

Pour un service de santé d'intérêt général territorialisé

Société / Santé

Par Le Collectif de professionnels et de patients pour la refondation de la santé

Publié le 30 mars 2023

La mixité public/privé du système de santé français a été sa force quand il s'agissait essentiellement de soigner les maladies aiguës. Transformée en fragmentation, elle est devenue notre faiblesse pour répondre à l'épidémie des maladies chroniques, aux urgences, à la prévention et aux inégalités sociales et territoriales de santé. Dans cette première contribution, le Collectif de professionnels et de patients pour la refondation de la santé (le CPPRS) propose de construire dans les territoires une offre de soins intégrée qui remplace la concurrence par la complémentarité, avec pour ambition de garantir l'accès de tous à des soins de qualité aux tarifs conventionnés. Autrement dit repenser l'accès aux soins pour qu'il soit soumis, non plus aux logiques en silos des différents types d'offres de soins, mais aux impératifs du bien commun.

Sommaire

Recommandation 1 – Service de santé d'intérêt général (SSIG)

Recommandation 2 - Un SSIG intégré dans un territoire (SSIG)

Recommandation 3 – Travail en équipe

Recommandation 4 - Les liens entre la ville et l'hôpital

Recommandation 5 – Gouvernance

Recommandations 6 – Souveraineté

Recommandations 7 – Service d'intérêt général (SIG) de santé de l'enfant et de l'adolescent

Annexe : Rémunération des Professionnels de santé

Le Collectif de professionnels et de patients pour la refondation de la santé – liste complète des signataires ici : <http://www.cpprs.fr/>

L'accès de tous à des soins de qualité est notre bien commun. Le système de santé doit être refondé pour réaffirmer cette valeur première. Nous proposons ici un schéma novateur d'intégration de l'offre au niveau des territoires : le service de santé d'intérêt général (SSIG). Dans les territoires, l'intérêt général impose d'intégrer les trois composantes de l'offre de soins qui diffèrent aujourd'hui par leur statut : les établissements publics (hôpitaux, centres de santé et structures de prévention en santé), les établissements privés à but non lucratif et les professionnels libéraux pratiquant les tarifs conventionnés. Intégrés au niveau des territoires, ils formeraient ensemble le

Service de santé d'intérêt général, instaurant la graduation des soins entre le premier recours généraliste, le second recours spécialisé ambulatoire et le troisième recours spécialisé en hospitalisation. Ce service intégré devrait promouvoir le travail en équipe pluriprofessionnelle notamment avec des assistants médicaux et des infirmiers de pratique avancée, bénéficiant de lieux partagés (centre de santé, maisons de santé et communautés professionnelles de territoire). Avec un financement diversifié favorisant le partage des tâches et la coordination notamment pour la prise en charge des maladies chroniques et pour les missions de santé publique, il serait cogéré au niveau du territoire entre les délégations des ARS, les collectivités territoriales, les représentants des professionnels et des usagers. C'est le rôle de l'Etat de répondre aux déserts médicaux par la création de centres publics de santé et de bloquer le développement de la financiarisation et de l'ubérisation en cours de la médecine libérale remettant en cause l'égalité des citoyens face à la maladie et menaçant la souveraineté sanitaire du pays.

Comment en est-on arrivés là ? Lors du débat sur l'Obama Care, le *New York Times* s'interrogeait pour savoir quel était le meilleur système de santé. Il hésitait entre l'américain ou l'anglais, et répondait finalement : le système français. Il plébiscitait notre système mixte à la fois public et privé face au système anglais très étatique et au système américain très libéral.

Mais cette mixité qui fut notre force devient aujourd'hui notre faiblesse parce qu'elle conduit à une coupure entre l'hôpital et la ville, entre les médecins et les paramédicaux, entre les généralistes et les spécialistes, entre les professionnels pratiquant les tarifs réglementés et les spécialistes demandant des dépassements d'honoraires. Ces antagonismes sont devenus des obstacles à la prise en charge des 21 millions de personnes atteintes de maladies chroniques, à la réalisation des missions de santé publique comme on l'a vu lors de la pandémie

de la Covid-19, à l'organisation de la permanence des soins dont témoigne la crise des urgences, à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé aggravées par les déserts médicaux. Cette division historique se retrouve dans une gestion séparée : l'hôpital par l'Etat et la ville par l'Assurance Maladie, et dans un financement mixte d'une part par l'Assurance Maladie, et d'autre part par les assurances privées complémentaires. Ce double financement engendre des frais de gestion colossaux dépassant les 18 milliards € (dont 7.6 milliards pour les complémentaires) nous plaçant en la matière au deuxième rang des pays de l'OCDE, derrière les Etats-Unis.

Cette séparation menace aujourd'hui notre système de désintégration, favorisant « l'ubérisation »^① des professionnels médicaux et paramédicaux par des plateformes de prise directe de rendez-vous et l'extension de chaînes internationales d'établissements de santé (cliniques commerciales, EHPAD, centres de santé, centres de biologie, centres de radiologie) ayant pour actionnaires des fonds d'investissements et des fonds de pension. **Il est urgent d'œuvrer à l'intégration de notre système de santé d'intérêt général** sur la base d'une règle éthique et économique commune : le juste soin pour le malade au moindre coût pour la collectivité, tout ce qui est nécessaire pour le patient au moindre coût en termes d'actes, de prescriptions, de suivi, mais aussi d'organisation et de protection de l'environnement. L'intégration concernerait sept missions partagées :

- ① la permanence des soins,
- ② la continuité, adaptabilité, neutralité,
- ③ la non sélection des patients,
- ④ l'égalité d'accès à des soins de qualité,
- ⑤ le respect des tarifs officiels, absence de dépassement d'honoraires,
- ⑥ la prévention
- ⑦ et la protection de l'environnement

L'intégration concerne donc les établissements et les professionnels répondant à ces missions de service public indépendamment de leur statut de propriété, à savoir :

- 1. Les hôpitaux publics, les centres publics de santé et les structures publiques de prévention
- 2. Les établissements privés à but non lucratif dits d'intérêt collectif (ESPIC), autrefois qualifiés de participant au service public (PSPH) ainsi que les centres de santé gérés par des sociétés à but non lucratif
- 3. Les professionnels libéraux installés en secteur 1 sans dépassement d'honoraires et participant à la continuité des soins qu'ils exercent de façon isolée ou regroupée en équipe pluriprofessionnelle au sein des Maisons de santé.

Le service de santé d'intérêt général (SSIG) intégré a le devoir d'offrir globalement un éventail de soins exhaustif au moins au niveau de larges territoires sous-régionaux ou régionaux.

L'intégration de ces trois secteurs (public, privé à but non lucratif et libéral) n'efface pas la diversité des statuts de propriété mais doit remplacer la concurrence par la complémentarité : équivalence des rémunérations des professionnels à qualification et activité comparables, et complémentarité de l'offre de soins. Cette complémentarité doit cependant prendre en compte une différence majeure entre un établissement public et un établissement privé à but non lucratif. L'établissement public peut être mis sous tutelle ou restructuré par la puissance publique tutélaire mais, contrairement à l'établissement privé, il échappe aux lois du commerce : rachat direct ou par LBO, OPA, mise en liquidation judiciaire, faillite... Ainsi, on a vu ces dernières années le groupe Ramsay racheter la Générale de santé mais aussi des hôpitaux de la Croix-Rouge. Les établissements privés ont donc une obligation de rentabilité financière pour l'établissement lui-même (les privés lucratifs devant en outre verser des dividendes à leurs actionnaires), raison pour laquelle les établissements privés doivent pouvoir limiter le champ de leur offre de soins. Contrairement à l'établissement privé qui peut

être obligé d'arrêter son activité pour cause de faillite, l'établissement public de santé ne peut ni choisir son activité ni s'interrompre pour des raisons économiques. Garanti par la puissance publique, il ne dépend pas des lois du marché. La responsabilité de l'Etat est d'assurer que, sur tout le territoire national, les patients aient accès à des soins de qualité aux tarifs conventionnels.

Ne font donc pas partie du système de santé intégré assurant une fonction organique de service public, les cliniques et centres à but lucratif ainsi que les professionnels non conventionnés avec la Sécurité sociale (secteur 3). Quant au secteur 2, conventionné mais autorisant les dépassements d'honoraires, il devrait être mis en extinction après revalorisation du secteur 1 et augmentation des aides publiques à la construction d'un service de santé intégré de proximité.

Recommandation 1 – Service de santé d'intérêt général (SSIG)

Œuvrer à la création d'un service de santé d'intérêt général (secteur 1)

Le SSIG sera composé de trois composantes :

- le service public *stricto sensu* (les hôpitaux publics, les centres de santé de statut public et les structures publiques de prévention en santé), avec un maillage territorial permettant à tout habitant de pouvoir accéder à une distance raisonnable à ce service public territorial de santé,
- les hôpitaux privés à but non lucratif (ESPIC) et les centres de santé privés gérés par des organisations à but non lucratif

- les professionnels libéraux installés en secteur 1 et participant à la continuité des soins, qu'ils exercent de façon individuelle ou regroupés ou en équipe dans des Maisons de santé pluri-professionnelles.

Le SSIG organise :

- une offre de soins en secteur 1 sur tout le territoire national
- la graduation des soins en trois niveaux : le premier recours généraliste, le second recours spécialiste ambulatoire (médical et paramédical, en ville et à l'hôpital), le troisième recours spécialiste nécessitant une hospitalisation complète (auxquels on peut ajouter les centres référents à l'échelle régionale).

Recommandation 2 – Un SSIG intégré dans un territoire (SSIG)

Créer sur chaque territoire de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) le service de santé d'intérêt général

Le SSIG intègre donc la ville et les établissements au niveau d'un territoire de santé pour une offre de soins en secteur 1 sur la base du juste soin pour le patient au moindre coût pour la collectivité.

Ses missions sont de :

- élaborer des projets de santé partagés assurant la cohérence nécessaire entre les intervenants ;
- définir des parcours de soins « fluides » évitant la concurrence et la redondance grâce notamment à un dossier médical partagé sécurisé ;
- contribuer au maintien et au retour à domicile ;
- organiser la permanence des soins ;

- proposer des organisations pour renforcer l'offre de soins primaires dans les zones sous-dense (voir fiche 3 services de santé de proximité)

La définition des limites du territoire de santé doit être fonctionnelle et correspondre au territoire des CPTS centrées sur le premier recours. Les spécialistes (médicaux et paramédicaux) ainsi que les établissements de santé couvrant un territoire plus large peuvent être membres de plusieurs CPTS.

Le coordonnateur du SSIG au sein de la CPTS doit être un professionnel de santé du premier recours. Il travaille en lien avec l'ARS qui finance au sein de la CPTS un local et la fonction de coordination. A terme, il conviendrait de permettre à une CPTS d'avoir une offre de service de coordination de type dispositifs d'appui à la coordination (DAC)². Cela serait un apport considérable et donnerait une forte visibilité à la CPTS tant pour les professionnels que pour les usagers.

L'ARS a ainsi au sein de la CPTS un seul interlocuteur porteur du projet collectif pour l'organisation du parcours de soin.

In fine, les patients sur chaque territoire peuvent bénéficier de l'offre de soins en secteur 1 du Service de Santé d'Intérêt Général indépendamment du statut public ou privé en secteur conventionné.

Recommandation 3 – Travail en équipe

Favoriser le travail en équipe pour la prise en charge des premiers recours en ville

Les nouvelles formes d'organisation des soins de premier recours sont celles du travail en équipe pluri-professionnelle,

que cela soit en exercice salarié ou libéral. L'Assurance Maladie doit utiliser le levier financier pour favoriser ce type d'exercice : tarification à la capitation ou au forfait, financement des assistants médicaux, forfait structure (locaux et équipements)... Les collectivités territoriales devraient participer à ce financement notamment pour l'immobilier professionnel (cf. annexe 1).

Tarification à la capitation : Allocation annuelle d'un financement par patient au médecin qui, en contrepartie, s'engage à prendre en charge et suivre ce patient. Le montant de la capitation varie avec l'âge, l'état de santé (le patient ayant ou non une ou plusieurs maladies chroniques) et le degré de précarité

Tarification au forfait : Allocation annuelle d'un financement au médecin pour une mission définie

Une équipe traitante de premier recours est composée de professionnels (médecins et autres professionnels de santé) coordonnée par le médecin généraliste. Elle dispose de l'appui d'un assistant ou secrétaire médical (ou de plusieurs suivant la taille de l'équipe) financé par la Sécurité sociale et tisse des liens avec les professionnels du secteur médicosocial. A chaque fois que c'est nécessaire, elle collabore avec des médiateurs ou médiatrices de santé pour aller vers des patients éloignés du soin et avec des patient-e-s ressources pour l'accompagnement de patients atteints de maladies chroniques. Le travail d'équipe suppose des lieux partagés (MSP et centres de santé), un dispositif d'appui à la coordination intégré et un dossier médical partagé.

Chaque équipe de soins de premier recours choisit ses correspondants de deuxième recours et fixe avec eux les modalités de leur coopération. La limite entre le premier

recours généraliste et le second recours spécialisé est en effet variable d'un médecin à l'autre et doit répondre à la fixation individualisée des limites de compétence. Pour les pathologies chroniques complexes ou rares, le malade, en plus de son médecin traitant, doit pouvoir bénéficier d'un suivi par un médecin spécialiste référent selon des modalités définies conjointement.

Recommandation 4 – Les liens entre la ville et l'hôpital

Créer des emplois à exercice mixte ville/hôpital au sein du SSIG et développer les dispositifs d'appui à la coordination

D'une manière générale, il convient de favoriser les liens entre les acteurs de la ville et de l'hôpital par la création d'emplois mixtes ville/hôpital notamment :

- pour des médecins spécialistes réalisant des consultations avancées à la demande d'équipes de soins primaires, exerçant en centres de santé ou dans des maisons de santé pluriprofessionnelles
- pour des médecins généralistes et/ou des professionnels coordinateurs de parcours à exercice mixte ville-hôpital organisant les parcours de soins des patients, en aval et en amont de services MCO, et l'accès à un médecin traitant.

Ces postes doivent bénéficier d'un financement spécifique pérenne par l'Assurance maladie, dédié à l'intégration.

Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) devraient être au service des CPTS (de ses acteurs de la ville et de l'hôpital) et des patients. Il convient de les développer.

Recommandation 5 – Gouvernance

Associer à la gouvernance des ARS une implication des collectivités territoriales

La gouvernance administrative territoriale du SSIG doit relever des ARS et des collectivités territoriales contribuant au financement, en concertation avec les représentants des CPTS et des usagers.

Le financement au sein des territoires de santé doit appliquer le principe de l'universalisme proportionné prenant en compte l'inégalité des besoins des populations pour tendre vers une égalité plus réelle.

Universalisme proportionné

Il s'agit de développer des actions universelles mais avec une intensité proportionnée au degré de défaveur sociale. C'est un des principes fondamentaux de la réduction des inégalités sociales de santé

Des contrats peuvent être passés entre les ARS et les établissements à but lucratifs sur des activités faisant défaut au SSIG. Ces contrats spécifient la nature et le volume de l'activité concernée et implique le respect par l'établissement privé des obligations des missions de service public.

Les spécialistes installés en secteur 2 peuvent participer de façon contractuelle au SSIG pour la part de patientèle qu'ils accepteraient de recevoir sans dépassement d'honoraires (en

plus des personnes pour lesquelles les dépassements d'honoraires sont interdits : patients vus en urgence et bénéficiaires de la contribution santé solidarité (CSS) ou de l'aide médicale d'Etat (AME)).

Recommandations 6 – Souveraineté

Réguler le développement d'établissements commerciaux

Au nom de sa souveraineté en matière de santé, l'Etat a le devoir et les moyens de s'opposer au développement d'établissements commerciaux (laboratoires de biologie, cliniques, centres de santé notamment de radiologie, d'optiques, de dentisterie... et plateformes numériques diverses) appartenant à des holdings et des chaînes financiarisées ayant parmi leurs actionnaires des fonds de pension et d'investissement internationaux. En utilisant ses prérogatives d'autorisation d'équipements lourds et d'activité, les moyens financiers de la Caisse des dépôts et de la Banque publique d'investissement, l'Etat peut imposer l'intégration de l'ensemble des établissements de santé dans le SSIG soit sous le statut d'ESPIC ou de SCIC, soit par intégration au service public. Si besoin, une décision législative devra être adoptée.

Recommandations 7 – Service d'intérêt général (SIG) de santé de l'enfant et de l'adolescent

Créer un service de santé d'intérêt général de l'enfant et de l'adolescent

Les enfants et les adolescents ont une spécificité qui a amené les pouvoirs publics à créer bon nombre de structures publiques de prévention et de soins : réseau périnatalité, structures de protection maternelle et infantile (PMI), santé scolaire, inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, maison des adolescents.

Ces structures ont un principe commun qui est de ne pas se limiter à la seule vision biomédicale. Leur approche se veut d'une part globale et généraliste, considérant que la santé et le développement respectent les capacités et rythmes propres de chacun et sont sous la dépendance de déterminants étroitement intriqués (psychologiques, sociaux, familiaux, environnementaux, éducatifs...), et d'autre part pluridisciplinaire, associant des disciplines internes au champ de la santé et des disciplines extérieures à ce champ, et pluri-institutionnelle : les services de santé interviennent en interaction avec ceux de l'éducation, du social, de la justice, de la culture, des loisirs.

Les caractéristiques des problématiques de santé et du développement des enfants et des adolescents imposent la continuité des soins de santé tout au long de l'enfance et une pratique transdisciplinaire et interinstitutionnelle.

L'organisation et les faiblesses structurelles de notre système de santé et la persistance d'inégalités sociales de santé manifestes dans l'enfance conduisent à formuler la perspective incontournable de construire un authentique **service d'intérêt général de l'enfant et de l'adolescent**. Une telle perspective suppose que soit établie une politique nationale de santé de l'enfant et de l'adolescent, par les pouvoirs publics avec l'ensemble des parties prenantes, allant de la définition de

priorités stratégiques à l'élaboration des organisations appropriées et à leur coordination. Cette politique nationale doit pouvoir se décliner au niveau local et suppose d'y consacrer les moyens humains, logistiques et financiers adéquats.

Le SIG de l'enfant et de l'adolescent pourrait prendre la forme de véritables plates-formes unifiées réunissant les multiples acteurs de la périnatalité, de l'enfance et de l'adolescence (pédiatrie et médecine de ville, paramédicaux, maternités et pédiatrie hospitalière, maisons des adolescents, inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), PMI, santé scolaire, santé sexuelle...). Il s'agit d'organiser des temps et des espaces nécessaires à la co-construction d'une réponse globale et intégrée aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent, articulée sur la coopération de chacun des contributeurs selon leur mission spécifique (assurant notamment l'effectivité des parcours de santé et la synergie des soins préventifs et curatifs).

Le SIG de l'enfant et de l'adolescent aurait vocation à coopérer avec les autres professionnels et institutions du même territoire, de l'éducation nationale, des modes d'accueil, des maisons des parents, des maisons des adolescents, des lieux d'accueil parents-enfants, de l'aide sociale à l'enfance (ASE), des services sociaux, des clubs de prévention, de la justice des enfants et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, et tout le secteur associatif (notamment familial). Cette coopération vise à assurer que l'ensemble des politiques et pratiques sectorielles en faveur des enfants soit au service d'une déclinaison optimale des déterminants de leur santé et de leur développement.

Les maîtres enjeux de ce projet sont bien de penser, d'accompagner, d'anticiper et de construire les transdisciplinarités et les transitions au cours du cheminement de santé des enfants et des adolescents. Cela trouvera à s'incarner dans des formes laissées aux acteurs locaux :

maisons, carrefours, forums de santé et de développement qui leur soient dédiés.

Annexe : Rémunération des Professionnels de santé

Actuellement, les recettes des médecins généralistes proviennent pour 87% de la rémunération à l'acte et pour 13% des forfaits. Il s'agit :

- du **forfait médecin traitant** (capitation qui ne dit pas son nom) qui est pondérée en fonction des caractéristiques de la patientèle (âge, ALD et statut social : CMU et ACS) ;
- d'un **paiement à la performance** (ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique) ;
- d'un **forfait structure** (équipement du cabinet médical) et d'un forfait d'équipe.

Ces forfaits agglomèrent rémunération des tâches et financement des lieux et moyens d'exercice, sans prendre en compte toutes les missions (cf. encadré) dont la coordination, entre autres.

Les missions du médecin généraliste, ont été définies officiellement, dans l'article 36 de la loi HPST (promulguée en 2009)

Art. L. 4130-1. – Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

- ① **Contribuer à l'offre de soins ambulatoire**, en assurant pour ses patients **la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies** ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
- ② **Orienter ses patients**, selon leurs besoins, **dans le système de soins et le secteur médico-social** ;
- ③ **S'assurer de la coordination des soins** nécessaire à ses patients ;
- ④ Veiller à **l'application individualisée des protocoles et recommandations** pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au **suivi des maladies chroniques**, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
- ⑤ **S'assurer de la synthèse des informations** transmises par les différents professionnels de santé ;
- ⑥ Contribuer aux **actions de prévention et de dépistage collectifs** ;
- ⑦ **Participer à la mission de service public de permanence des soins** dans les conditions fixées à l'article L.6314-1 ;
- ⑧ **Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires** de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Il nous semble que les rémunérations forfaitaires pourraient convenir :

- à la plupart des fonctions de soins (missions 1 et 4),
- à la fonction d'orientation des patients (mission 2),

- aux fonctions de coordination et de synthèse (missions 3 et 5),
- aux fonctions de prévention et dépistage collectifs (mission 6)
- et à l'accueil et formation des étudiants (mission 8).

La rémunération des médecins pour des tâches précises : astreintes, soins palliatifs à domicile, recherche clinique devrait relever également de forfaits.

Le paiement à l'acte, quant à lui, pourrait persister pour les consultations d'urgence et de pathologies aiguës pour les patients non connus du médecin traitant et pour les consultations complexes et très complexes.

A terme on pourrait envisager trois modes de rémunérations :

- ***un forfait annuel global (capitation)*** pour l'ensemble des missions courantes de prévention et de soin (1 à 6)
- ***des forfaits spécifiques pour des missions particulières de santé publique*** (gardes et astreintes, activités impliquant d'aller vers les populations, enseignement)
- ***le paiement à l'acte*** pour les consultations pour des patients non connus du médecin traitant et pour les consultations qualifiées de complexes ou très complexes

Ces rémunérations doivent être distinguées de la prise en charge du **financement des moyens** permettant la mise en œuvre de ses missions :

- le regroupement des professionnels de santé (20 % exercent en MSP ou centres de santé) : financement des locaux
- la structuration du travail au cabinet médical et en équipe de santé de proximité suppose : – Des moyens techniques : outils numériques pour des dossiers partagés / – Des moyens humains : des assistants médicaux (employés de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) mais financés par l'assurance maladie)

Par ailleurs, des infirmières de type « Asalée » (payées par l'assurance maladie) participent à ces missions. Il pourrait en

être de même pour des infirmières de pratique avancée (IPA) au sein de MSP ou de Centres de santé.

Notes

- ① Au sens d'une plateforme informatique louant leur service aux « offreurs de prestations », ici de soins, pour les « demandeurs ».
- ② Depuis quelques années, des plateformes de coordination ont été mises en place pour favoriser le maintien à domicile et trouver des solutions pour les personnes âgées. Initialement, elles étaient destinées à être un acteur du parcours « autonomie » des patients âgés et handicapés (pour exemple les CLICS ; centres locaux d'information et de coordination, M2A Maisons des aînés et des aidants). Elles ont évolué et s'adressent de plus en plus à la population en général car les difficultés de prise en charge des patients à domicile ne se résument pas aux personnes âgées et aux personnes handicapées. C'est ainsi que les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ont été créés.