

Le SHTP-Site Hospitalier Territorial de Proximité

Rappels et propositions de modifications.

I. les positions initiales de la CN : Programme et débats (Saint Affrique-Ambert et Lure) 2004

1- **Politique de santé respectant tous les citoyens et leur ÉGALITÉ** devant l'offre de soins.
= aménagement égalitaire du territoire

2- **partir des BESOINS et non de l'offre**
= priorité aux personnes et aux territoires > administration et aux professionnels

3- et donc mettre en place une véritable **DÉMOCRATIE** sanitaire
= locale et nationale

4- **rétablir le maillage territorial et un vrai RÉSEAU gradué de structures de soin**
= 4 niveaux hospitaliers : local, SHTP, général ou de référence, CHU

5- quelles priorités dans le SHTP : **maternité, urgences et Smur, chirurgie**
= avec moyens de surveillance continue, médecine de niveau 1 et appareillage moderne
= avec **MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS**

II. les points insuffisamment développés ou évoqués seulement en filigrane

- Prévention et conseils : donc refus de la T2A et du système à l'acte
- Psychiatrie
- Maternité ET IVG
- Médecine scolaire
- Médecine du travail
- ...

Non prises en compte :

- de nos positionnements ultérieurs :

- contre la liberté d'installation,
- contre les maternités usines,
- sur la dépendance ou perte d'autonomie,
- sur les centres de santé...

- de la loi Bachelot-Sarkozy, HPST et des ARS

= la logique et l'idéologie dominante se sont aggravées par rapport à la situation de 2004.

- du fait que **la proximité concerne tout le monde**, en ville comme à la campagne, dans un hôpital local comme dans un CHU.

= nos premiers travaux assimilaient trop, et de manière erronée, la proximité avec le petit hôpital de petite ville.

III. vers un service public sanitaire de proximité autour du SHTP

1- Ossature de toute politique sanitaire : le SHTP

2- RÉSEAUX ET CONVENTIONS avec d'autres établissements

- Réseau **démocratique** et égalitaire, pas fusion-absorption
- ➔ **refus** des fermetures plus que **moratoire** (APVF, FDG)...
- Conventions inter-structures : **les personnels se déplacent**, ce qui maintient les structures démunies et réduit les transferts massifs de patients et de leurs proches
- appuis des **moyens mobiles ou à distance, en complément, non en remplacement** : hélicoptères, télé-médecine...

3- point d'appui pour le SPSP-Service Public Sanitaire de Proximité

- lien obligatoire et échanges avec Centres, pôles et maisons de santé, CPP...
- = toute la médecine de premier niveau est concernée, ainsi que le paramédical
- = fin des T2A, des coûts induits (franchises, taxes, dépassements et dessous de table) et des paiements à l'acte...

4- fournir les moyens, et surtout les personnels

- **Ondam** à revaloriser
- hausse ou suppression du **numerus clausus**
- fin de **la liberté d'installation** dans le monde libéral
- ➔ urgence des **nominations équilibrées dans toutes les structures hospitalières et dans tous les territoires**
- = **Il faut au moins appliquer aux médecins les mêmes conventions que pour pharmaciens, dentistes, sage-femmes et infirmiers...**

Et **revoir impérativement la formation**, avec prise en compte de la solidarité nationale, de la proximité... vers une formation de service public, de solidarité et d'aménagement du territoire.

5. s'appuyer sur ?

- le **SSPP - Service de Santé Publique de Proximité** du SMG - proposition du 22 juin 2012
Site : <http://www.smg-pratiques.info/Il-faut-creer-un-secteur-de-sante.html>
- le **SPTS - Service Public Territorial de Santé** de Bernadette Devictor : présidente du CISS Rhône-Alpes ; membre CA de l'ANSM-Agence Nationale de Sécurité du Médicament ; chargée par TOURAINE de mission de réflexion sur le service public territorial de santé (SPTS)
Rapport mars 2014 : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2-2.pdf.
- les positions des **associations d'élus et la volonté de quelques CR**, comme en Franche Comté.

Michel.antony@wanadoo.fr - Lure le 11/05/2014