait en 2019 158 généralistes pour Le Havre et 62 pour les autres communes, soit en tout 220 pour l'ensemble de la communauté urbaine.

Selon l'INSEE, en 2018, la moyenne en France est de 153 généralistes pour 100 000 habitants, et de 149 pour la Seine-Maritime.

Si l'on prend les chiffres annoncés par le site AMELI.fr, la communauté urbaine disposerait de 80 médecins généralistes pour 100 000 habitants !

Nous avons examiné la liste d'AMELI et avons eu quelques surprises : les médecins généralistes qui assurent le remplacement de plusieurs confrères, voient leur présence comptabilisée pour chaque remplacement ; ceux qui exercent dans plusieurs communes sont également comptabilisés pour chaque commune...

Par ailleurs, des médecins généralistes exercent d'autres fonctions que celles de médecins traitants.

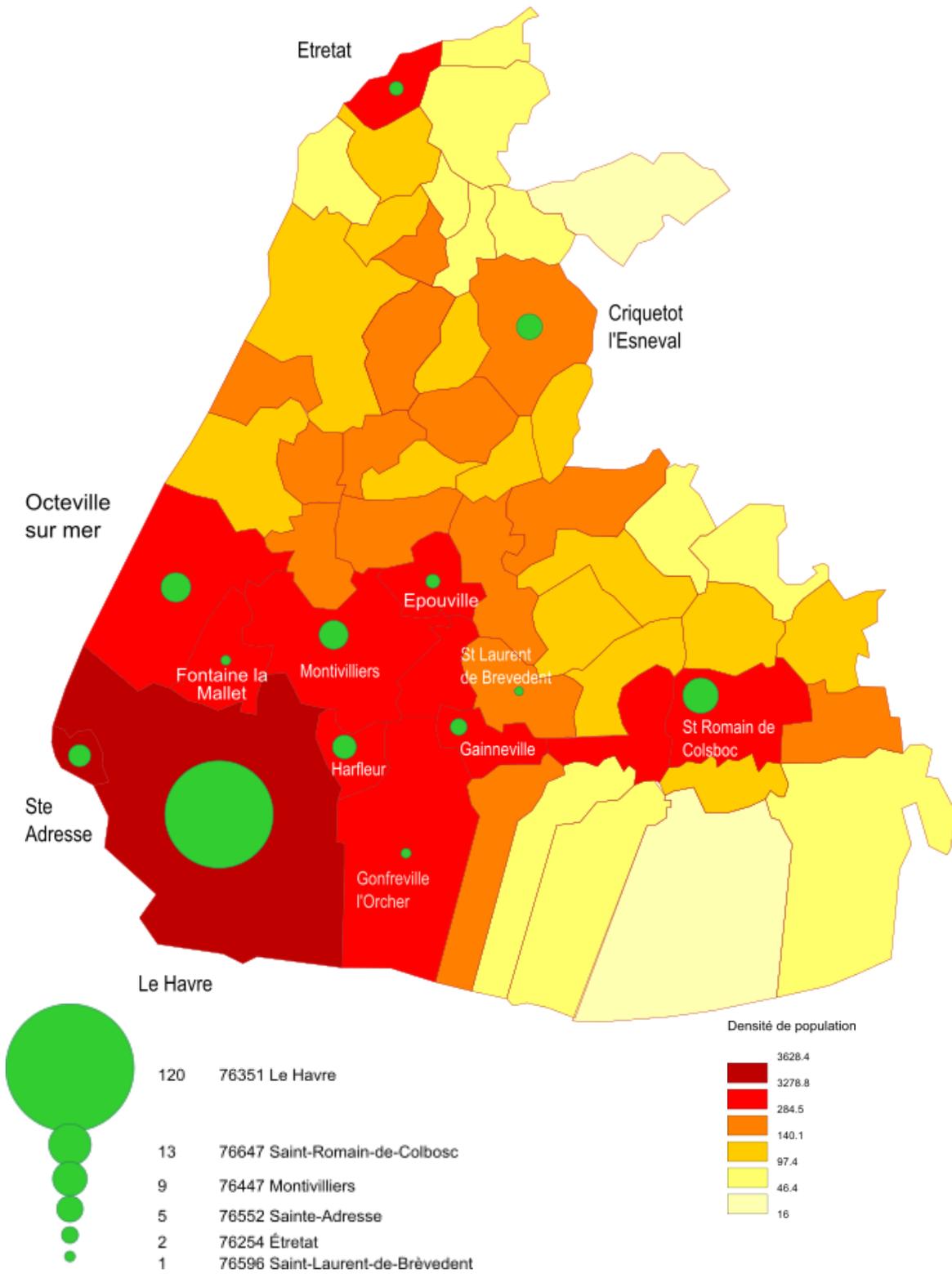
Notre examen des lieux d'exercice ainsi que d'autres informations disponibles pour chaque médecin permettent de ne pas prendre en compte certains d'entre eux. Nous avons d'ailleurs pris des contacts par téléphone pour vérifier nos interrogations.

En effet les médecins exerçant à l'hôpital privé de l'Estuaire ou à la clinique des Ormeaux sont urgentistes. Le généraliste exerçant au Centre de transfusion sanguine n'y exerce pas en tant que médecin traitant. Les médecins « à exercice particulier » ou à « exercice exclusif », comme les allergologues, les angiologues, les acupuncteurs, ne sortent pas de leur compétence spécifique. La plupart ne sont d'ailleurs pas conventionnés en secteur 1 et demandent des dépassements d'honoraires.

Il est à noter que les médecins généralistes formés à l'homéopathie peuvent être médecins traitants mais que certains demandent également des dépassements d'honoraires.

En comptant à 80% les médecins ayant une autre activité que libérale, en ne comptant qu'une seule fois le même médecin, en ne comptabilisant pas les médecins ayant des spécialités et n'exerçant pas en tant que médecins traitants, **nous obtenons en 2019 un total maximum de 120,2 « équivalents temps plein » au Havre et de 57,4 dans les autres communes.** Ce chiffre ne prend pas en compte les temps partiels dont nous n'avons pas la connaissance mais qui réduisent d'autant la capacité des médecins traitants à prendre en charge plus de malades.

Implantation des médecins généralistes dans la communauté urbaine



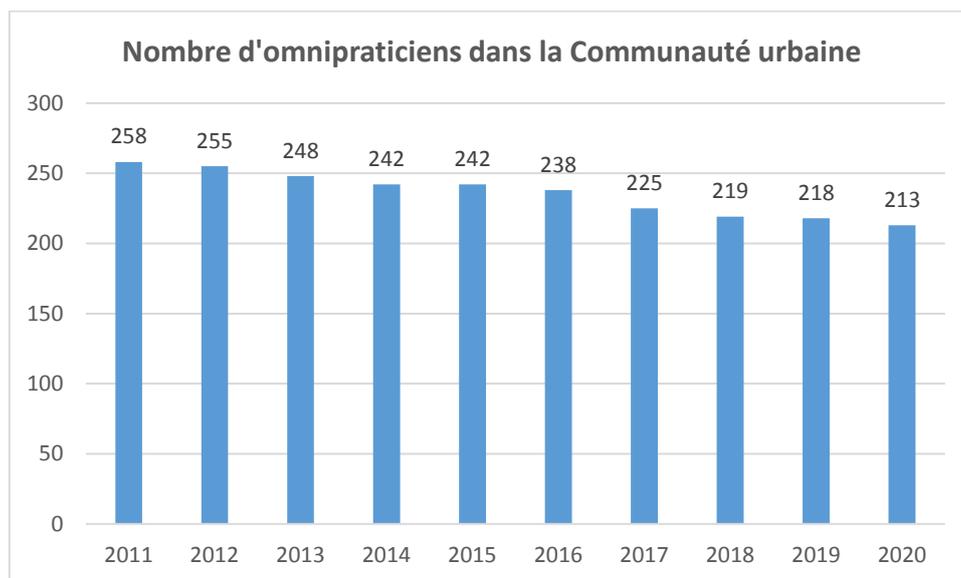
CSPLH+ réalisée avec le logiciel Philcarto

2.3 DÉMOGRAPHIE MÉDICALE : L'URGENCE !

Les données du site Cart@santé, établies à fin 2020, nous permettent de prendre en compte l'évolution de la démographie médicale depuis 10 ans et de s'interroger sur l'avenir.

2.3.1 Une diminution constante du nombre de praticiens

Le nombre de médecins généralistes diminue régulièrement dans la communauté urbaine :



(Source : cart@santé)

2.3.2 L'installation de jeunes médecins ne produit pas un renouvellement des générations ; ceux de plus de 60 ans représentent plus de 40% de l'effectif

On constate depuis 2015 une implantation réelle de jeunes médecins, mais cet afflux n'est pas suffisant pour compenser les départs, ni à fortiori pour combler le déficit pré-existant.

La nouvelle génération de praticiens aspire à mieux concilier vie familiale et vie professionnelle : ils doivent donc être plus nombreux que leurs aînés pour prendre en charge le même nombre de patients.

Par ailleurs, nous assistons depuis 10 ans à une inquiétante diminution des généralistes dans les tranches d'âges intermédiaires.

Tout se passe comme si les médecins atteignant l'âge de la retraite hésitent à cesser leur activité faute de relève.

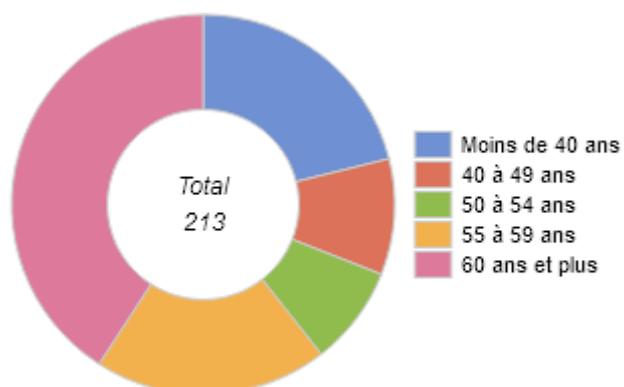
Ce sont ces médecins qui prolongent leur exercice qui sont le dernier rempart avant la catastrophe médicale.

Omnipraticiens par tranches d'âges dans la communauté urbaine

Comparaison entre 2011 et 2020

| | 2011 | | 2020 | |
|-----------------|--------|-------|--------|-------|
| | Nombre | % | Nombre | % |
| Moins de 40 ans | 15 | 5,8 | 45 | 21,1 |
| 40 à 49 ans | 56 | 21,7 | 21 | 9,9 |
| 50 à 54 ans | 59 | 22,9 | 18 | 8,5 |
| 55 à 59 ans | 69 | 26,7 | 42 | 19,7 |
| 60 ans et plus | 59 | 22,9 | 87 | 40,8 |
| Total | 258 | 100,0 | 213 | 100,0 |

Situation en 2020



(Source : cart@santé)

2.3.3 Quelle spécificité de la communauté urbaine Le Havre Seine métropole ?

Selon Cart@santé, la densité de médecins libéraux pour 10.000 habitants y est de 7,9 au 31 décembre 2020, un taux inférieur à celui de la France (8,7).

Les données de Cart@santé ne concernent que les médecins libéraux, elles rendent donc pas compte d'un accès au médecin traitant facilité pour les zones où des Centres de santé sont implantés.

La démographie nationale présente des tendances semblables avec celles de notre communauté urbaine, mais elles sont moins défavorables que pour la région havraise :

Baisse du nombre de médecins généralistes

| | France | CU Le Havre |
|------------------|------------|-------------|
| 2011 | 60 563 | 258 |
| 2020 | 58 392 | 213 |
| Evolution | 96% | 83% |

(Source : cart@santé)

En 10 ans, la France a perdu 4% de médecins généralistes libéraux, la communauté urbaine du Havre 17%.

Profil par tranches d'âge

| | France | | CU Le Havre | |
|--------------------|--------|-------|-------------|-------|
| | 2011 | 2020 | 2011 | 2020 |
| Moins de 40 | 9,9% | 21,5% | 5,8% | 21,1% |
| 40 - 49 | 21,0% | 17,0% | 21,7% | 9,9 % |
| 50 -54 | 20,2% | 10,2% | 22,9% | 8,5% |
| 55 – 60 | 25,7% | 18,9% | 26,7% | 19,7% |
| Plus de 60 | 23,3% | 32,3% | 22,9% | 40,8% |

(Source : cart@santé)

Alors qu'en 2011, la communauté urbaine du Havre avait moins d'installations de jeunes généralistes que l'ensemble de la France, elle se situe au même niveau en 2020.

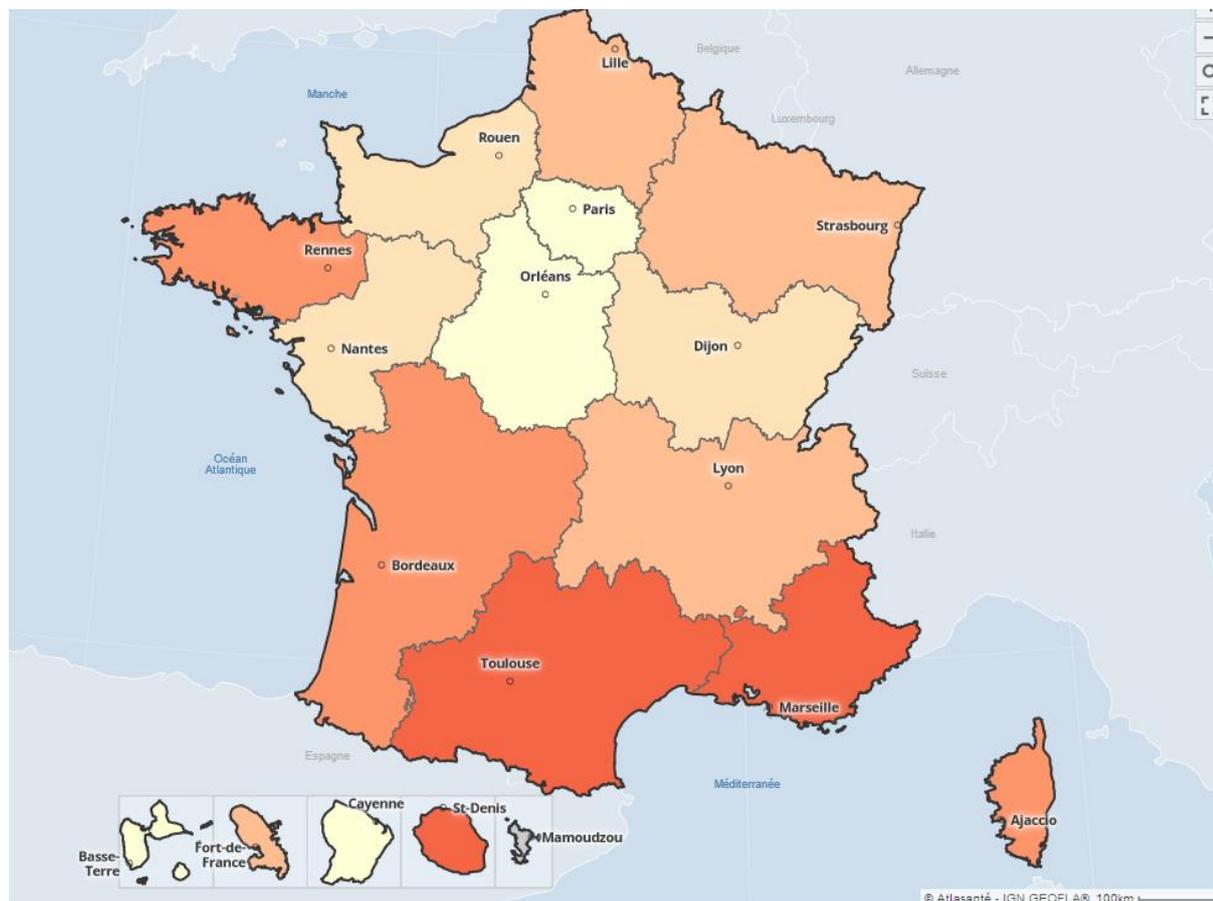
Au niveau national, ce sont également les tranches d'âges intermédiaires qui se creusent, mais à un niveau moindre que pour Le Havre Seine Métropole ; la différence est nette pour les omnipraticiens de 40 à 49 ans.

Notre communauté urbaine attire autant de jeunes médecins que l'ensemble du territoire national, mais sait-elle les fidéliser ?

De fait, la liberté absolue d'installation des médecins a conduit à de profondes disparités territoriales dans l'accès au médecin traitant.

2.3.4 Densité de généralistes par région

(Omnipraticiens libéraux)



La Normandie présente une densité de 8 omnipraticiens libéraux pour 10.000 habitants.

La démographie médicale de la Normandie ne diffère guère de celle de l'ensemble national :

| | Normandie | France |
|-----------------|-----------|--------|
| Moins de 40 ans | 22% | 21,5 % |
| De 40 à 49 ans | 16,9% | 17% |
| De 50 à 54 ans | 10% | 10,2% |
| De 55 à 60 ans | 18,2% | 18,9% |
| Plus de 60 ans | 32,7% | 32,9% |

Mais les inégalités territoriales doivent s'observer à un niveau plus fin.

2.3.5 Inégalités entre départements normands



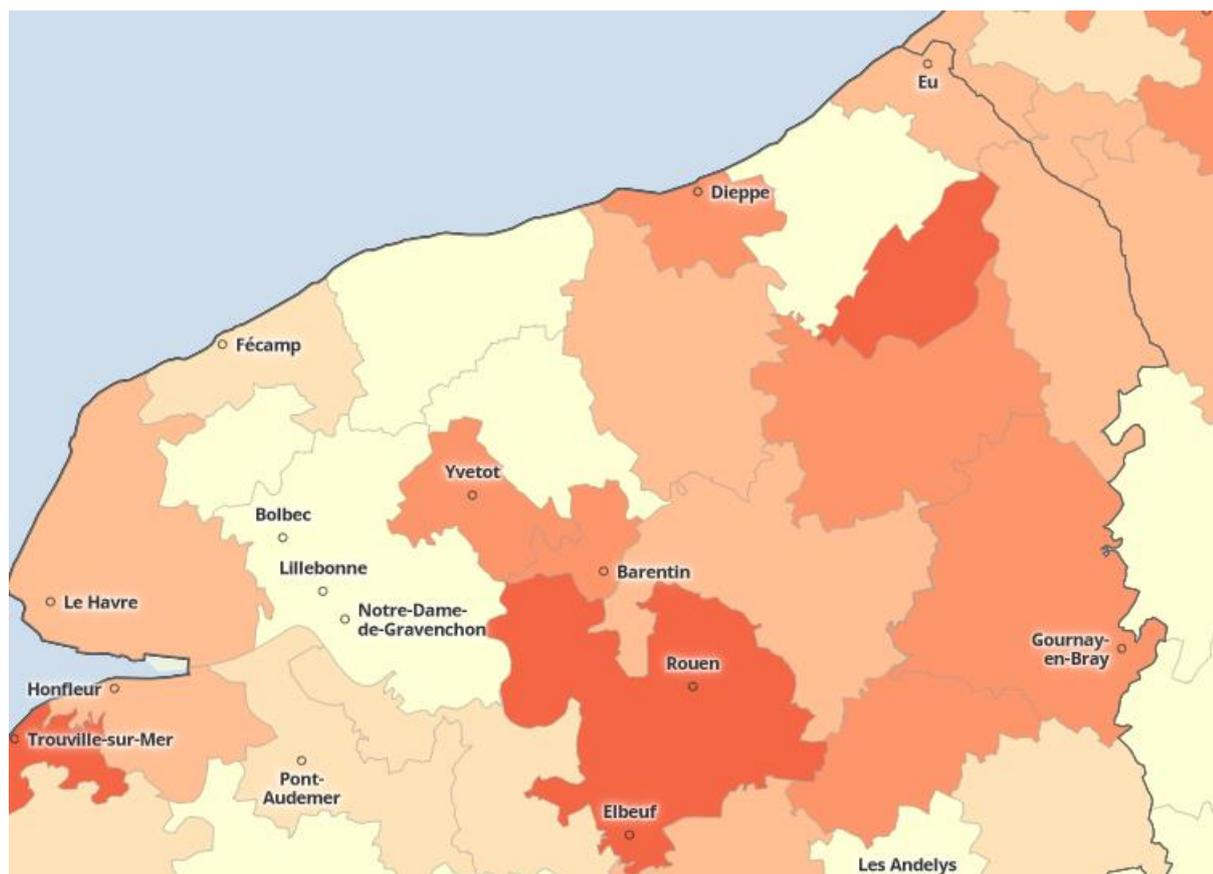
| | Nombre de médecins généralistes pour 10.000 habitants |
|-------------------|---|
| Calvados | 9,5 |
| Seine-Maritime | 8,6 |
| Manche | 7,4 |
| Orne | 6,4 |
| Eure | 6,2 |
| Moyenne nationale | 8,7 |

(Source : cart@santé)

La présence de médecins généraliste en Seine-Maritime est équivalente à la moyenne nationale.

L'approche par inter-communalités révèle cependant de profondes inégalités à l'intérieur du territoire seino-marin.

2.3.6 Présence de médecins généralistes par inter-communalités



| | Nombre de médecins généralistes pour 10.000 habitants |
|--|---|
| CU Le Havre Seine-Métropole | 7,9 |
| CA Fécamp Caux Littoral Agglomération | 6,7 |
| CC Campagne-de-Caux | 4,6 |
| CA Caux Seine Agglo | 5,3 |
| CC de la Côte d'Albâtre | 5,4 |
| CC Plateau de Caux-Doudeville-Yerville | 4,8 |
| CC Yvetot Normandie | 9,1 |
| CC Caux - Austreberthe | 9,1 |
| Métropole Rouen Normandie | 10,1 |
| CC inter-Caux-Vexin | 7,3 |
| CC des 4 rivières | 9,9 |
| CC Communauté Bray-Eawy | 9,5 |
| CC Terroir de Caux | 7,9 |
| CA de la Région Dieppoise | 8,7 |
| CC Falaises du Talou | 3,4 |
| CC de Londinières | 11,4 |
| CC interrégionale Aumale - Blangy-sur-Bresle | 7,4 |
| CC des 4 rivières | 9,9 |
| Moyenne nationale | 8,7 |

(Source : cart@santé)

3 LE CONTEXTE : NOTRE MODÈLE DE SOINS EST EN COURS DE TRANSFORMATION

3.1 LE DÉLÈTEMENT DU MODÈLE TRADITIONNEL

Le système actuel, mis en place après la seconde guerre mondiale, est en train de se renouveler sous nos yeux. Il était fondé sur le « médecin de famille », présent sur tout le territoire, accessible grâce à la Sécurité sociale. Ce médecin de famille travaillait seul dans son cabinet, sur le modèle libéral.

Des décennies de politiques irresponsables sont à l'origine du désastre actuel.

3.1.1 Le numerus clausus

Il a été initié en 1971. Il s'est considérablement durci, en particulier dans les années 1990, et n'a été relevé que dans les années 2000, face à l'extension des déserts médicaux.

Ce numerus clausus est désormais remis en question. Il continue à être défendu par certains médecins libéraux ; mais de plus en plus de voix s'élèvent contre les absurdités qu'il génère.

Selon Dominique Gambier³:

« On ne compte plus alors le nombre d'étudiants recalés au concours qui partent, moyennant finances, faire leurs études de médecine en Roumanie, en Belgique ou en Croatie. Puis reviennent exercer ensuite en France avec l'équivalence des diplômes. Sans compter que le numerus clausus pousse à recruter des étrangers, ce qui dépeuple ces pays de leurs médecins !

Certains, pour contourner le système, reviennent passer, en fin de sixième année, les épreuves classantes nationales. (...) il y a de nombreuses façons de détourner le numerus clausus, dans une économie ouverte.⁴»

Le gouvernement a annoncé la fin du numerus clausus pour 2020. Cela lui permet de répondre aux critiques, mais ne risque-t-on pas de reporter une sélection identique sur « Parcoursup », en substituant à la rigueur d'un concours des critères de sélection beaucoup plus opaques ?

3.1.2 Les politiques de conventionnement et de remboursement de la Sécurité sociale

L'autorisation de dépassement d'honoraires a conduit les médecins spécialistes du secteur 2 à privilégier les zones où ils sont susceptibles de trouver une clientèle aisée. Cette liberté de dépassement d'honoraires a une grande responsabilité dans le renoncement aux soins.

Quant aux médecins généralistes en secteur 1, le taux de remboursement les conduits à privilégier les consultations au détriment des visites à domicile. Pour autant, la médecine générale n'est guère attractive face au secteur 2, particulièrement dans les zones en déclin économique. Paradoxalement, les centres-villes sont aussi concernés : le prix élevé du foncier décourage les installations.

Selon une étude de la DRESS, si le nombre de médecins est globalement stable depuis 2012, le nombre de généralistes a chuté de 5,6 % tandis que le nombre de spécialistes a, lui, augmenté de 6,4 %⁵.

3 Maire de Déville-les-Rouen

4 Déserts médicaux, numéus clausus : On manque de médecins... il faut en former plus ! 31 janvier 2018, blog de Dominique Gambier

5 Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques Marie Anguis, Maxime Bergeat, Jacques Pizarik, Noémie Vergier, Hélène Chaput

3.1.3 La liberté absolue d'installation des médecins

La liberté d'installation des médecins a conduit à de graves distorsions de leur répartition dans l'espace, que ce soit entre régions ou à l'échelle infra-régionale.

Les praticiens du secteur 2, autorisés à pratiquer le dépassement d'honoraires, sont sur-représentés là où les conditions de vie leur apparaissent les plus favorables et où la clientèle est disposée à s'acquitter de tels dépassements.

En 2016, un amendement déposé par une parlementaire, pourtant très modéré, tendant à limiter les nouvelles installations dans les zones déjà bien pourvues, a provoqué une levée de boucliers de la part de syndicats de médecins libéraux et du gouvernement : il a été rejeté.

3.2 LA TRANSITION SANITAIRE

Notre époque est marquée par une modification du profil pathologique des populations.

D'une part nous assistons au phénomène des maladies émergentes, de l'apparition du SIDA au début des années 1980 aux épidémies liées au coronavirus. Elles mettent à l'épreuve nos systèmes de santé et incitent à prendre en compte, à côté des aspects purement médicaux, la question de la prévention et des aspects sociaux qui lui sont liés.

De l'autre, l'amélioration continue au cours du 20ème siècle de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé, a conduit à l'allongement de la durée de la vie... et à l'importance désormais de maladies chroniques : maladies cardio-vasculaires, cancers, maladies respiratoires, diabète, pathologies liées au vieillissement ...) Face à ces pathologies, il s'agit moins de viser la guérison que d'apprendre à « vivre avec » et cela bouleverse le modèle médical traditionnel, qui privilégie le « colloque singulier » entre le médecin et son patient ; ces pathologies chroniques requièrent des prises en charge pluridisciplinaires, entre généralistes, spécialistes, infirmiers, kinésithérapeutes, avec le partage du dossier médical. L'engagement actif du malade dans les processus d'amélioration ou de maintien de sa santé compte tout autant que l'accès aux soins médicaux ou paramédicaux. La prévention, l'éducation sanitaire deviennent des facteurs essentiels. Les conditions de vie, les ressources, le logement, la situation familiale, toutes les contraintes spécifiques de la personne sont à prendre en considération, ainsi que les aspects culturels.

3.3 DE NOUVEAUX MODES D'ORGANISATIONS DE LA MÉDECINE

3.3.1 L'incitation aux regroupements de médecins libéraux

Les politiques actuelles incitent à une certaine transformation de la pratique médicale, tout en privilégiant le statut libéral des médecins.

Différentes formes de regroupements médicaux libéraux sont définis par la loi et figurent dans le Code de la santé publique.

Les Maisons de santé Article L6323-3 – Code de la santé publique

sont constituées par des professionnels de santé. Elles proposent des soins sans hébergement, et peuvent participer à des actions de santé publique, d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Elles ne sont tenues ni à l'obligation de pratiquer le tiers payant ni de respecter le tarif opposable de la Sécurité sociale.

Les Sociétés professionnelles de soins ambulatoires (SISA) définies par la loi n°2011-940 du 10 août 2011 article 1

Elles sont constituées entre professionnels de santé qui mettent en commun des moyens pour faciliter leur activité. Elles ont aussi pour objet l'exercice en commun de fonctions de coopération, de coordination, ou d'éducation thérapeutique...

Les Pôles de santé L. 6323-4 du Code de santé publique

Ils assurent également des soins et peuvent participer à des actions de promotion de la santé publique. Ils sont constitués de professionnels de santé et peuvent s'associer à des partenaires de santé de tout statut.

Par ailleurs, l'Union régionale des médecins libéraux de Basse-Normandie avait créé le concept de « Pôle de santé libéral ambulatoire ». Ce « concept » a servi de support à l'élaboration d'une charte initiée en 2008 par les collectivités régionales et départementales de Basse-Normandie, en collaboration avec l'URML. Elle est désormais étendue à l'ensemble de la Région Normandie, et en sont signataires l'Etat, l'ARS, la Région, les cinq départements et l'ensemble des ordres professionnels.

3.3.2 Les nouveaux modes de rémunération

Le paiement à l'acte n'est adapté ni à la prise en charge des malades ni à la promotion de la santé imposée par la transition épidémiologique.

De nouveaux modes de rémunération ont été initiés par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018. Elle a ouvert la possibilité d'expérimenter la rémunération forfaitaire des structures ambulatoires développant un projet de santé axé sur une coordination pluri-professionnelle autour des patients.

Afin de promouvoir l'innovation en santé, l'article 51 de la LFSS 2018 prévoit la possibilité de mettre en œuvre des expérimentations dérogatoires aux modes de tarification de droit commun pour permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social.

Dans tous les cas, elle doit avoir constitué une équipe dédiée aux soins de santé primaires et avoir élaboré un projet validé par l'ARS. Le dossier, transmis par l'intermédiaire de la CPAM, est examiné par l'ARS et la DCGDR (Direction de la coordination et de la gestion du risque) et en cas d'avis favorable, le contrat est signé pour 5 ans. Ces nouvelles organisations doivent contribuer à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.

Ce dispositif s'adresse à tous les porteurs de projet, sans aucune restriction. Les associations d'usagers, les établissements de santé (publics ou privés), les fédérations et syndicats, les professionnels de santé, les startups, les professionnels de l'aide à domicile, les organismes complémentaires et les collectivités territoriales peuvent proposer des projets spontanément. Le montant versé dépend de la taille de la patientèle et des engagements pris par la structure de santé.

3.3.3 Des instances de coopération territoriale

3.3.3.1 *Les Communautés pluri-professionnelles territoriales de santé (CPTS)*

Créées par la loi du 26 janvier 2016, elles sont l'association de professionnels de santé du premier et du second recours, et d'acteurs sociaux et médico-sociaux, sur la base d'un projet de santé, pour une meilleure organisation des parcours des patients. Elles doivent aussi permettre d'améliorer l'exercice des professionnels de santé de ville : médecins, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes, pédicures-podologues, sages-femmes ou encore orthoptistes, qu'ils exercent en libéral, sous statut salarié en dehors de l'hôpital, ou sous un statut mixte.

La CPTS est l'organisation de référence des parcours ambulatoires.

Le dimensionnement territorial, ainsi que l'organisation et la gouvernance des CPTS sont laissés à l'initiative des porteurs de projets et des professionnels de santé.

Les CPTS sont financés par la CNAM.

Dans la région havraise, la communauté professionnelle territoriale de santé est portée par l'association Sextant 76 qui est une communauté de professionnels libéraux (médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, sages-femmes, IDE ...)

Les communes concernées sont Le Havre, Sainte-Adresse, Octeville, Fontenay, Epouville, Montivilliers, Fontaine-La-Mallet, Harfleur et Gonfreville-L'Orcher.

Elle s'est fixée ses objectifs :

- Améliorer l'accès aux soins : téléconsultation, aider à l'accès au médecin traitant....
- Favoriser l'accès au parcours pluri-professionnel des patients : amélioration de la communication entre professionnels, plate-forme de rendez-vous, imagerie
- Développer des actions de prévention

- Accompagner les professionnels de santé : création de Maisons de santé professionnelles, accueil des internes...

3.3.3.2 *Une instance de coordination autour de prises en charges individuelles*

La coordination des professionnels autour de la prise en charge des situations complexes était assurée par différents dispositifs (Plate-forme territoriale d'appui, MAIA pour les personnes âgées, le réseau de soins palliatifs Respect...).

La loi de santé de 2019 a prévu le regroupement des réseaux déjà existants pour créer un guichet unique dédié à la coordination des parcours complexes quels que soient l'âge et la pathologie : le Dispositif d'appui à la Coordination (DAC).

Cette mise en place est sous le contrôle de l'Agence régionale de santé avec une mise en place effective au 26 juillet 2022.

Le territoire de la Seine-Maritime compte trois DAC ; Le Havre, Fécamp, Lillebonne, Bolbec, sont regroupés dans le même DAC dont l'implantation est au Havre dans le Pôle Santé de la Mare-Rouge rue Florimond Laurent.

En avril 2021, la PTA Océane, les MAIA du Havre et de Fécamp et le Réseau de soins palliatifs Respect sont en discussion pour fusionner dans ce DAC. La fusion d'organismes différents est une question complexe, dont la moindre n'est pas la culture propre de chacun : s'agit-il de gérer des cas ou d'accompagner une recherche de solutions dans les cas difficiles, en tenant compte de l'avis de toutes les parties impliquées ?

3.4 UNE MARCHANDISATION ACCRUE DES SOINS ET L'ACCROISSEMENT DES INÉGALITÉS

L'accès aux soins est de plus en plus une source de profit. Le SRAS COV-2 met bien en évidence chaque jour à quel point la recherche de maximisation du profit entre en contradiction avec la santé publique et l'accès universel aux conditions de la santé. Les suppressions de lits, fermetures de service... de l'hôpital public deviennent intolérables.

Les exonérations de cotisations sociales aux entreprises se traduisent par une augmentation des « restes à charges » pour les patients, et le renoncement aux soins devient un phénomène massif pour les citoyens aux ressources modestes. A ces inégalités liées aux revenus, s'ajoutent (et souvent se conjuguent) des inégalités territoriales : à côté d'espaces bien pourvus en structures de soins et installation de professionnels, s'étendent des « déserts médicaux » dont l'existence a fini par être médiatisée.

Mais il faut souligner également que la marchandisation des soins entre en concurrence avec la santé publique par d'autres aspects. La marchandisation conduit à privilégier les actes et les produits curatifs, qui peuvent se vendre (et parfois fort cher, pour rentabiliser les brevets qui leur sont liés), sur la prévention, pourtant essentielle pour la préservation de la santé.

De puissants intérêts financiers s'intéressent au secteur de la santé, et pas seulement « Big pharma », les multinationales du médicament. La propriété des établissements de santé peut s'avérer très rentable. Les intérêts financiers visent aussi celle des laboratoires, au détriment des biologistes. Quand des fonds d'investissements s'implantent dans des déserts médicaux, on peut douter des motivations sociales affichées : le Conseil national professionnels d'ophtalmologie dénonce des « facturations hautement critiquables » qui pourraient entraîner une envolée de 245%

des remboursements, selon un rapport interne à l'Assurance-maladie. On peut au moins mettre en cause l'absence de mobilisation des pouvoirs publics sur ces abus ; il est vrai que ces centres assurent une réponse minimale aux besoins de la population jusqu'alors privée de la présence de professionnels.

Il ne s'agit pas tant de mettre en cause l'exercice de la médecine libérale que de s'assurer qu'elle peut prendre sa place dans une organisation sanitaire rationnelle, proposant au meilleur coût la possibilité d'offrir à tous les citoyens l'accès à des soins de qualité et à une prévention individuelle et collective.

Il s'agit également, pour les pouvoirs publics, de prendre l'initiative de mettre en place les structures nécessaires quand le secteur libéral ne peut répondre à toutes les attentes.

3.5 DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES À L'INITIATIVE

De plus en plus de collectivités territoriales prennent l'initiative de mettre en place des Centres de santé, en salariant des médecins pour faire face aux déficits médicaux de leur circonscription. Le département de la Saône et Loire a joué un rôle de pionnier en la matière. D'autres implantations ont vu le jour un peu partout en France, avec près de nous l'exemple de Fécamp, mais aussi Dieppe, où le Centre de santé est rattaché au Centre Hospitalier.

L'Association des petites villes de France vient de publier « Pour une offre de soins de qualité et de proximité dans les territoires » : elle préconise de s'appuyer sur les collectivités locales pour faciliter les coopérations et développer l'offre de soins, notamment en leur permettant de recruter des médecins dans le cadre de la gestion de Centres de santé et demandent au gouvernement de mettre en place des dispositifs incitatifs au salariat des médecins généralistes.

Or ce n'est pas la stratégie actuelle de l'Etat, via les Agences régionales de santé : les dispositifs actuellement en vigueur reposent sur des incitations à l'installation de l'offre libérale.

Pourtant, si le mouvement d'implantation des Centres de santé s'amplifie, malgré son peu de visibilité, malgré l'absence actuelle d'encouragement, c'est bien que la stratégie d'incitation à l'offre libérale ne fonctionne pas.

4 UNE STRATÉGIE GOUVERNEMENTALE BASÉE SUR L'APPEL À L'INSTALLATION LIBÉRALE INEFFICACE

4.1 LES AIDES FINANCIÈRES N'ONT PAS UN IMPACT SUFFISANT

Les plans de lutte contre les déserts médicaux qui se sont succédés jusqu'à présent ont consisté à accorder des aides financières aux praticiens qui choisissaient de s'installer dans des zones jugées déficitaires.

4.1.1 Elles ne prennent pas en compte l'ampleur des besoins

L'inégale répartition des médecins sur le territoire n'est qu'une facette de la crise de notre modèle de santé. Celle-ci est générale et le renoncement aux soins peut toucher toutes les zones.

Notons d'ailleurs que lorsque l'ARS utilise le terme « prioritaires » pour qualifier certaines zones, il s'agit en fait de territoires « sélectionnés », les autres zones ne sont pas concernées par un échelonnement dans le temps de l'attribution des aides ; elles en sont exclues dans l'état actuel du classement. Dans des départements comme la Seine-Maritime ou l'Eure, les besoins sont très généralisés et les aides très ponctuelles.

4.1.2 Elles ne permettent pas le rééquilibrage territorial

Autre constat, les incitations financières à l'installation de nouveaux médecins dans les territoires déficitaires ne suffisent pas à produire le résultat attendu.

La majoration de 20 % des honoraires des médecins généralistes libéraux dans ces zones, mise en place en 2007, n'aurait, selon la Cour des comptes, permis qu'un apport de 50 médecins entre 2007 et 2010.

Quel que soit le rôle joué par cette mesure pour maintenir le nombre de médecins sur place ou tout au moins freiner leur départ, l'incitation financière n'apparaît pas comme un moyen suffisant de rééquilibrage de la présence médicale sur le territoire.

Si nous reprenons l'exemple de la Seine-Maritime, les tentatives des communes, telle que relatées par la presse régionale pour attirer le ou les successeurs du médecin parti à la retraite s'avèrent très hasardeuses. Les facilités offertes aux praticiens qui viendraient s'installer sur leur territoire pèsent peu au regard de la rentabilité espérée sur le long terme de leur choix d'installation.

4.1.2.1 *Peu de projets aboutissent*

Toujours à lire la presse locale, on a l'impression que beaucoup de projets peinent à trouver leur aboutissement. La création de Maisons de santé ressemble à un parcours semé d'embûches. Les délais entre le projet initial et l'ouverture réelle au public sont très longs.

Il faut d'abord que des professionnels veuillent s'installer dans la commune, se réunissent et écrivent le projet de santé que la Maison de santé doit mettre en œuvre.

Il faut ensuite trouver les locaux ou le terrain à construire adéquats, réunir un consensus suffisant entre les communes qui doivent être desservies par l'équipement, réunir le financement...

Chacune de ces conditions représente un des écueils qui bloquent, ici ou là, l'avancée de projets.

Plusieurs petits bourgs aimeraient bien se lancer dans la course pour abriter la Maison de santé qui attirerait la patientèle de ses alentours mais les réalisations effectives s'avèrent peu nombreuses.

4.1.2.2 *Le jeu de « chaises médicales »*

Les Maisons de santé ne représentent pas toujours un apport de médecins supplémentaires sur le territoire.

La Maison médicale intercommunale de Criquetot l'Esneval, projet soutenu par le département, a attiré la quasi-totalité des médecins du canton (dont beaucoup sont proches de la retraite) qui en ont délaissé leur cabinet.

Moins d'un an après son inauguration en 2016, la Maison médicale est à saturation et n'accepte plus de nouveaux patients. Les promesses d'organiser des permanences à l'extérieur de la commune n'ont jamais été honorées.

Les habitants sans moyens de locomotion n'ont plus de médecin référent.

La situation avait pourtant été anticipée, notamment par la municipalité d'Etretat. Depuis cinq ans, elle « alerte l'intercommunalité face au risque de désertification médicale généré par les conséquences du regroupement⁶ ». En vain. Résultat : plusieurs médecins ayant un cabinet au Havre assurent des vacations à temps partiel.

4.1.2.3 *Une tendance à la concentration médicale ?*

Il semble par ailleurs que les Maisons de santé déjà ouvertes au public ou qui doivent l'être prochainement seraient plutôt des établissements de taille respectable. Prenons deux exemples en Seine-Maritime, l'un sur fonds publics et l'autre sur fonds privés.

- La Maison de santé de Blangy-sur-Bresle

La Maison de santé pluridisciplinaire de Blangy-sur-Bresle est en fonction depuis le 1er février 2018. Sur plus de 1000 m², les locaux sont aménagés pour recevoir six généralistes, deux spécialistes, et pour offrir des espaces dédiés aux soins infirmiers, à l'exercice dentaire et à la médecine du travail. L'équipement est situé dans le quartier de la gare, des aménagements routiers ont été réalisés afin d'en faciliter l'accès.

Le coût de cette construction de 2,6 M€ est supporté à hauteur de 30% par la Communauté de communes Blangy-Aumale. L'Etat, le département, la Région et des fonds européens ont apporté les 70% qui restaient à réunir.

- La Maison de santé pluridisciplinaire d'Yvetot

Un Pôle de santé se constitue à Yvetot. Il comprend déjà une clinique ambulatoire et un cabinet de radiologie. Les fonds pour la construction sont essentiellement d'origine privée :

« Au total, il y a trente-sept parts d'actions réparties entre vingt-deux actionnaires. La Clinique de l'Europe est le principal actionnaire de cette SCI, composée exclusivement de professionnels de

⁶ Pas de médecins mais des idées à Etretat Paris Normandie le 14 février 2018

santé. Au niveau de la SCI, nous avons contracté un emprunt de 3,5 M€ sur vingt ans. Et les actionnaires ont apporté 1 M€ sur le compte courant avec des prêts personnels⁷»

Les 4,5 M€ doivent permettre la construction d'un bâtiment de 2500 m², pour accueillir une quarantaine de professionnels, dont huit généralistes, quatre cardiologues, deux rhumatologues, deux sophrologues, un pédiatre, une psychomotricienne.

La taille de ces regroupements suppose de desservir une patientèle suffisante et donc une aire géographique étendue.

Elle suit une logique économique d'entreprise en permettant des économies d'échelle sur les frais généraux. Mais, globalement, pour consulter son médecin, il vaut mieux disposer d'un véhicule et être suffisamment en bonne santé pour le conduire.

⁷ Premiers coups de pioche pour la maison médicale d'Yvetot Paris Normandie le 31 juillet 2017

4.2 EN 2017, UN NOUVEAU CALCUL POUR L'ATTRIBUTION DES AIDES QUI POSE QUESTION

En 2017, un nouveau zonage a été établi qui détermine les « zones d'action prioritaires », qui sont éligibles aux aides les plus importantes, et les « zones d'action complémentaires » qui sont susceptibles d'en bénéficier dans une moindre mesure.

Il remplace celui datant de 2014, basé sur le nombre de généralistes pour 100.000 habitants à l'intérieur de « bassins de vie »

En 2017, les Agences régionales de santé (ARS) soumettent à la concertation leurs propositions de zonage des territoires pouvant bénéficier des aides à l'installation, en complément du zonage national et dans les limites autorisées par le gouvernement : 18% de la population nationale, mais ce taux est variable selon les régions.

Le gouvernement a décidé de réserver les moyens conventionnels de l'Assurance maladie, de l'Etat, des collectivités locales pour financer l'installation et le maintien des médecins dans ces territoires. Ce sont des dizaines de milliers d'euros par an qui seront alloués par médecin.

En découvrant ce nouveau zonage, la Fédération nationale des Centres de santé (FNCS) réagit par un communiqué le 2 août 2017 : « Un zonage qui renforce les inégalités de santé ».

En effet : selon le gouvernement, « sont prioritaires pour l'Île de France : Versailles, Viroflay, Saint Germain en Laye, La Celle Saint Cloud, Engghien, Bièvres, Garches, Saint Cloud, Meudon, Sèvres, Boulogne...

Autant de communes qui sont obligatoirement prioritaires et dont les médecins de premier recours, nombreux en secteur 2, bénéficieront de toutes les aides à l'installation et au maintien !

RIEN en Seine Saint Denis, département sinistré où la population est très précaire, RIEN dans la moitié Nord des Hauts de Seine.

Une aggravation des inégalités territoriales de santé ! »(...)

« Recevoir des milliers d'euros pour exercer à Versailles ou Meudon et ne rien avoir pour le faire à Clichy-Sous-Bois, Aubervilliers ou Stains, le choix sera cornélien... »

Le 2 octobre, la FNCS, l'UNIOPSS et ses adhérents publient un communiqué : « Les territoires défavorisés, grands oubliés de la politique de lutte contre les déserts médicaux : un comble ! » et demandent fermement au gouvernement de revoir ses critères d'attribution.

Comment sont déterminées les communes où les médecins bénéficieront d'une aide à l'installation ?

Le critère qui en principe détermine l'affectation des aides est l'accessibilité potentielle localisée des professionnels de santé (APL).

« Centré sur la consommation de soins et la distance routière pour accéder aux soins, il aboutit à sélectionner les villes les plus riches et dont les indicateurs de santé et de vie sont les meilleurs. Dans le même temps, il exclut des villes dont les indicateurs de santé et de vie y sont les plus mauvais de la région, mais qui ont la « chance » d'être traversées d'autoroutes. Brillante logique de statisticiens : l'accès à un médecin est possible en un quart d'heure... en poussette par l'A86 ! »(...)

« Aucun indicateur sanitaire ou social n'a été utilisé pour permettre une allocation asymétrique des dotations permettant de réduire les inégalités sociales de santé qui se sont accrues entre territoires riches et pauvres en Régions. »

« Par ailleurs, cet indicateur ne prend pas en compte l'activité des spécialistes d'accès direct comme les gynécologues, les pédiatres et les psychiatres, pratiquement absents des territoires défavorisés et dont l'activité incombe intégralement aux médecins généralistes. »

Cet indicateur, l'Accessibilité potentielle localisée (APL), a été utilisé par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) pour parvenir à cette définition des zones prioritaires.

Sa construction sophistiquée n'en fait pas un outil démocratique, vérifiable par tous. L'ensemble des citoyens n'a pas accès aux données qui permettent de donner une valeur, ou de pondérer les différents paramètres et de vérifier le calcul.

Qu'on en juge⁸:

1. Mode de calcul

L'indicateur d'accessibilité potentielle se calcule en deux étapes.

Étape 1 : Identification des zones de patientèle et calcul de densités

Dans un premier temps, on définit une zone de patientèle autour des médecins implantés dans une même commune. On détermine ainsi pour chaque commune j d'implantation de médecins, l'ensemble des communes i accessibles avec un déplacement dont la distance est inférieure à un seuil de référence d_0 . On calcule ainsi un ratio R_j qui rapporte l'offre de médecins en j à la population située dans une aire d'attraction de rayon d_0 centrée sur la commune j (zone de patientèle).

$$R_j = \frac{m_j}{\sum_{i \in A_j} p_i * w(d_{ij})}$$

Où :

- m_j mesure l'offre de médecins dans la commune j
- p_i mesure le nombre d'habitants des communes i situées une distance de j inférieure à d_0
- d_{ij} est la distance entre la commune i et la commune j
- $w(d_{ij})$ est la pondération relative à la distance.

Étape 2 : Identification des zones de recours et somme des densités calculées dans la première étape

Dans un second temps, on définit pour chaque commune i , l'ensemble des communes j de médecins accessibles sous une distance d_0 (zone de recours). Puis on somme les ratios correspondants en les pondérant par la distance. Le résultat ainsi obtenu représente l'accessibilité potentielle localisée APL_i aux médecins généralistes libéraux pour la population située en i .

$$APL_i = \sum_{j \in A_i} w(d_{ij}) R_j$$

Cet APL est présentée comme plus fiable que les indicateurs antérieurs car il prend en compte un niveau géographique plus fin et davantage de variables :

« Calculé à l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aura tendance à masquer. L'APL tient également compte du niveau d'activité des

8 DRESS L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux Etudes et résultats n° 795 mars 2012 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er795.pdf> ³ DRESS, étude citée

professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins. »

A priori, cet argument se tient, mais au final la pertinence de cet indicateur doit être confrontée aux résultats que son usage produit. Nous pourrions voir ce qu'il en est à propos de la Seine-Maritime.

Enfin, le défaut majeur de cet indicateur n'est-il pas déjà dans son appellation : Accessibilité potentielle localisée ? Rien n'oblige un médecin libéral à répartir équitablement son activité entre tous les patients compris dans sa zone définie par un « *recours dégressif avec la distance entre 0 et 20 minutes.* » (de voiture).

Or, même dans les zones qui ne sont pas à priori les plus dépourvues de praticiens, nous sommes confrontés à cette situation : les médecins, généralistes et spécialistes, refusent de prendre de nouveaux patients lorsqu'ils estiment être arrivés à saturation.

4.2.1 L'exemple de la Seine-Maritime

L'étude de la situation en Seine-Maritime est très révélatrice de la politique menée et des effets qu'elle risque d'induire en matière d'aggravation de la désertification médicale, en contradiction avec les objectifs affichés du nouveau zonage.

4.2.1.1 *Entre 2014 et 2017, les modifications importantes de l'évaluation officielle de la densité médicale interrogent*

L'arrêté du 29 décembre 2017 de l'ARS de Normandie désigne les communes qui sont considérées comme « zone d'intervention prioritaire » et celles qui entrent dans la catégorie « zone d'action complémentaire » ; une carte intitulée « zonage conventionnel médecins Normandie 2017 est alors publiée sur le site de l'ARS⁹.

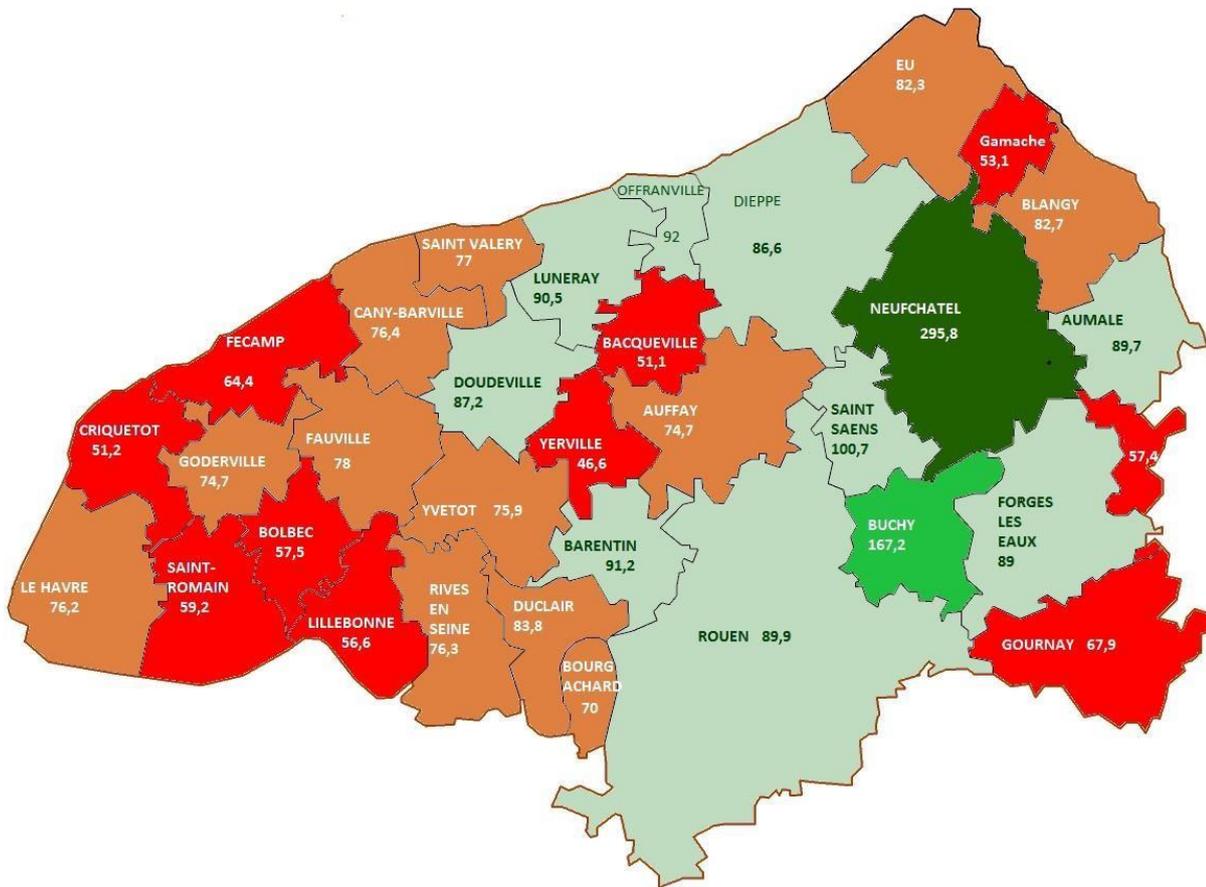
En fait, il est difficile de faire le lien entre cette carte de l'accessibilité potentielle localisée et celle des communes éligibles aux aides pour lutter contre la désertification médicale 2017, établie par l'ARS de Normandie.

On peut remarquer d'emblée :

- que les zones d'actions prioritaires sont peu nombreuses ; elles appartiennent toutes à la sélection régionale ;
- que les zones sont très regroupées, malgré un nouvel indicateur calculé au niveau communal, supposé de mieux mettre en évidence les disparités dans l'offre d'accès aux soins que les indices de densité calculés sur des mailles plus larges. En fait, on s'aperçoit que les "zones d'action prioritaire" correspondent peu ou prou "aux bassins de vie" des densités médicales de la version 2014 ;
- que la commune de Gonfreville-l'Orcher, pourtant entourée de "zones d'action complémentaire", n'est éligible à aucune forme d'aide.

⁹ <https://www.normandie.ars.sante.fr/lagence-regionale-de-sante-de-normandie-arrete-le-nouveautionage-medecin>

Densité médicale par bassin de vie – 2014



| | |
|--|--|
| | Fort déficit médical : de 46 à 67 médecins pour 100.000 h |
| | Nombre de médecins inférieur à la moyenne nationale : de 70 à 83 pour 100.000 h |
| | Nombre de médecins un peu supérieur de la moyenne nationale : de 86 à 100 pour 100.000 h |
| | Nombre de médecins supérieur à la moyenne nationale : 167 pour 100.000 h |
| | Nombre de médecins très supérieur à la moyenne nationale : 295 pour 100.000 h |

La densité de médecins généralistes libéraux hors MEP (médecins à exercice particulier : acuponcteurs, homéopathes...) est ici le rapport entre le nombre de médecins généralistes libéraux recensés et le nombre d'habitants sur un territoire donné (au dernier recensement). Le chiffre est donné pour 100 000 habitants. La moyenne nationale est de 83,9.

On peut constater que ne sont pas considérées comme prioritaires en 2017 des zones présentant en 2014 un fort déficit de présence de médecins généralistes :

| zone | Nombre de médecins pour 100 000 habitants |
|-------------------------|---|
| Yerville | 46,6 |
| Bacqueville | 51,1 |
| Gamache | 53,1 |
| Formerie | 57,4 |
| Bolbec | 57,5 |
| Saint-Romain de Colbosc | 59,2 |
| Fécamp | 64,4 |
| Gournay en Bray | 67,9 |

Dans les autres zones inférieures à la moyenne nationale, ne sont pas non plus pris en compte :

| zone | Nombre de médecins pour 100 000 habitants |
|-------------------|---|
| Le Havre | 70 |
| Auffay | 74,7 |
| Yvetot | 75,9 |
| Fauville en Caux | 78 |
| Blangy sur Bresle | 82,7 |
| Duclair | 83,8 |

En revanche, le bassin de vie d'Aumale dont le taux en 2014 de 89,7, supérieur à la moyenne nationale est intégralement classé zone prioritaire. Les départs en retraite des médecins qui ne trouvent pas de successeur se rencontrent partout et il est possible que l'insuffisance de médecins sur ce territoire soit réelle ; mais il est difficile en revanche de croire que la situation se serait à ce point améliorée sur l'ensemble des autres territoires précités, au point d'inverser l'ordre des priorités...

4.2.2 Les médecins libéraux, seuls réels interlocuteurs de l'ARS

On peut s'interroger sur l'efficacité de l'indicateur « Accessibilité potentielle localisée » (APL) qui servirait à déterminer l'accès aux aides de la Sécurité sociale et des collectivités territoriales. Si tant est que cet indicateur ait été pris en compte de façon impartiale....

L'arrêté de l'ARS précise : « *Vu la concertation avec les représentants de l'union régionale des professions de santé concernant les médecins dite Union Régionale des Médecins Libéraux de Normandie et avec les représentants des Conseils Départementaux des Ordres des Médecins ;*

Vu l'avis de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie en date du 21 décembre 2017»

L'ARS n'a donc traité qu'avec les seuls médecins libéraux et le Conseil de l'Ordre : « *Ces 12 derniers mois, l'ARS a animé un travail d'analyse, de concertation et d'échange avec ses partenaires (Union régionale des médecins libéraux (URML), les conseils de l'ordre départementaux des médecins) afin d'établir un diagnostic et des critères partagés pour déterminer les zones prioritaires.*»¹¹

L'Union régionale des médecins libéraux évoque elle-même son rôle déterminant dans la presse :

*« L'URML a planché, avec l'ARS, au zonage de pôles de santé libéraux ambulatoire. On veut savoir où il y a une problématique d'offre de soins. Nous nous basons sur différents critères liés aux médecins généralistes. Ce n'est pas un pourcentage de population qui est ciblée mais toutes les zones qui ont cette problématique. C'est comme cela que nous souhaitons travailler. »*¹²

C'est clair : les représentants de la population n'ont pas participé à ces négociations ; l'intérêt des seuls médecins libéraux a été pris en compte. On ne s'étonne plus alors des aberrations du nouveau zonage. Différents projets de Maisons médicales s'achèvent ou sont en cours en Seine-Maritime, et le zonage offre le moyen de faire bénéficier de la manne publique certaines de ces nouvelles implantations. Le choix des médecins libéraux n'est certes pas de s'installer dans des zones déjà saturées, mais cependant là où ils pourront se créer leur clientèle dans les conditions les plus favorables, et pas obligatoirement dans les zones les plus déficitaires !

L'examen de la situation en Seine-Maritime rejoint les observations de la Fédération des Centres de santé « *Un zonage qui renforce les inégalités sociales de santé* ». Le recours à « l'accessibilité potentielle localisée » n'a rien des qualités d'indicateur objectif qu'on lui attribue. Il semble surtout servir de support à un discours élaboré qui masque un véritable tour de passe-passe par rapport à l'ancien zonage, pour dissimuler la promotion des intérêts particuliers de médecins libéraux au détriment de l'intérêt public.

11 Site de l'ARS Normandie <https://www.normandie.ars.sante.fr/lagence-regionale-de-sante-denormandiearrete-le-nouveau-zonage-medecin>

12 Normandie : comment lutter contre les déserts médicaux ? Paris Normandie, le 7 février 2018

4.2.3 Quelques réactions

A Fécamp, un collectif citoyen « Un médecin pour chacun » s'est créé. Il faut dire que sur le territoire Fécamp-Valmont, la moitié des médecins de ville est partie en retraite entre 2010 et 2014, et que les départs vont continuer durant les années qui viennent. Un Centre de santé intercommunal répond partiellement aux besoins ; il subsiste des problèmes d'éloignement pour les communes environnantes et il manque des spécialistes. La maire de Fécamp a déposé « *un recours gracieux auprès de la directrice de l'ARS, le recours hiérarchique auprès de la ministre de tutelle et le recours administratif sur la façon dont a été pris l'arrêté de classement*¹³ ».

Madame la maire a confié à la presse une réflexion très révélatrice « *J'ose espérer que l'agglomération de Fécamp, qui a perdu son statut de zone médicale déficitaire, n'a pas été sanctionnée par l'ARS (Agence régionale de santé) à cause de sa Maison médicale intercommunale.*¹⁴ ». Il s'agit en fait du Centre de santé intercommunal, qui salarie trois médecins. Faute impardonnable aux yeux des plus réactionnaires syndicats de médecins libéraux ! Par derrière cette remarque, on imagine facilement les pressions et les mises en garde...

Des élus locaux ont tenté de s'introduire dans le dialogue entre l'ARS et l'Union régionale des médecins libéraux, comme à Offranville ; la maire a fait des démarches auprès de l'ARS pour qu'elle « *inscrive Offranville parmi les zones déficitaires, ce qui inciterait les médecins à s'installer dans la commune.* »¹⁵

Selon le maire d'Yport : « *Pour créer ce tissu médical, il faut se battre, communiquer énormément, vendre ses propositions, son territoire, taper à toutes les portes que ce soit auprès de l'ARS (Agence régionale de santé) ou l'association des maires...* »¹⁶

D'autres élus s'expriment dans la presse, comme le maire de Bolbec, qui s'interroge sur le déclassement de la zone de Bolbec, en la comparant avec celle voisine de Lillebonne : « *nous sommes ici sur une population de 10 385 habitants et donc un taux de quasiment 11 médecins pour 10 000 habitants. Nous passons quasiment du simple au double avec, aux yeux de l'ARS, une problématique sur Lillebonne et non pas Bolbec. J'essaie de comprendre... En vain !* »¹⁷

13 Fécamp : tous mobilisés pour la santé Paris Normandie 9 mars 2018

14 Santé : le déclassement de Fécamp, une décision hallucinante

15 La maison médicale fait débat au conseil municipal d'Offranville Paris Normandie 1^{er} janvier 2018

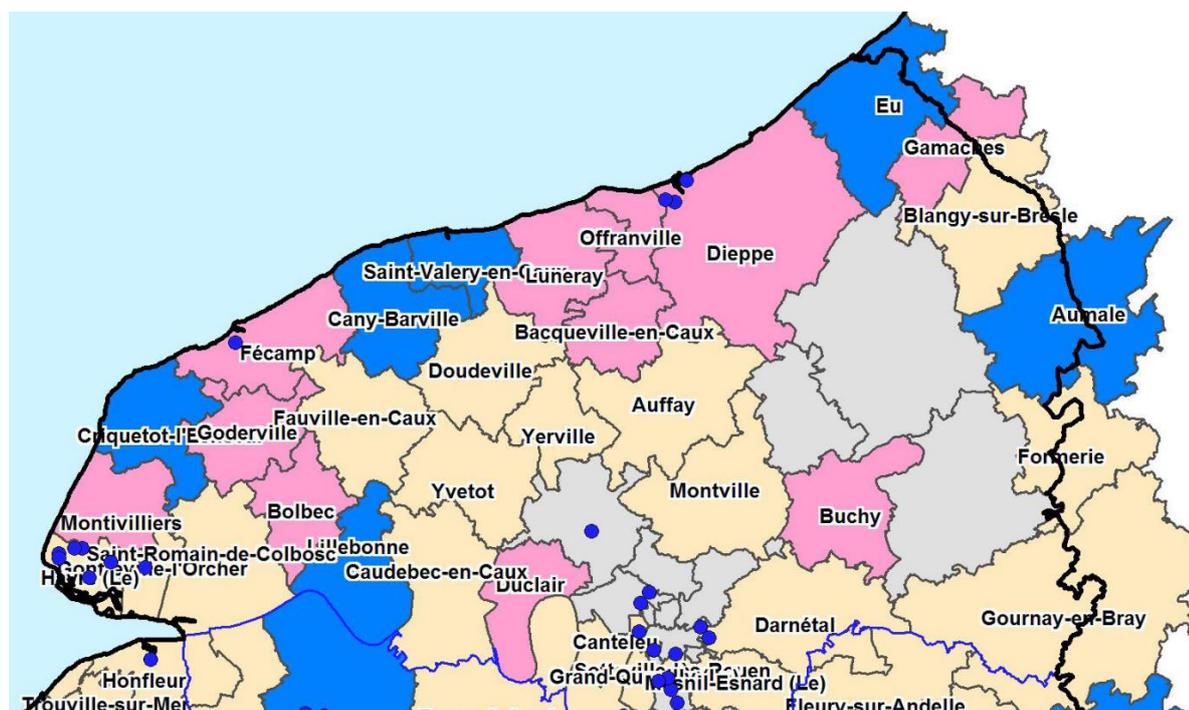
16 La Mairie d'Yport en quête d'un médecin Paris Normandie le 6 novembre 2017

17 Bolbec : Dominique Métot s'insurge sur le zonage médical Paris Normandie 15 février 2018

4.3 EN 2019, LA NOUVELLE CLASSIFICATION DE L'ARS N'APPORTE QUE QUELQUES CORRECTIFS À LA MARGE

Le site de l'ARS, qui présente le nouvel arrêté de juillet 2019 pour décider du classement, et donc des aides dont bénéficieront les médecins, évoque cette fois-ci les élus parmi ses interlocuteurs. Des fonds (Fonds d'intervention régional) ont été mobilisés pour augmenter les zones prioritaires, et en particulier l'ensemble des « Quartiers prioritaires de la ville » qui y sont intégrés. C'est un progrès, mais marginal, et les aberrations du zonage précédent subsistent :

Communes éligibles aux aides pour lutter contre la désertification médicale 2019



- Zone d'intervention prioritaire ■
- Zone d'action concertée avec aide du Fonds régional d'investissement ■
- Zone d'action concertée ■
- Zone non prise en compte ■

Le zonage n'est pas la solution !

Le zonage n'est pas la réponse aux déserts médicaux !

Les aides accordées en fonction d'un zonage sont certes un appui pour les médecins qui pratiquent dans des zones sous-dotées. Mais, d'une part, elles ne sont pas en mesure d'infléchir les choix de médecins qui préfèrent avoir accès à une clientèle plus aisée ; de l'autre elles ne prennent pas en compte d'autres critères, comme le risque d'isolement, qui motivent les choix professionnels des médecins. Par ailleurs, tout zonage induit des « effets de seuils » qui peuvent se révéler pervers.

La solution à ces problèmes relève d'une politique nationale de santé, tant en ce qui concerne les établissements hospitaliers que les soins de ville. Il faudrait, en autres, toucher à la totale liberté d'installation des médecins et les soumettre au même type de règles que celles qui régissent les infirmières libérales et les pharmacies.

Mais sans attendre cet indispensable changement de politique, d'autres solutions sont déjà possibles à l'échelle locale, pour peu que les citoyens s'en mêlent.

5 LES CENTRES DE SANTÉ, UN OUTIL POUR L'ACCÈS AUX SOINS ET UNE ORGANISATION D'AVENIR

Les Centres de santé peuvent présenter une alternative intéressante à l'hypothétique installation de médecins libéraux pour répondre aux besoins des populations.

Les actuels Centres de santé sont les héritiers des dispensaires qui ont joué un rôle déterminant dans la lutte contre les maladies infectieuses et ont permis aux milieux populaires d'accéder au médecin avant que la création de la Sécurité sociale ne généralise l'accès aux soins.

5.1 LES CENTRES DE SANTÉ FONT L'OBJET D'UNE DÉFINITION PRÉCISE PAR LES TEXTES OFFICIELS

L'historique des Centres de santé, de leur reconnaissance officielle et leur filiation avec les premiers dispensaires a été réalisé par Emmanuel Vigneron¹⁸. L'expression « Centres de santé » apparaît dans le droit français à partir de 1991 et fait son entrée dans le Code de la santé publique en 2002 (article L6321-1). Entre 2002 et 2011, cet article a été réécrit six fois, ce qui ne contribue pas à donner une bonne stabilité juridique aux Centres de santé.

Les derniers textes qui définissent les Centres de santé sont l'ordonnance du 12 janvier 2018 relative à leur création et l'arrêté du 27 février 2018 qui en précise certains points.

L'article L. 6323-1.- du Code de la santé publique donne la définition des Centres de santé :

« Les Centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux.

Par dérogation à l'alinéa précédent, un centre de santé peut pratiquer à titre exclusif des activités de diagnostic.

Tout Centre de santé, y compris chacune de ses antennes, réalise, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie.

Les Centres de santé sont ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels y exerçant. »

L'article L. 6323-1-1 ouvre le champ de leurs interventions et reconnaît leur possible rôle pour permettre à tous l'accès à la santé ; ils peuvent :

« 1° Mener des actions de santé publique, d'éducation thérapeutique du patient ainsi que des actions sociales, notamment en vue de favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus vulnérables ou à celles qui ne bénéficient pas de droits ouverts en matière de protection sociale ;

18 Emmanuel Vigneron, Les Centres de santé, Une géographie rétro-prospective, FEHAP, 2014

Disponible sur http://www.fehap.fr/jcms/publications-en-une/les-centres-de-sante-une-geographieretro-prospective-fehap_141766

- 2° Contribuer à la permanence des soins ambulatoires ;
- 3° Constituer des lieux de stages, le cas échéant universitaires, pour la formation des professions médicales et paramédicales ;
- 4° Pratiquer des interruptions volontaires de grossesse (...) »

L'article L. 6323-1-2 leur ouvre un rôle possible dans la formation médicale :

« Un Centre de santé pluriprofessionnel universitaire est un Centre de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont il dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et de la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces Centres de santé pluriprofessionnels universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. »

L'article L. 6323-1-5 réaffirme le principe du salariat des professionnels, une caractéristique essentielle des Centres de santé :

« -Les professionnels qui exercent au sein des Centres de santé sont salariés. »

-Les Centres de santé peuvent bénéficier de la participation de bénévoles à leurs activités. »

L'article L. 6323-1-7 mentionne les deux autres obligations qui distinguent les Centres de santé du secteur libéral, indispensables pour lutter contre le renoncement aux soins : la pratique du tiers-payant et l'interdiction des dépassements d'honoraires :

« - Les Centres de santé pratiquent le mécanisme du tiers payant mentionné à l'article L. 160-10 du code de la sécurité sociale et ne facturent pas de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative ou des tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.»

A côté de ces dispositions qui donnent aux Centres de santé une grande latitude, l'ordonnance de janvier 2018 introduit une disposition dangereuse : la possibilité pour le secteur privé lucratif de devenir gestionnaire d'un Centre de santé. Cette possibilité est mentionnée par les articles L. 6323-1-3 et L. 6323-1-4 du code de la santé publique. Nous y reviendrons.

5.2 L'INITIATIVE DES CENTRES DE SANTÉ : À PARTIR DES BESOINS DES POPULATIONS

La volonté des élus locaux ne suffit pas, nous l'avons vu, à attirer les médecins là où leur présence serait la plus nécessaire.

Les conditions objectives qui sous-tendent l'installation des médecins libéraux, dans le contexte actuel, ne peuvent que renforcer les inégalités en matière d'accès aux soins.

La dynamique d'implantation des Centres de santé est toute différente. Les organismes gestionnaires sont des collectivités territoriales, des associations œuvrant dans le domaine sanitaire et social, des mutuelles, des organismes de Sécurité sociale... Depuis la loi Hôpital Santé Patients Territoire de 2009, les hôpitaux publics ont aussi la possibilité de créer des Centres de santé.

Soient des organisations, qui, à un moment donné, ont reconnu des besoins sanitaires non satisfaits et mis en place ces équipements.

Les Centres de santé sont l'outil qui peut permettre à des acteurs de s'inscrire dans une politique volontariste de promotion de la santé pour tous en partant des besoins réels des populations.

Les revenus des médecins, salariés, ne sont pas liés à leur implantation. Les initiateurs du Centre de santé peuvent réfléchir aux moyens et à l'organisation les mieux appropriés pour conjuguer travail d'équipe et proximité afin que personne ne soit exclu de l'accès aux soins.

5.3 LES CENTRES DE SANTÉ RÉPONDENT AUX ATTENTES DES JEUNES MÉDECINS

Ils répondent à leurs aspirations par une pratique médicale renouvelée, un travail en équipe.

Le Centre de santé, qui a la possibilité de participer à la formation des futurs praticiens et de s'associer à une recherche universitaire, dans le cadre d'un projet global assis sur des valeurs certaines, peut constituer un cadre de pratique professionnelle très attractif.

Les différentes missions des Centres de santé – prévention, éducation thérapeutique – offrent l'occasion de varier les tâches.

Le salariat est attractif pour plusieurs raisons :

- il rend plus facile une éventuelle mobilité que l'installation dans un cabinet médical ;
- il évite la préoccupation gestionnaire relative à tout exercice libéral ;
- il décharge les praticiens des tâches administratives et leur permet de se consacrer à l'exercice de leur métier ;
- il répond à la préoccupation d'équilibrer vie privée et vie professionnelle.

Selon les inspecteurs de l'IGAS ¹⁹ : *«(les Centres de santé) répondent aux attentes d'une bonne partie des jeunes professionnels qui souhaitent travailler en équipe, être déchargés de tâches administratives, diversifier leurs activités soignantes et mieux concilier vie professionnelle et vie familiale.*

De ce point de vue, ils suscitent le même engouement que les Maisons de santé. En revanche, les jeunes médecins prisent la possibilité de ne pas limiter leur activité à des actes de soins, parfois répétitifs, mais de pouvoir mener des actions de prévention et d'éducation à la santé, de recherche et de formation, au développement desquelles les formes d'exercice regroupé sont particulièrement propices. »

19 « Les Centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain –Rapport Philippe Georges et Cécille Waquet , Inspection générale des Affaires sociales juillet 2013

5.4 LES CENTRES DE SANTÉ, MAL-AIMÉS DES POUVOIRS PUBLICS MAIS UN OUTIL À DÉFENDRE

Les Centres de santé sont donc inscrits dans le droit français.

Leur place dans le système de santé est reconnue par la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » du 21 juillet 2009. Pourtant, leur prise en compte par les pouvoirs publics est inversement proportionnelle au rôle qu'ils pourraient jouer dans la crise de notre système de soins.

Le premier accord national entre les Centres de santé et l'assurance-maladie a été signé(e) le 19 novembre 2002 et publié le 19 avril 2003.

Cet accord a été reconduit tacitement en 2008 et 2013 et n'a fait l'objet que de quelques avenants mineurs.

Dans le même temps, deux conventions et une bonne trentaine d'avenants étaient conclus avec les médecins libéraux.

Aucune des dispositions contenues dans ces différentes conventions avec les professionnels libéraux n'a été transposée aux Centres de santé, contrairement à ce que prévoit la loi.

Ces derniers sont donc restés exclus de certains dispositifs utiles à leurs patients comme le forfait allocation de longue durée, les tests de diagnostic rapide des angines ou le dépistage des cancers.

« Cette absence totale de vie conventionnelle est entièrement de la responsabilité de la direction de la CNAM qui s'est toujours refusée, sur des prétextes variés et le plus souvent sans aucune explication, à entamer la moindre discussion avec les organisations de gestionnaires des Centres de santé signataires de l'accord, malgré les nombreuses demandes de celles-ci ²⁰. »

Un nouvel accord est enfin acté en 2015.

Après 12 ans d'absence de vie conventionnelle et d'iniquité et un an de négociations, la FNCS signera le nouvel Accord National.

« Il intègre l'ensemble des financements de la pratique d'équipe, la transposition des rémunérations et majorations attribuées aux professionnels libéraux ainsi que des mesures spécifiques qui reconnaissent la place des centres dans le système de santé ambulatoire.(...) »

Au total, les Centres de santé recevront un financement correspondant pour partie aux moyens conséquents qu'ils développent pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, améliorer la qualité des soins et l'accès à la prévention. »

Ce pas en avant, cependant, ne résoud pas tout, et en particulier le financement des actions menées par les Centres de santé pour atteindre tous les publics et assurer la prévention.

20 L'accord national des centres de santé est reconduit tacitement Encore 5 ans de mépris ? Communiqué de la FNCS 19 avril 2013

Le premier avenant à cette convention a été signé le 23 mai 2017. Il marque enfin le passage à de vraies relations conventionnelles entre assurance-maladie et gestionnaires. L'obstination paye, selon la Fédération nationale des centres de santé (FNCS).

Malgré ces financements et le contrôle que les ARS doivent exercer sur les Centres de santé, les pouvoirs publics restaient dans une méconnaissance globale de leur existence et de leur activité. Un observatoire a été mis en place en 2016... avec 24 mois de retard sur la décision de création.

5.4.1 L'hostilité du secteur libéral

Les syndicats de praticiens libéraux constituent un puissant lobby qui a toujours su faire entendre ses revendications. Leur hostilité à une médecine sociale ne date pas d'hier, autrefois contre les dispensaires, aujourd'hui à l'encontre des Centres de santé. La confédération des syndicats médicaux français met en avant «le manque d'efficience» de ces derniers et dénonce le fait qu'ils soient largement soutenus financièrement par leurs entités gestionnaires. En quelque sorte de pratiquer une entorse à la « concurrence libre et non faussée ». Ce dénigrement n'est pas justifié : il ne tient pas compte des coûts liés à l'accessibilité sociale et dont l'obligation pèse seulement sur ces centres.

Le Conseil de l'ordre des dentistes est particulièrement virulent dans ses attaques. Il joue à la fois d'un travail de pression auprès des pouvoirs publics, de l'intimidation auprès des jeunes dentistes travaillant en Centres de santé, et de procédures judiciaires.

Depuis un arrêt de la Cour de cassation d'avril 2017, inscrire « Centre(s) de santé dentaire » au fronton du centre est une publicité et une concurrence déloyale, « au nom de l'intérêt supérieur de la santé publique ».

Certains syndicats médicaux se sont insurgés contre la possibilité de créer des Centres de santé hospitaliers, ce qui fait fortement réagir la FNCS : « *L'urgence, c'est l'accès de la population aux soins de premiers recours, comme dans le Nord : 30% de baisse du nombre de libéraux en 10 ans dans les anciens bassins miniers et les quartiers populaires et le pire est encore à venir ! Qu'ont fait les habitants de ces territoires pour mériter un tel abandon et un tel mépris ?²¹* »

L'hostilité des syndicats de médecins libéraux a entravé leur implantation, même dans des zones où les médecins libéraux sont peu nombreux et où les Centres de santé auraient été de précieux outils pour répondre aux besoins dans des zones défavorisées.

5.4.2 Un modèle économique qui suppose des dotations d'équilibre

5.4.2.1 Des dépenses obligatoires, mais sans financement lié

Les Centres de santé sont financés par :

- le remboursement des actes par la Sécurité sociale ;

21 Centres de santé hospitaliers ? OUI ! Communiqué FNCS du 24 janvier 2017

- les forfaits versés également par l'assurance-maladie, au même titre qu'à la médecine libérale, après transposition des accords passés avec les syndicats de médecins libéraux (souvent avec retard) ;
- des financements éventuellement accordés par les pouvoirs publics au titre de missions légales ou d'accessibilité sociale ;
- les dotations d'équilibre accordées par les gestionnaires de ces centres.

En effet, les centres de santé assument certaines obligations légales, auxquels les médecins libéraux, réunis ou non dans une Maison de santé, ne sont pas assujettis. Certains Centres de santé assurent également, de par la volonté de leurs gestionnaires, des missions ou des services jugés nécessaires pour l'accès à la santé dans les zones desservies. Tous, loin de là, ne font pas l'objet d'un financement spécifique et la dotation d'équilibre du gestionnaire fait partie du modèle économique.

Parmi les obligations non compensées, la plus lourde est assurément celle du tiers payant.

Les Centres de santé ne sont tenus qu'au tiers payant vis-à-vis du remboursement de l'assurance-maladie, mais en réalité 90 % d'entre eux pratiquent le tiers payant intégral, condition essentielle pour lutter contre le renoncement aux soins.

Le coût de ce service par acte est élevé. Son estimation varie selon les Centres de santé ; l'étude de 2010 sur les Centres de santé parisiens l'évalue à 4,38 € ; la FNCS, pour sa part, retient le chiffre de 3,50 €. Rapporté au prix de la consultation, ce montant est considérable.

Les cotisations sociales sont plus lourdes dans les Centres de santé.

Pour un même revenu net, le taux de cotisations sociales est de 45% pour un médecin salarié, et de 25% pour son confrère libéral.

L'accessibilité sociale aux soins entraîne des surcoûts.

Certains centres salarient des traducteurs, des médiateurs, des assistants sociaux.

Le public accueilli peut nécessiter des consultations prolongées, pour des motifs sociaux, psychologiques ou linguistiques.

Une subvention du département ou du Centre communal d'action sociale peut être accordée à ces centres pour les soutenir dans cette fonction sociale ; mais elle n'est ni générale, ni d'une reconduction assurée.

Les actions de prévention, d'éducation thérapeutique, d'éducation à la santé sont également plus ou moins bien financées.

5.4.2.2 Mais les dotations d'équilibre sont remises en cause sur fond d'austérité

Les gestionnaires des Centres de santé voient, globalement, leurs ressources et leurs marges de manœuvre se restreindre. Le nécessaire complément de ressources accordées à ces équipements est menacé :

- les collectivités territoriales attribuent des subventions indispensables à la survie des centres ou les gèrent elles-mêmes directement ; les dotations sont orientées à la baisse ;

- les associations sont soumises à la rigueur de la distribution des subventions publiques et leurs fonds propres ne leur permettent pas le financement de déficits pérennes ;
- les mutuelles gestionnaires des Centres de santé font face à de nouvelles contraintes depuis la réforme du code de la Mutualité, intervenue en 2001 à la suite de la transposition des directives européennes. Les flux financiers des mutuelles vis-à-vis des centres de santé sont taris par l'exigence de normes prudentielles élevées en matière d'assurance.

5.4.3 L'ombre du secteur lucratif sur les Centres de santé

Le risque majeur, pour les Centres de santé, n'est pas tant celui de la généralisation des faillites et de la disparition des établissements que celui de l'alignement de leur fonctionnement sur celui des entreprises et de la perte de leurs valeurs fondatrices.

Les collectivités territoriales, contraintes financièrement, sont à la recherche de solutions leur permettant de réduire leurs subventions aux Centres de santé. Les cabinets de conseil sont logiquement amenés à préconiser des modes de gestion adaptés aux conditions actuelles, c'est-à-dire un financement reposant principalement sur le paiement à l'acte. Si la rigueur de gestion de nombreux centres peut être améliorée, la recherche prioritaire d'un équilibre comptable peut favoriser des pratiques qui ne sont favorables ni pour la santé des patients, ni pour le budget de l'assurance-maladie ou celui des collectivités publiques. Inciter les médecins à la « productivité », c'est-à-dire à multiplier les actes pour augmenter les rentrées d'argent, et présenter de bons résultats aux financeurs, est le type même de la fausse bonne idée.

Réduire ou supprimer les dépenses d'accessibilité sociale pour les soins de premier recours contribue à approfondir les fractures sociales et induit des dépenses curatives plus élevées pour des pathologies qui n'auront pas été traitées à temps...

Le risque de dérive a notamment été pointé par la mission IGAS de juillet 2013 : « *A l'inverse, la mission a constaté, sans pouvoir, du fait de l'objet de ses travaux, pousser plus loin ses investigations, que certains centres dentaires ou polyvalents adoptaient des pratiques qui éliminaient certains types de patients et développaient un recours aux prothèses dentaires pouvant apparaître excessif au regard de l'objectif de « réduire ou de retarder le recours aux soins prothétiques » inscrit dans l'accord de 2003.*

La mission souhaite ainsi appeler l'attention sur les risques que comporte un pilotage axé uniquement sur l'optimisation des paramètres de gestion du centre. »

En 2016, lors de la mise en place de l'observatoire des Centres de santé, l'ARS d'Île-de-France a rencontré les organisations représentatives :

« Les discussions n'ont pas porté exclusivement sur des aspects techniques, contrairement à ce qu'attendaient la DGOS et la CNAMTS, mais aussi sur des aspects plus politiques. En effet les exigences de l'ARSIF en particulier, de faire apparaître les « déficits de fonctionnement » des Centres de santé ouvrait une brèche qui pouvait déboucher sur la distribution des satisfecit aux bons élèves et des « punitions » aux autres.

Il a été rappelé qu'il relevait, en particulier pour les collectivités locales, d'un choix du gestionnaire de maintenir ou non des activités non « rémunératrices » (assistante sociale, mission prévention...) au sein des structures en raison de spécificités locales ou de choix politiques. ²²»

Les gouvernements, par l'intermédiaire des « Agences régionales de santé », exercent des pressions pour une gestion uniquement comptable des Centres de santé, sans tenir compte de leur impact global sur la santé et les finances publiques.

L'ordonnance de janvier 2018, permettant l'introduction du secteur lucratif dans la gestion des Centres de santé, a effectivement produit les dérives que nous avons signalées : elle a permis l'éclosion de Centres de santé lucratifs, liés à des secteurs financiers tournés vers tous les secteurs susceptibles de générer du profit, s'installant effectivement dans des déserts médicaux. Leur modèle économique reste cependant opaque et on est en droit de s'interroger sur leur coût réel pour la collectivité et la Sécurité sociale.

5.4.4 L'occultation des Centres de santé dans le discours public et médiatique

Les Centres de santé sont inconnus du public, sauf dans les zones où ils sont implantés. Le discours du gouvernement et des médias ne traite que des Maisons et Pôles de santé. Les élus locaux, pour la plupart, semblent confondre les différentes expressions.

Comment concevoir la possibilité de Centres de santé, si aucune information n'est donnée à leur sujet ? Comment des citoyens et leurs représentants peuvent-ils œuvrer à leur création, s'ils sont laissés dans l'ignorance de leur existence, à la fois dans les textes qui en créent le cadre juridique et en tant qu'équipements qui assurent de manière concrète l'accès à la santé dans toute la France ?

Après l'assèchement financier, cette « conspiration du silence » constitue une excellente manière de verrouiller l'émergence de nouveaux Centres de santé, au moment où la démographie médicale, la transition épidémiologique et les aspirations des jeunes médecins imposent un changement de modèle.

22 FNCS, rapport 2016

6 NOS OBJECTIFS

Notre système de santé doit être appréhendé, de manière critique, dans sa globalité.

Sur le plan curatif, nos hôpitaux sont en lutte. L'action est portée par les soignants salariés, soutenus par la population qui défend le service public. Les soins en ambulatoire (appelé soins de premier recours) reposent en grande partie sur des professions libérales ; la vigilance et la mobilisation n'y sont pas les mêmes. Pourtant, nous sommes tous concernés, au titre d'usagers ou de clients, et nous y avons des intérêts à défendre.

Tel que, nous pouvons observer la collusion actuelle entre le gouvernement et certains syndicats de médecins, et nous demander si l'image d'un système "à deux vitesses" n'est pas déjà en deçà de la réalité. Ne tendons-nous pas vers une médecine lucrative pour ceux qui peuvent y accéder, d'une part, et une médecine proche de l'intervention d'une ONG en cas de catastrophe par ailleurs ?

Les enjeux liés aux réformes du secteur hospitalier et ceux relatifs à l'organisation des soins de premier recours sont complémentaires. Le « virage ambulatoire » veut restreindre le séjour à l'hôpital à des temps de diagnostic et d'interventions très brefs, faisant assumer la poursuite des soins par des équipes extérieures. Or l'accès aux soins ambulatoires est actuellement très inégalitaire, à la fois sur le plan spatial et sur le plan économique.

L'urgence de la situation a émergé très fortement ces derniers temps dans les médias, avec pour exemple, des délais anormalement longs pour établir des certificats de décès, effectués par des médecins réquisitionnés à leur cabinet par la puissance publique.

Le plan « Ma santé 2022 » promu par le chef de l'Etat se veut une réponse à ces signaux d'alarme qui remontent d'un peu partout. Il n'est pas à la hauteur des enjeux. L'analyse de « l'inadaptation du système » est superficielle et ne cible pas les véritables causes. On s'interroge sur les finalités réelles des procédures d'évaluations par les patients, de mesure de leur satisfaction, quand dans le même temps les moyens élémentaires de fonctionnement sont refusés à nos hôpitaux, et que la prévention se limite à des actions ponctuelles.

La création de 400 postes de médecins généralistes partagés entre la ville et l'hôpital est une goutte d'eau par rapport à l'ampleur des besoins. Aucune mesure réellement efficace pour lutter contre les inégalités spatiales n'est évoquée ni de prévention systémique. D'ailleurs, la question n'est pas évoquée comme telle, pas plus que les barrières économiques à l'accès aux soins.

Notre santé dépend tout autant de nos modes et conditions de vie : environnement, alimentation, travail, logement, vie relationnelle... que de l'accès aux soins. La prévention doit nous permettre d'identifier les facteurs qui agissent sur notre état de santé et de rechercher des solutions en fonction du contexte. Notre attente vis-à-vis de Centres de santé est celle d'une réponse globale, incluant les volets préventif et curatif – et ce d'autant plus que les services de médecine préventive (médecine du travail, médecine scolaire...) ne jouent plus le même rôle de protection qu'ils ont pu assurer dans le passé.

La promotion de la santé dépend de nos manières de produire (d'où l'importance des réglementations au service de l'intérêt général, celui des citoyens et celui de l'environnement)

L'accès de tous à une prise en charge de qualité est une question dont tous les citoyens doivent se saisir.

L'association se propose également de recueillir tous témoignages de citoyens relatifs à leurs difficultés d'accès aux soins et à leurs conséquences.

6.1 RECENSER, ALERTER SUR LES BESOINS, MOBILISER LES CITOYENS

6.1.1 Connaître et faire reconnaître les obstacles à l'accès aux soins

L'accès de manière satisfaisante aux soins et au médecin traitant, qui en constitue la porte d'entrée, est laissée à la responsabilité des assurés.

Dans sa lettre aux assurés « Ameli & vous ²³ », l'Assurance maladie présente sa démarche « Aider les assurés à ne plus reporter leurs soins », propose l'accompagnement d'un conseiller comme remède, entre autres pour l'aider à effectuer « sa déclaration du médecin traitant pour être mieux remboursé ». L'origine du phénomène serait-il l'ignorance des assurés qui ne savent ni s'orienter vers les professionnels de santé ni effectuer leurs démarches ?

La déclaration du médecin traitant continue d'être imposée sur tout le territoire, sachant très bien que, dans de nombreuses zones sous-dotées, les généralistes n'acceptent plus de nouveaux patients. Certes, pour ne pas pénaliser financièrement les assurés, les Caisses seino-marines « effacent » la condition de médecin traitant au moment du remboursement des feuilles de soins : mais cette pratique n'est pas assumée officiellement.

Nous devons exiger de nos Caisses primaires d'Assurance maladie que cette réalité soit reconnue, mise sur la table et les solutions pérennes recherchées avec les représentants des assurés.

Il serait indispensable que les Conseils des CPAM²⁴ soient informés de la situation, de manière transparente et précise :

- Nombre d'assurés et d'ayant-droits qui ne sont plus rattachés à un médecin traitant actuellement en exercice, par commune(s) ;
- Nombre de médecins traitants par commune, nombre de patients déclarés, selon la pyramide des âges ;
- Nombre de médecins par spécialité, par niveau de remboursement (secteur 1, secteur 2 adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam, secteur 2 hors Optam).

²³ La lettre du # 5 juin 2018

²⁴ Qui ont perdu leur statut de « Conseil d'administration »

L'annonce de la suppression en 2020 du « numerus clausus » valide le fait qu'il y a un problème ! Celui-ci doit être appréhendé, et les solutions recherchées, au niveau local.

6.1.2 Mobiliser les citoyens

Nous nous proposons d'aller au-devant de nos concitoyens pour mieux connaître la réalité, mais aussi pour partager notre projet, le populariser et créer un rapport de force.

La démocratie sanitaire est au cœur de nos préoccupations. Les citoyens doivent être parties prenantes de l'élaboration des politiques de santé, tant en matière de création d'infrastructures (implantation, fonctionnement...) que de projets territoriaux. La médecine préventive, l'éducation sanitaire sont des composantes essentielles de ces politiques, qui doivent également s'intéresser aux conditions de vie des populations.

Quels sont les problèmes de santé prioritaires vécus par la population ?

Quelles en sont les causes ?

Comment peut-on y remédier ?

Nous soutenons l'orientation mise en œuvre par Didier Ménard dans son expérience de médecin à la Cité des Francs-Moisins à Saint-Denis (93) :

« C'est vivre ce changement de paradigme décisif d'une médecine appelée à s'exercer « avec » et non pas « pour » les personnes les plus vulnérables et les plus invisibles, en partant de l'expérience de ce qu'elles ne trouvent pas dans les réponses d'une médecine exclusivement technique.²⁵ »

6.1.3 Un ou plusieurs Centres de santé, comme outils indispensables de santé publique

Notre association s'est constituée à partir du constat du manque de médecins traitants. Nous avons vu que loin de nous acheminer vers une amélioration de la situation, celle-ci est appelée à se détériorer dans les années qui viennent, même en cas d'arrivée de jeunes médecins.

La création dans la communauté urbaine du Havre d'un ou plusieurs Centres de santé, avec l'embauche de médecins salariés, reste notre objectif prioritaire, et doit répondre à cette première urgence.

L'instauration d'un forfait de 18 € pour les patients qui se présentent aux Urgences vise à les désencombrer des situations qui pourraient relever de la médecine de ville. Or les personnes qui sollicitent les Urgences, avec la longue attente que cela implique, ne le font pas par plaisir. L'existence d'un Centre de santé serait une réponse partielle à ce cas de figure. On

25 Alain Cordier, préface de l'ouvrage de Didier Ménard « Pour une médecine sociale » Editions Anne Carrière, 2020

pourrait aussi envisager que ce Centre soit associé à une plateforme permettant de réaliser les examens et les analyses les plus courants, évitant des pertes de temps dans la prise en charge médicale.

Une autre raison de la fréquentation des Urgences autre que la gravité des situations est la dispense d'avance des frais de la part des patients. Répétons-le : personne ne va aux Urgences s'il a une autre solution possible. Combien de personnes sont ainsi dissuadées de se faire soigner quand il est temps et laisseront leur santé se dégrader, ce qui finira par un surcoût pour la collectivité ?

L'état sanitaire de l'agglomération havraise justifie un projet ambitieux, tant sur le plan curatif que sur la prévention et la prise en compte des aspects sociaux.

Un projet ambitieux est aussi nécessaire pour retenir les jeunes médecins : il faut leur offrir la possibilité de participer à un projet dynamique et novateur. Le Centre de santé devrait participer à des projets de recherche, toujours stimulants pour la réflexion et la pratique. Projets de recherche médicale, bien sûr, mais également en sciences humaines : géographie de la santé, recherche des obstacles dans l'accès aux soins...

Nous savons que la question du coût et des financements est, à juste titre, la préoccupation des élus. Mais devant l'ampleur de l'enjeu -passer d'une médecine curative à une conception préventive et globale de la santé-, il convient peut-être de ne pas laisser les restrictions budgétaires faire perdre de vue les objectifs et les gains à long terme.

Une conception globale et préventive de la santé générerait des économies, en dépensant en amont, et permettrait un meilleur niveau de santé pour toute la population : c'est une conception d'avenir qui finira par être reconnue.

Le paiement à l'acte n'est adapté ni au travail en équipe, qui suppose des temps de coordination, ni à l'évolution actuelle des pathologies, ni à la prévention. La Caisse nationale d'Assurance maladie a mis en place les « nouveaux modes de rémunérations », c'est-à-dire une prise en charge forfaitaire qui permet une meilleure réponse aux enjeux de santé. Il nous paraît important qu'un futur Centre de santé vise dès le départ ce mode de rémunération : c'est, d'emblée, le sens du projet qui est en jeu.

Nous nous proposons de rencontrer des responsables, initiateurs ou gestionnaires de Centre de santé, pour recueillir des informations sur le fonctionnement de leur structure, notamment sur le plan financier, sur les facteurs favorisant la mise en œuvre de leur projet et les difficultés rencontrées, les solutions expérimentées...

L'amélioration des problèmes de santé des habitants de notre communauté urbaine repose sur la mobilisation de la population, des élus, des associations. Conjuguons nos efforts et nous y parviendrons.