

LES CENTRES DE SANTÉ

JOURNAL DE L'UNION SYNDICALE DES MÉDECINS DE CENTRES DE SANTÉ

E-JOURNAL N° 8

53^e CONGRÈS NATIONAL des CENTRES de SANTÉ
3 & 4 OCTOBRE 2013

ORGANISÉ PAR L'UNION SYNDICALE DES MÉDECINS DE CENTRES DE SANTÉ

Asiem - 6, rue Albert de Lapparent - 75007 Paris

LES DÉSERTS MÉDICAUX

La réponse
des centres de santé



VENDREDI 4 OCTOBRE
de 14 h à 17 h
Après-midi des Centres
de Planification
et d'Éducation Familiale



SOMMAIRE

EDITORIAL	3
UN NOUVEAU CENTRE MUNICIPAL DE SANTÉ À DOMATS	5
INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ	6
UN AN APRÈS LE LICENCIEMENT DES 39 MÉDECINS DES CENTRES DE SANTÉ DES BOUCHES DU RHÔNE	7
QUELS MODÈLES ÉCONOMIQUES ET INSTITUTIONNELS POUR LES CENTRES	9
PROFESSIONNALISATION DES PERSONNELS ADMINISTRATIFS	10
L'USMCS DÉFEND L'HÔTEL DIEU DE PARIS	12
L'USMCS AU JAPON	13
RENCONTRE AVEC LE DÉFENSEUR DES DROITS	17
RENCONTRE AVEC LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS	19

JOURNAL DE L'UNION SYNDICALE DES MÉDECINS DE CENTRES DE SANTÉ

COMITÉ DE RÉDACTION :

Alain Brémaud (alainbremaud@live.fr)

Eric May (eric.may@hotmail.fr)

André Soares (andre.soares@free.fr)

Claire Terra (claire_terra@hotmail.com)

Frédéric Villebrun (frederic.villebrun@gmail.com)

USMCS

65-67 rue d'Amsterdam 75008 Paris

Téléphone : 01 40 23 04 10 / Fax : 01 40 23 03 12

Courriel : contact@usmcs.fr

Contacts : usmcsparis@free.fr / andre.soares@free.fr



APRES LES PAROLES, IL FAUT DES ACTES

La 53^e édition du congrès des Centres de Santé organisée par l'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé avec le concours de nombreux partenaires (FNCS, FNFCEPPCS, SNC-DCDS, SNKCDS, Associations Infirmières, représentants des personnels médico-administratifs et assistants dentaires, ...) a été un grand succès grâce à vous tous et nous vous en remercions beaucoup. Le Congrès représente chaque année un tremplin pour les luttes, les démarches, les négociations que nous menons durant l'année. Il est un vif stimulant pour continuer à promouvoir, développer, améliorer les Centres de santé et rappeler la réponse sanitaire qu'ils représentent face aux besoins et aux difficultés des populations.

C'est un succès de fréquentation, de médiatisation, de qualité du contenu et de reconnaissance : vous avez été près de 600 congressistes. La presse s'est faite l'écho de cet événement et a rendu compte de nos objectifs, des apports que nous représentions et des demandes que nous souhaitions voir prises en compte. Le niveau, la diversité et la qualité des débats et ateliers ont été constatés par tous. Et la présence de Madame la Ministre de la Santé est une reconnaissance supplémentaire du modèle centre de santé : depuis 20 ans, aucun ministre ne nous avait honoré de sa présence, nous adressant dans le meilleur des cas ses représentants.

Le discours de Madame la Ministre Marisol Touraine peut être apprécié positivement : elle a insisté sur l'importance des Centres de Santé, reconnaissant leur apport, leur expertise, leur expérience et les valeurs qu'ils portent en terme d'accès aux soins, de réduction des inégalités sociales de santé, de qualité des soins et de prévention pour tous.

Mais cette reconnaissance ne nous suffit pas eu égard aux difficultés qui sont les nôtres et aux enjeux sanitaires qui sont à relever. Il faut permettre aux centres de poursuivre et de développer leurs missions dans l'intérêt des populations. La seule mise à disposition, comme à tout professionnel sanitaire, d'un logiciel de consultation des droits des assurés est bien loin d'être à la hauteur des enjeux ...

Le temps des paroles et des promesses ne peut durer éternellement : L'urgence est aux actes cohérents. Les rapports s'amoncellent : Rapport Cordier, Rapport Archimbaud, Rapport de l'IGAS. Tous soulignent la pertinence des centres des centres de santé. Ne les oublions pas au fond des tiroirs ! Certes, les groupes de travail, les consultations se multiplient mais sans lien ni cohérence, sans objectif clairement affirmé et avec des échéances incertaines si ce n'est post électorales, à l'instar de la généralisation promise du tiers payant. Il ne faudrait pas que l'affichage de l'élaboration, pour plus tard, d'une Stratégie Nationale de Santé ou d'une Loi de Santé publique n'apparaisse que comme un rideau de fumée pour temporiser au moment où des décisions sont à prendre.

Le rapport de l'IGAS sur les Centres de Santé, commandé par Mme la Ministre de la Santé, a relevé la pertinence des Centres de Santé pour la Santé Publique, l'accessibilité sociale, le juste soin au juste coût (et cela grâce, entre autres, au paiement à la fonction des professionnels soignants). Il pointe aussi l'attrait des nouvelles générations de professionnels pour les centres. Comme corollaire de ces constats positifs, ce rapport présente 20 préconisations pour l'avenir. Nous le répétons, il faut les mettre en œuvre ! Certaines représentent des urgences conservatoires pour notre devenir et l'accomplissement de nos missions et de nos services, pour maintenir accessibilité et qualité : aujourd'hui, nous attendons des actes. Ainsi, il est urgent que soient réellement pris en compte les coûts de notre mission d'accessibilité (risque du 1/3 payant, dispense d'avance de frais), d'accompagnement médical et social des personnes les plus en difficultés mais aussi coordination pluri-professionnelle, travail d'équipe.

Il faut une cohérence entre les paroles et les actes de nos gouvernants : c'est l'avenir des Centres de Santé qui est en jeu, mais surtout c'est celui de l'indispensable service qu'ils rendent aux usagers, aux populations de leurs

ÉDITORIAL

territoires.

Réduire les inégalités sociales de santé, faire reculer les déserts médicaux, développer des soins de qualité pour tous et des mesures de prévention et d'éducation sanitaire nécessitent des actes politiques et financiers clairement assumés.

Madame la Ministre, vous avez parlé au Congrès des centres de santé de faire la révolution du premier recours. Alors faites là sans plus tarder ! Nous serons à vos cotés !

Réduire les inégalités sociales de santé, faire reculer les déserts médicaux, développer des soins de qualité pour tous et des mesures de prévention et d'éducation sanitaire nécessitent des actes politiques forts, clairement assumés. Vous avez fait naître l'espoir pas vos paroles Madame la Ministre, que vos actes soient en accord et nous épargnent de toute déception.

La rédaction.



UN NOUVEAU CENTRE MUNICIPAL DE SANTÉ À DOMATS

UN NOUVEAU CENTRE DE SANTE A DOMATS DANS L'YONNE.

Début octobre 2013 s'ouvrait à Domats, village de 840 habitants, un nouveau centre de santé. Les habitants sont sans médecin depuis trois ans ; le plus proche est à une dizaine de kilomètres et n'est plus en capacité d'être le médecin référent de nouveaux patients. En l'absence de médecin libéral pour reprendre le flambeau, les villageois avec leurs élus ont donc décidé de créer un centre de santé !

Il y a quelques mois cette orientation a été confortée par une pétition de 1500 signatures. Les élus ont fait appel aux dons pour lancer le projet : 74.000€ ont été recueillis. Dès le printemps 2012, la municipalité a acquis une maison d'habitation à rénover pour y installer son centre de santé. Du fait des retards de chantier et pour pouvoir proposer des consultations début octobre 2013, le centre de santé est provisoirement hébergé dans des locaux préfabriqués. Il intégrera mi 2014 ses locaux définitifs au cœur du village à proximité des commerces.

Qu'ils viennent du village, du canton voire des départements limitrophes (Loiret, Seine et Marne), les patients sont déjà nombreux à fréquenter le centre municipal. Ils sont accueillis par une équipe de trois professionnels salariés : une secrétaire médicale, une infirmière et un médecin coordinateur. Un second médecin doit les rejoindre le 2 janvier 2014 puis l'équipe doit s'enrichir d'une psychologue, d'une diététicienne et d'une pédicure-podologue pour constituer ainsi un pôle médical de premier recours. Dans les nouveaux locaux sera installée une borne de mise à jour des cartes vitale.

415.000€, c'est le coût total des travaux (y compris l'achat de la maison) mis en œuvre pour ce centre de santé. Pour faire face à cette dépense la commune a obtenu 166.000€ au titre de la Dotation d'équipement des territoires ruraux, 55.000€ du Conseil Régional et devrait obtenir 90.000€ du Département.

Pour ce qui est du fonctionnement la communauté de communes du Gâtinais en Bourgogne a octroyé une aide de 20.000€ par an pour les deux premières années et l'ARS pourrait également soutenir cette initiative. Les élus municipaux et le comité de pilotage de ce projet ont estimé à 24.000€ mensuels les frais de fonctionnement. Ils souhaitent atteindre l'équilibre financier dans huit mois, celui-ci pouvant être atteint à partir de 18 à 20 patients par médecin et par jour en consultations ou visites.

Cette création illustre nos préconisations, présentées dans le document « Nouveaux modèles économiques et institutionnels pour les centres de santé » dont une présentation est faite dans ce journal.

Bravo aux habitants de Domats et à leurs élus.

Voilà un bel exemple à suivre !

Alain Brémaud

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ



Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient en médecine générale?

Intérêt du recueil de la position sociale en consultation de médecine générale : un consensus entre chercheurs et médecins généralistes.

La déclaration d'Alma Alta en 1978 dénonçait déjà les inégalités sociales de santé (ISS) comme « politiquement, socialement et économiquement inacceptables ». Elles sont des différences d'état de santé entre des groupes sociaux. Avec le concept d'ISS existe le concept de gradient social, c'est-à-dire que les différences d'état de santé existent entre chaque groupe social, pas seulement entre les plus défavorisés et les plus favorisés. Beaucoup de pays ont reconnu les ISS comme un enjeu de santé publique. Un environnement socioéconomique pauvre affecte la santé sociale, psychologique et physique d'un individu.

Les soins primaires constituent le terrain privilégié de prise en charge des ISS car les acteurs de « premier recours » sont en lien avec la communauté de façon quotidienne.

Le problème du repérage et du recueil systématique des indicateurs sociaux se pose puisque si la volonté politique de réduire les ISS existe, les chiffres de l'état de santé de la population sont peu rassurants et de ce fait montrent bien les difficultés de prise en charge des ISS. Tous les médecins généralistes perçoivent une augmentation des problèmes de santé des personnes les plus précaires.

Mais il est difficile de caractériser un gradient social en santé dans la patientèle.

Depuis deux ans un groupe composé de chercheurs INSERM spécialisés dans les ISS, de médecins généralistes et d'universitaires en médecine générale, de membres de réseaux spécialisés, coordonné par le Département Universitaire de Médecine Générale de Paris6, se réunit de façon mensuelle afin d'établir des recommandations opérationnelles sur le recueil systématique des indicateurs sociaux en pratique de médecine générale. Les réunions se sont opérées selon un schéma strict de processus de consensus Delphi.

L'objectif principal était de réunir les indicateurs les plus pertinents déjà décrits dans la littérature et exploitable selon trois niveaux. Le premier niveau constitue le temps de la consultation, pendant laquelle le médecin peut recueillir des informations jugées indispensables pour prendre en charge le patient. Le

deuxième niveau est le niveau communautaire : connaître les caractéristiques sociales de sa patientèle permet de mieux décrire son activité et de l'adapter à des besoins spécifiques. Enfin le troisième niveau est le niveau de santé publique et de recherche en épidémiologie. Le groupe a ainsi classé dans ces 3 niveaux 33 types d'informations utilisées pour décrire la situation sociale retrouvés dans la littérature.

Les indicateurs retenus comme indispensables à recueillir lors de la première consultation et à réactualiser régulièrement sont : la date de naissance, le sexe, l'adresse, le statut par rapport à l'emploi, la profession, l'assurance maladie, la capacité de compréhension du langage parlé et écrit. Les indicateurs jugés utiles et pas indispensables sur le plan individuel sont : le pays de naissance, le fait de vivre seul(e), la situation de famille, le nombre d'enfants à charge, le niveau d'études, la catégorie socio-professionnelle INSEE, les minima sociaux, le statut vis-à-vis du logement, la situation financière perçue.

Ces indicateurs sont rappelés dans les recommandations du groupe qui seront publiées sous l'égide du collège de la médecine générale. Avec les indicateurs se trouvent un « mode d'emploi » : des questions simples à poser lors d'une première consultation et en routine.

La communication orale lors du 53ème congrès des centres de santé a suscité de nombreuses réactions. Tout le monde s'accordait à dire que la problématique des ISS était en lien avec l'approche bio-psycho-sociale de la médecine générale. Les problèmes techniques étaient rappelés : le problème du dossier médical informatisé, le recueil longitudinal de ces données, l'extraction des données. Certains se posaient la question de l'utilité de ce genre de démarche car ils exprimaient leur impuissance à prendre en charge ces problèmes une fois dépistés.

Ce travail n'est effectivement pas révolutionnaire mais permet de poser un cadre cohérent, rationnel et pragmatique pour décrire au mieux les ISS en France, qui reste malgré les efforts politiques dans les pays européens les moins bien classés dans la capacité de réduction du gradient social.

La collaboration entre universitaires, chercheurs et médecins généralistes de façon consensuelle est en revanche innovante et stimulante.

Jean Sébastien Cadwallader,

Médecin généraliste, CMS Aubervilliers

Chef de clinique en médecine générale, université de Tours

UN AN APRÈS LE LICENCIEMENT DES 39 MÉDECINS DES CENTRES DE SANTÉ DES BOUCHES DU RHÔNE

Une année s'est écoulée depuis le licenciement le 5 Décembre 2012, de 39 médecins généralistes des centres de santé gérés par le Grand Conseil de la Mutualité des Bouches du Rhône.

Le licenciement des médecins rémunérés par le « satanique contrat à la fonction » devait contribuer de façon prépondérante à assainir la situation financière des Centres de santé du GCM.

De l'aveu même de Monsieur Becker, nouveau Président du GCM (on n'oubliera pas de sitôt sa merveilleuse prestation télévisée sur LCM), au cours d'une réunion interne, la « reprise d'activité de médecine générale dans les centres de santé du département n'est pas probante ».

Conformément à une tradition historique éprouvée de l'entreprise mutualiste, la communication est triomphante, même dans les déconfitures les plus évidentes. Les effectifs de médecins généralistes recrutés et effectivement présents, allégués par la Direction relève de la méthode Coué.

Les usagers et les élus comprendront de quoi nous parlons quand Port de Bouc, Gardanne, Martigues, Miramas, Berre, Paul Paret, affichent un nombre de praticiens toujours inférieurs aux effectifs antérieurs aux licenciements. Et pourtant les nouveaux contrats proposés sont tellement attirants pour les médecins... Comme le déclare avec une touchante naïveté Monsieur Becker dans son entretien télévisé du 28/10/2013 sur LCM :

«... C'est comme la médecine libérale mais nous on s'occupe de tout... »

Dans cette même interview mémorable, il fait une allusion sibylline au rôle mystérieux de banderoles pour expliquer le flop du recrutement et l'effondrement de l'activité... le GCM aurait-il survécu à une pratique vaudou ? Il nous en dira plus lors de ses prochains points de presse. Il terminait ce jour là en précisant qu'il était prêt à «faire grève dans la rue» pour demander des moyens à l'état... peut être pour un nouveau plan social?

Pourtant une partie de l'opinion semble satisfaite, ou au moins silencieuse : les apparences sont lénifiantes : 800 emplois maintenus à ce jour et le tiers payant (TP) maintenu sauf que la crise du recrutement des médecins généralistes en réduit singulièrement l'impact sur les populations défavorisées : le TP sans médecins ressemble à un général sans armée.

La question des contenus de la pratique sanitaire est essentielle mais ne déclenche pas le même intérêt que l'emploi ou l'accès aux soins par le tiers payant. C'est pourtant ces contenus qui départagent des projets de médecine à deux vitesses et les projets réellement novateurs, sociaux et centrés sur l'intérêt des populations, par la qualité des prestations auxquelles elles ont accès, quelle que soit leur situation sociale et leur niveau de revenus.

Le GCM, et quelques autres, dont l'ARS - cela est flagrant dans l'affaire du Centre de Santé de Port de Bouc - font sagement l'impasse sur la casse et la disparition effective de la médecine sociale et de ses contenus sanitaires : équipe, qualité, globalité, articulation avec le social, « priorisation » des facteurs de risques, rationalisation des protocoles de soins et de prise en charge.

Les Médecins licenciés ne se résignent pas à cette casse.

Partout où ils l'ont pu, ils ont réfléchi et conçu des solutions associant la pérennité des contenus sanitaires et des objectifs sociaux qu'ils ont portés depuis plusieurs décennies.

Les centres de santé, les vrais, ceux qui allient objectifs sociaux pour lutter contre les inégalités en matière de santé et des pratiques sanitaires innovantes, décloisonnées, inscrites dans les besoins des populations et des territoires où elles vivent, sont possibles.

Une subvention ne suffit pas à masquer la vacuité du projet sanitaire. La sectorisation géographique interne au GCM, n'a rien à voir avec le maillage territorial démocratique.

Un projet de Centre de santé à portage hospitalier et participation de la municipalité de Port de Bouc et de l'agglomération de Martigues, Port de Bouc, Saint mitre les Remparts, a été négocié et écrit avec l'engagement de médecins licenciés du GCM et de jeunes médecins. La date d'ouverture était fixée et on choisissait la couleur des stores.

L'intervention du GCM et la position ambiguë de l'ARS, tutelle de l'hôpital, ont tout remis en question sur le principe qu'il existait déjà un CS mutualiste à PDB, qui aurait reçu des assurances de subvention régionale et départementale. Ce même centre qui propose 1,5 poste ETP de médecine générale en lieu et place des 4 praticiens qui exerçaient il y a 1 an!

Cet épisode traduit la situation de rente du GCM qui au nom des emplois, compromet l'accès d'une population en grande précarité à des soins de qualité. Elle met en évidence l'intérêt que l'ARS porte aux comptes de l'état

UN AN APRÈS LE LICENCIEMENT DES 39 MÉDECINS DES CENTRES DE SANTÉ DES BOUCHES DU RHÔNE

et la gestion des deniers des collectivités, et au bout du compte le désintérêt pour le sort sanitaire des populations. A cette occasion un axe Ministère/ Mutualité /GCM /ARS s'est manifesté.

Naguère, certains ont dénoncé, de façon inacceptable, les médecins mutualistes licenciés « porteurs de projets destructeurs » (on appréciera qui a détruit quoi...) au motif qu'ils aspiraient à participer à la création de structures de nouvelle génération. Le GCM n'a pas le monopole de la gestion (combien contestée!) des centres de santé.

Les médecins volontaristes continueront, quelque obstacle ou manœuvre qui leur seront opposés, à agir et construire dans le cadre de leur compétence.

La peur de voir compromises des subventions ou des recapitalisations pour le GCM ne devrait pas interférer avec l'intérêt général et celui des populations.

Enfin, et pour en finir avec la stigmatisation des médecins licenciés du GCM, rappelons que ce sont les seuls salariés dans l'entreprise du GCM, à n'avoir toujours pas touché l'intégralité des indemnités de licenciement dues.

La loi a des intermittences du cœur : « ils ont dit la vérité,

ils seront exécutés », pardon licenciés... ils ont dit la vérité, ils ne seront pas payés... comme le suggère la chanson.

Et si après le Mariage pour tous, on inscrivait au programme la Loi pour tous...

Les médecins attendent avec impatience et détermination le 31/01/2014...

Monsieur Verdeau (Directeur général du GCM) et Maître Douhaire (administrateur judiciaire), impatients qu'ils sont eux aussi de respecter leurs engagements : verser avec la parcimonie vertueuse qu'on leur connaît, et le sens du châtiment, le cinquième de leur dette au médecins licenciés, qui continuent ainsi à méditer sur la nature de leurs méfaits et leur moralité vacillante (dixit un avocat délicat lors d'une audience de justice portant sur le versement des indemnités).

Docteur Gérard ISRAEL

QUELS MODÈLES ÉCONOMIQUES ET INSTITUTIONNELS POUR LES CENTRES DE SANTÉ

Considérant l'attrait que représentent les Centres de santé pour :

- la population en termes de qualité des soins, d'accessibilité sociale, de prévention et d'éducation sanitaire, de réponses aux besoins de santé de proximité, de sécurité sanitaire, d'accompagnement social et du parcours du patient, de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé,
- les professionnels de santé et en particulier les plus jeunes d'entre eux, en termes de conditions d'exercice, de travail d'équipe pluridisciplinaire, de partenariats, de formation et de développements universitaires,
- les pouvoirs publics en termes d'exercice regroupé coordonné, d'efficience, de juste soin au juste coût, de paiement à la fonction des soignants garantissant qualité des soins et santé publique, évitant les dérives inflationnistes d'un productivisme inutile,

Considérant les difficultés financières, organisationnelles et institutionnelles que rencontrent ces structures pour exister, remplir leurs missions et satisfaire leurs objectifs, se développer ou se maintenir, et même pour permettre de nouvelles créations,

Un groupe de travail de professionnels soignants issus de nos organisations syndicales des soignants des centres de santé a élaboré un important document de réflexion sur :

- les atouts des centres de santé,
- les contraintes économiques mettant en cause l'existence et les missions de ces structures et étant préjudiciables pour leurs promotion et leur développement,
- les limites, restrictions et discriminations liées au cadre réglementaire et institutionnel.

Ce document envisage ensuite les solutions pour permettre aux Centres de santé, outils sanitaires pour tous, efficaces contre les déserts médicaux et les inégalités de santé, efficaces en terme de qualité sanitaire et d'économie de santé, de continuer et de se développer :

- **Financements des missions effectuées** et du coût du tiers payant, prise en compte des rejets et risques d'impayés, cessation des discriminations budgétaires, financements pérennes de la santé publique, reconnaissance budgétaire de la coordination des soins, de l'accompagnement des patients et de la prise en charge des populations en difficulté. Tous ces éléments sont assortis de propositions tenant compte des bilans d'activité et des évaluations.
- **Renégociation urgente de l'accord national des CdS.**
- **Modifications des textes législatifs et réglementaires** afin de prendre en compte les centres de santé, les représentants des promoteurs ainsi que les représentants des professionnels soignants qui doivent être associés à tous les étages institutionnels de la vie sanitaire, consultatifs ou décisionnels, et cela autrement que sur des strapontins de fortune...
- **Repenser les règles d'existence des centres de santé** pour que l'on sache désormais quand et à quels besoins doit répondre la création d'un centre de santé et qui peut ou doit le créer, en quel lieu. Ceci devrait déboucher pour l'avenir sur un changement et une homogénéisation des statuts et des gouvernances, permettant aux promoteurs d'une structure de partager responsabilités, pouvoir et coûts. Les futurs promoteurs des centres de santé devront être issus des instances locales responsables d'une population sur un territoire donné : municipalités, régions ou départements, mutuelles, hôpitaux, associations, Etat. Ils cogéreront ensemble, partageant décisions et efforts.
- **Homogénéisation des statuts** et des rémunérations des soignants des centres de santé et place faite aux représentants de ces professionnels ainsi qu'à ceux des usagers dans les futurs conseils d'administration amenés à gérer un ou plusieurs centres d'un territoire.

Ce document se veut contribution pour échanger et avancer ensemble des solutions pour l'avenir des centres de santé dans l'intérêt des usagers et le respect de ceux qui y travaillent mais aussi outil de négociation avec nos partenaires et les instances institutionnelles et politiques.

Pour consulter l'intégralité du document, <http://www.lescentresdesante.com/>

ALAIN BREMAUD

PROFESSIONNALISATION DES PERSONNELS ADMINISTRATIFS

Une centaine de congressistes ont assisté, lors du 53ème Congrès des centres de santé, à une table ronde consacrée à "la professionnalisation des personnels administratifs et d'accueil".

L'objectif de ce débat était non seulement de mettre en lumière les acteurs majeurs des centres de santé que sont les accueillants, mais aussi de décrire toutes les facettes de leur travail pour en montrer la technicité et les compétences.

Pour cela, trois invitées sont venues faire part de leurs expériences et analyses.

Danièle POZZA, directrice de l'institut Fournier à Paris, Danièle MESSANT, kinésithérapeute au centre de santé de la Courneuve et Marie-Pierre SOUKAINI, Directrice Administration & Finances du centre de santé de Belfort.

Les leviers de professionnalisation de la fonction accueil/tiers-payant mis en évidence dans l'expérience parisienne.

Danièle Pozza a fait part de l'expérience menée par les centres de santé parisiens - tous gestionnaires confondus - sous la houlette de la Ville de Paris, et avec la CPAM 75.

Le groupe de travail ainsi constitué a établi un diagnostic des principales difficultés auxquelles faisaient face les centres de santé dans leur gestion quotidienne - au premier rang desquelles arrivait sans surprise la gestion du tiers payant. Le groupe ayant une vocation opérationnelle, a expérimenté diverses actions, qui ont montré leur pertinence :

- La formation, tout d'abord : les personnels d'accueil ont été formés par les agents de la CPAM à la gestion du tiers payant. Comme le signale l'IGAS dans son rapport 2013 consacré aux centres de santé "pour que cette étape soit faite correctement, il faut que les personnels maîtrisent toutes les règles relatives au droit à l'assurance maladie qui, au fil du temps, sont devenues assez complexes et qui évoluent vite."

- L'accès aux informations de couverture sociale : la consultation de l'outil CDR, dont a parlé la Ministre Marisol Touraine dans son discours introductif du Congrès, a été mise en place dans les centres de santé parisiens à titre expérimental. L'outil est intuitif et simple d'utilisation, même si les difficultés techniques à surmonter ne sont pas négligeables.

- La production et l'analyse d'indicateurs mensuels de rejets (CPAM 75). Des seuils d'alerte ont été déterminés, conduisant à un accompagnement sur-mesure de chaque équipe en fonction des rejets majeurs. En ligne de mire : le perfectionnement du travail de contrôle des

droits et d'enregistrement des parcours de soins.

Au titre de l'Institut Alfred Fournier, Danièle Pozza évoque par ailleurs d'autres outils de professionnalisation des accueils :

- la participation systématique d'un membre de l'équipe d'accueil lors des staffs médicaux a permis, depuis qu'elle est mise en place, de renforcer la cohérence du travail d'équipe et d'améliorer la qualité de l'accueil. L'exemple d'un staff consacré à la colposcopie est évoqué : en comprenant mieux les enjeux liés à cet examen, les personnels d'accueil ont accueilli avec plus d'empathie les appels pressants de patientes inquiètes.

- la formation à la gestion des appels téléphoniques est un facteur clé pour améliorer les taux de décroché, la qualité de l'échange téléphonique et des informations transmises. Le centre de santé a pour objectif de diminuer le nombre de rendez-vous non honoré.

Les réactions à cette intervention ont été nombreuses, et ont souligné :

- le manque d'offre de formation adaptée au métier d'accueil et de gestion du tiers payant en centre de santé. Plusieurs centres ont regretté l'absence de partenariat avec les CPAM de leur département.

- le manque de "lieu" (physique ou virtuel) permettant de partager des outils de travail (ex : des fiches de poste, des déroulés de formation), des informations techniques, ou d'échanger des questions/réponses de façon spontanée et simple, entre responsables administratifs. Exemple des centres de santé de la Région grenobloise, qui se sont regroupés pour partager leurs pratiques.

Des professionnels clés pour assurer une pratique médicale et para-médicale de qualité, et fluidifier le parcours de soins des patients

Danièle Messant, kinésithérapeute au centre de santé de la Courneuve, a insisté quant à elle sur l'apport des personnels administratifs et d'accueil dans la notion même de soins.

La professionnalisation passe en effet par la spécialisation, et la proximité. Danièle Messant s'appuie, pour avancer cet argument, sur son vécu professionnel, puisqu'elle a travaillé sans, puis avec secrétariat dédié. En ayant en charge un secteur d'activité bien défini, les professionnels ont pu en assurer la gestion complète, depuis la gestion fine des rendez-vous, jusqu'au suivi des actes et facturations, en passant par le traitement réactif des rejets, la connaissance poussée des différents partenaires et leur spécificité. Ils permettent

PROFESSIONNALISATION DES PERSONNELS ADMINISTRATIFS

également d'améliorer la fluidité de la communication au sein de l'équipe, de par leur présence continue.

Concrètement, pour le personnel soignant, disposer d'un accueil d'un haut niveau de compétence signifie :

- être nettement moins souvent interrompu au cours des soins, et mener un travail continu sur la séance,
- accueillir des patients plus détendus, parce que bien accueillis et orientés.
- bénéficier, en tant que professionnel à temps partiel dans l'établissement, d'informations régulières sur de nombreux sujets ayant trait au fonctionnement, à l'arrivée de nouveaux professionnels, aux réunions etc...

Danièle Messant souligne l'importance capitale des qualités relationnelles chez les personnels administratifs des centres de santé. Il faut éviter le turn-over, et au contraire privilégier la continuité et la proximité, pour favoriser la bonne connaissance des usagers par les accueillants, et créer les conditions d'une relation de confiance entre le centre et les usagers.

Suite à cette intervention, des participants ont tenu à signaler :

- l'atout que représente la maîtrise de plusieurs langues par des personnels d'accueil (exemple du centre de santé de Trappes)
- les tensions que peuvent générer les règles imposées dans le cadre du parcours de soins, lorsque dans une ville, l'offre de soins est déficitaire. Certains médecins de ville n'acceptent plus de "prendre" de nouveaux patients en tant que médecin traitant. Les agents administratifs sont face à des paradoxes sur lesquels ils n'ont pas de prise (exiger une déclaration médecin traitant, à une population dont on sait qu'elle est confrontée au refus par les médecins eux-même). Le centre de santé assumant son rôle d'accès social aux soins, mais se trouvant lui-même saturé.
- Un médecin de Grenoble témoigne de l'importance de ces professionnels pour la qualité de la prise en charge médicale et médico-sociale : les secrétaires nous "protègent" en menant une interaction pertinente avec les patients, elles nous apportent leur connaissance du terrain et du quartier.

La participation des professionnels administratifs aux actions de santé publique : réunir les conditions favorables.

Pour Marie-Pierre Soukaini, il faut veiller à ce que la diversité des compétences et des tâches attendues des personnels d'accueil, en centre de santé, ne confine pas au "fourre tout". En tant que responsable adminis-

trative du centre de santé associatif de Belfort, elle a privilégié une approche plus spécialisée, en veillant à ne pas faire de ces postes, déjà très exposés de part leur fonction première d'accueil, des postes qui abiment les professionnels, les stressent excessivement.

Les compétences liées à l'accueil, la prise de rendez-vous et la gestion du tiers-payant sont très spécifiques, et se conjuguent avec une contrainte de temps propre à la gestion des files d'attente. Attribuer par ailleurs à ces personnels des missions de suivi des actions de santé publique aurait conduit à une surcharge du poste, et risquait finalement de dégrader la qualité de l'accueil.

Aussi, la réflexion menée par l'équipe du centre Léon Blum a conduit à la création d'un poste d'assistante-projet en santé.

Cette assistante a bénéficié des formations mises en place par le CODES (Promotion de la santé) et également d'un module 40H en E.T.P. (éducation thérapeutique du patient) au même titre que l'équipe soignante, et elle :

- participe à la définition des orientations stratégiques en matière d'actions de santé publique,
- gère la logistique des activités de santé publique,
- peut co-animer les réunions de concertation,
- rédige et diffuse des comptes rendus des réunions internes et externes,
- suit, évalue les actions et en rend compte sous forme de tableaux de bord,
- participe à des réunions ou rencontres à l'extérieur organisées par les partenaires,
- assure l'interface avec le comité d'usagers,
- organise le 1er RDV en E.T.P. pour expliquer le dispositif aux patients,
- joue le rôle de référent « médico-sociale » pour les secrétaires médico-sociales : création d'outils de communication, sensibilisation et conseils.

Marie-Pierre Soukaini souhaiterait, concernant les professionnels administratifs, que l'on s'interroge plus sur leurs missions, leur apport, leur formation, et leur utilité dans la prise en charge de la patientèle. Trop souvent le discours est réduit à un questionnement sur leur nombre et leur coût.

Cette intervention a suscité un fort intérêt parmi les participants, qui ont souligné le besoin de mieux penser la place des personnels administratifs dans les actions de santé publique, et de ne pas en faire la tâche secondaire qui ne pourra finalement jamais être mise en œuvre faute de temps ou de formation.

PROFESSIONNALISATION DES PERSONNELS ADMINISTRATIFS

Finalement, c'est un cercle vertueux qui a été décrypté au cours de cette table-ronde :

Projet de santé => Définition des missions du personnel administratif et d'accueil => formations => compétences => qualité => motivation => participation

Des besoins forts se sont exprimés :

- partage de bonnes pratiques et d'outils de travail entre centres de santé, via par exemple un groupe utilisateur porté par la FNCS,

- mise en place de formations adaptées à la spécificité de l'accueil et de la gestion du tiers payant. Ces formations sont à créer ex-nihilo. La Fédération nationale de formation continue et d'évaluation des pratiques

professionnelles des centres de santé (Fédéforma) a été interpellée à ce sujet

- reconnaissance du rôle des personnels administratifs et d'accueil dans la qualité globale du service rendu par les centres de santé, y compris dans la qualité des soins.
- vigilance sur la "tenabilité" des postes, en terme de diversité des tâches.

Céline Legendre - Jabri

Directrice adjointe Santé et Prévention Saint-Ouen
Bureau FNCS

L'USMCS DÉFEND L'HÔTEL DIEU DE PARIS

UNION SYNDICALE DES MÉDECINS DE CENTRES DE SANTÉ

Hôtel Dieu, ils combattent pour la dignité de la France des invisibles !

L'AP-HP a décidé de transformer un hôpital de proximité, utile aux habitants du centre de Paris, en un lieu de rayonnement de son pouvoir, en un siège social à la mesure de la haute idée qu'elle se fait de son rang.

S'emparant des réelles insatisfactions du peuple parisien qui peine de plus en plus, pour lui et sa famille, à trouver à Paris un centre de santé de service public ou un médecin généraliste disponible, respectant les tarifs de la sécurité sociale, s'occupant de prévention et attentif au social, elle a tenté d'anesthésier le bon peuple en lui narrant l'étonnante fable de *l'Hôpital debout*.

En fait *d'Hôpital debout*, un *consultodrome* 24/24 et 7/7 qui tient plus du fast-food ou de la rencontre d'un soir, qui plus est aux frais de la sécu, que d'une médecine générale prévenante et attentive, travaillant sur le long terme.

Des obscurs de l'hôpital, des sans grade de l'AP-HP, des médecins urgentistes, humbles soldats de deuxième classe de la nomenclature médicale, ont pris la parole et alerté la population avec un courage admirable. Ils ont agi, seuls contre tous, pour la défense des invisibles.

A travers la parole de ces lanceurs d'alerte, la France des déserts médicaux, celle des services publics disparus, celle des périphéries orphelines de la culture et des transports, cette France fait irruption au centre historique de la ville capitale. Le combat pour la défense d'un hôpital de proximité parmi d'autres devient soudainement le combat de tout un pays qui demande qu'on en finisse avec une politique sanitaire enfermée dans des schémas de pensée datant des trente glorieuses, filés à l'idéologie gestionnaire.

Qu'on en finisse avec le dogme des Très Grands Hôpitaux dont le corolaire est le désert médical de proximité. A Paris aussi il est temps de mettre en débat les politiques publiques d'offre de soin.

- Stop à la fermeture des urgences de l'Hôtel-Dieu !
- Oui, il faut des hôpitaux de proximité !
- Oui, il faut des services d'urgence !
- Oui, il faut de la médecine générale accessible !
- Oui, il faut des centres de santé de service public !

Paris le 04 novembre 2013

Contacts : Eric MAY 06 81 93 86 14
Alain BEAUPIN 06 62 98 22 62

www.lescentresdesante.com - usmcparis@free.fr - Télécopie : 01 40 23 63 12
Siège social, secrétariat : 65-67, rue d'Amsterdam - 75008 PARIS - Tél. : 01 40 23 04 10 - CCP PARIS 20 765 36 K
Adhérente à l'Union Confédérale des Médecins Salariés de France

UNION SYNDICALE DES MÉDECINS DE CENTRES DE SANTÉ

Oui à la création d'une mission Hôtel-Dieu !

Les médecins de centres de santé saluent la nomination annoncée de Martin Hirsch à la tête de l'AP-HP.

Le projet dit de Nouvel Hôtel-Dieu était enclavé dans des dogmes d'un autre âge. Une certaine médecine de plus en plus enfermée dans une vision purement technique, dont le temple était représenté par le modèle parfait des très grands hôpitaux condamnant sans appel l'hôpital de proximité comme l'Hôtel-Dieu, et son corolaire une conception étroitement académique de la santé publique, toutes deux cheminant de conserve et s'éloignant de plus en plus de la vie des gens.

L'offre de soins parisienne doit tourner la page.

Après la "révolution complète" de la réforme Debré de 1958 créant les CHU, le moment est venu de la compléter par la "révolution du premier recours" annoncée par Marisol Touraine dans sa stratégie nationale de santé le 23 septembre 2013.

L'USMCS demande :

- l'arrêt immédiat du démantèlement de l'Hôtel-Dieu, le maintien et le redémarrage des activités essentielles à la sécurité des patients accueillis aux urgences et hospitalisés,
- la levée des sanctions contre le Dr Gérard Kierzek et les lanceurs d'alerte
- la création d'une mission Hôtel-Dieu inscrivant ses propositions dans une refondation du service public territorial de santé à Paris dans tous ses aspects, hospitalisation de proximité, urgences, demandes de soins non programmés, médecine générale, spécialités de secteur 1, centres de santé de service public et secteur médico-social.

Le moment est venu de soumettre à un débat public et démocratique les choix des politiques publiques d'offre de soin et de prévention à Paris.

Stop à la fermeture de l'Hôtel-Dieu !

- Oui, il faut des hôpitaux de proximité !
- Oui, il faut des services d'urgence !
- Oui, il faut de la médecine générale accessible !
- Oui, il faut des centres de santé de service public !

Paris le 07 novembre 2013

Contacts : Eric MAY 06 81 93 86 14
Alain BEAUPIN 06 62 98 22 62

www.lescentresdesante.com - usmcparis@free.fr - Télécopie : 01 40 23 63 12
Siège social, secrétariat : 65-67, rue d'Amsterdam - 75008 PARIS - Tél. : 01 40 23 04 10 - CCP PARIS 20 765 36 K
Adhérente à l'Union Confédérale des Médecins Salariés de France

L'USMCS AU JAPON



Voyage au pays de Min-Iren et des centres de santé japonais

La Fédération Japonaise des Institutions Médicales et Démocratiques (Min-Iren) a fêté son 60ème anniversaire le 23 août dernier à Tokyo. A cette occasion, ses dirigeants avaient invité des représentants d'autres organisations médicales internationales dont la Fédération Nationale de Formation Continue et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles de Centres de Santé (FNFCEPPCS) et l'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé (USMCS) pour un travail d'analyses et d'échanges qui aura duré une semaine. Une semaine intense et riche d'enseignements.

Quelques éléments sur l'assurance maladie au Japon

Au Japon, il existe depuis 1961 un système d'assurance maladie universelle. Toute personne résidant au Japon a obligation de s'affilier à un des trois régimes d'assurance maladie qui le composent en fonction de sa situation :

- Le régime d'assurance maladie des salariés financé par des cotisations partagées à parts égales entre les employeurs et les salariés. Il concerne 56% de la population. Il est géré par l'Etat pour les entreprises de 5 à 700 employés et par des sociétés d'assurance maladie privée (plus de 700 employés).
- Le régime public d'assurance maladie pour les personnes de moins de 75 ans ne relevant pas d'un régime de salarié. Géré dans la majorité des cas (90% des assurés relevant de ce régime) par les municipalités, il est financé par les cotisations prélevées sur les revenus de l'assuré ou par l'impôt (90 % des autorités municipales ont opté pour la solution de l'impôt affecté)
- Le régime d'assurance maladie pour personnes âgées de plus de 75 ans (65 ans si l'intéressé présente un certain degré d'incapacité). Ce système est géré par les municipalités et a été mis en place en 2000. Toute personne résidant au Japon pendant au minimum 1 an, âgée de 40 ans ou plus, doit verser des cotisations en faveur du système d'assurance des soins de longue durée. Une partie du système est financée par ces cotisations. L'autre partie est financée par la fiscalité (nationale ou locale).
- Les deux régimes précédents concernent 34% de la population japonaise.

Les japonais doivent régler pour chaque acte médical, chaque soin, chaque prestation un reste à charge de 1 à 30% selon le type de la prestation, l'âge et les revenus (pour les patients de plus de 70 ans). Il est en moyenne de 20 à 30%. Une augmentation de ce reste à charge est programmée en 2013 par le gouvernement néolibéral japonais.

Démographie japonaise et démographie médicale japonaise, le contraste :

Le Japon compte une population de 127 368 088 habitants pour une densité de 339,7 habitants / km² sur l'ensemble du Japon en 2009 et de 1523 habitants / km² en ne considérant que les zones habitables. Plus de 50 % de la population vit sur 2 % du pays.

La démographie médicale est l'une des plus basses dans les pays développés : 184 médecins pour 100 000

L'USMCS AU JAPON

habitants! Pour rappel elle est en France au 1er janvier 2013 de 299 médecins/100000 habitants (199 419 médecins en activité régulière).

L'espérance de vie y est de 81 ans pour les hommes, presque 88 ans pour les femmes (la plus élevée au monde).

Le système de soins japonais

Il repose sur la coexistence de 3 formes d'exercice médicale :

- La pratique ambulatoire solo en cabinet (environ 30% des médecins) : avec des particularités puisque le médecin est aussi pharmacien et en tire une part non négligeable de ses revenus (15%), le médecin généraliste, médecin traitant coordonnateur du parcours de soins n'existe pas au Japon. Les médecins ont une formation commune de type interniste qu'ils complètent par une ou plusieurs spécialités.
- L'hôpital (62% des médecins) : seulement 30% des lits sont en hôpital public. Il est à noter la place particulière, au regard d'autres pays développés, que tient l'hospitalisation au sein du système de soins japonais qui contrairement aux autres pays de l'OCDE, continue de s'élever au Japon.
- Les « clinics » : forme intermédiaire entre hôpital et structure ambulatoire, elles sont gérées par des médecins ou des associations. Présentes sur tout le territoire, constituant quantitativement 85% des établissements de santé, elles ne représentant que 13% de l'offre d'hospitalisation au Japon. Elles évoluent en réduisant leurs activités d'hospitalisation et en développant l'offre de soins ambulatoires en particulier la chirurgie ambulatoire. Les « clinics » peuvent s'apparenter à nos centres de santé.

Histoire de Min-Iren

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le Japon traverse une période de crise économique, sociale et sanitaire qui touche une majorité de la population : pauvreté, famine, chômage. Les conditions sanitaires se dégradent avec pour conséquence une augmentation considérable des maladies épidémiques.

C'est dans ce contexte que s'est organisé un mouvement qui rassembla médecins, infirmières, citoyens. Fondé sur les valeurs de la solidarité et de la démocratie, il se donna pour objectif le développement d'une médecine sociale pour les travailleurs, les agriculteurs et tous les citoyens japonais. Min-Iren était ainsi créé officiellement en 1953, réunissant 117 hôpitaux et structures médico-sociales dans un regroupement fédératif à but non lucratif qui s'apparente par ses statuts à une association de type coopérative ou aux mutuelles à leur origine (voir le manifeste de 1961ci-après).

Program of the Japan Federation of Democratic Medical Institutions (MIN-IREN)
(October 29, 1961)

Our hospitals and clinics are medical institutions for working people.

1. We provide medical care characterized by its quality and the kindness with which we treat our patients, and we participate in efforts to protect the lives and health of working people.
2. We always respect academic freedom, study the latest achievements of medicine, promote international exchanges, and endeavor constantly to improve and develop medical care.
3. We defend the livelihood and rights of the staff, work to democratize management, strengthen cooperation with the people of the community and in the workplace, and push ahead with the movement to protect health.
4. We struggle for the establishment of a comprehensive social security system with the State and capitalists bearing all costs, and to democratize the whole medical system.
5. We oppose war, which destroys lives and the health of humankind. In order to realize these goals, we build solidarity, work for a united medical front, and carry on activities in cooperation with all democratic forces which aim at independence, democracy, peace, neutrality and the improvement of living.

Min-Iren connu depuis 1953 un développement qui l'amena à intervenir sur une grande partie du territoire japonais avec une implantation importante dans les régions de Tokyo, Kyoto, Kobe, Osaka. Au fil de l'histoire de la deuxième moitié du 20ème siècle et de ce début de 21ème siècle, les équipes médicosociales de Min Iren sont intervenues lors des nombreuses catastrophes sanitaires qu'a connues le Japon :

- 1956, elles participèrent à l'identification de l'origine industrielle de l'intoxication mercurielle, cause de la maladie dite de Minamata qui a touché la population de la Baie du même nom. Min-Iren participa à la prise en charge des

L'USMCS AU JAPON

victimes et à leur combat pour leur reconnaissance par l'Etat japonais, à ce jour 15 000 victimes indemnisées, 25 000 en attente de reconnaissance...

- En 1995, Min-Iren est avec ses équipes auprès des populations touchées par le tremblement de terre de Kobe (près de 6 500 morts, des dizaines de milliers de blessés).
- En mars 2011, les équipes de Min-Iren sont à pied d'œuvre pour secourir les populations touchées par le séisme et le tsunami à l'origine de 18 000 morts et disparus et de l'accident nucléaire de Fukushima (près de 200 000 personnes évacuées et aujourd'hui toujours déplacées d'un rayon de 30 km autour de la centrale).

Min Iren en 2013

- Min Iren en chiffres :

La Fédération Min-Iren gère aujourd'hui des associations à l'exemple de l'association Toto à l'est de Tokyo ; elles gèrent plus de 1735 établissements : hospitaliers (155), « clinics » (600), médicosociaux (400), pharmacies (310) et de formation professionnelle dans le champ sanitaire et social (plus de 300).

Le modèle économique de Min-Iren est original puisqu'il repose sur la mise en commun des recettes de toutes les activités du groupe auxquelles s'ajoute la contribution des 3 millions de « supporters ». Ainsi, si beaucoup des activités d'hospitalisation et surtout médicosociales sont déficitaires, le réseau des pharmacies de Min-Iren, excédentaire, participe efficacement à l'équilibre de la fédération. Ce sont plus de 100 000 personnes, dont 3 500 médecins, 23 000 infirmières qui travaillent chaque jour dans les établissements de Min-Iren.

Dans l'offre de soins japonaise, Min-Iren a la charge de 1,5% du nombre de lits d'hospitalisation du Japon. Elle emploie près de 2% des médecins et infirmières du Japon. Chaque jour, 90 000 patients sont pris en charge par Min Iren dont 25 000 dans ses hôpitaux.

Min Iren, c'est aussi près de 3 millions de « supporters », membres de la fédération, contribuant à ses activités, soit en participation directe dans un cadre coopératif (via par exemple des associations de quartier) soit en les finançant par leurs dons.

• Des valeurs, un modèle de démocratie sanitaire, de formation et éducation populaire, et médecine sociale :

La fédération Min-Iren est à but non lucratif. Elle porte avec ses équipes des valeurs de solidarité et milite pour un système social et sanitaire qui assure l'accès à la santé et aux soins de qualité pour tous les japonais. Dans un pays où le secteur privé lucratif est en pleine expansion y compris dans les hôpitaux publics et où l'assurance maladie laisse un reste à charge considérable aux usagers, Min-Iren a mis en place à travers les œuvres sociales qu'elle gère, les conditions d'une accessibilité sociale aux soins de qualité pour tous en contribuant par exemple à réduire parfois totalement la part du ticket modérateur à la charge des patients.

Elle a mis en œuvre un modèle sans doute unique dans les pays de l'OCDE de fonctionnement démocratique de ses institutions et de ses structures. Cela débute par la réalisation des structures sur des territoires, des quartiers, qui ne se fait que par la contribution directe et initiale des citoyens en réponse à leurs demandes et à leurs besoins. Cela se poursuit par la place donnée aux militants supporters présents à tous les niveaux de gouvernance de l'organisation et des structures.

Il faut souligner la place de la formation et de l'éducation populaire dans les missions de Min-Iren : politique active de formation médicale initiale par l'attribution de bourses d'études aux étudiants, internes en médecine, élèves infirmières qui font leur cursus dans leurs hôpitaux et écoles. En contrepartie, ces étudiants exercent dans les établissements de Min-Iren l'équivalent du nombre d'années d'études financées.

Min-Iren accueille aussi les étudiants étrangers du Viet Nam et de la Corée du sud en particulier dans le cadre d'une coopération qui s'enrichit un peu plus chaque année.

L'éducation populaire sanitaire et sociale est organisée par toutes les associations de quartiers affiliées à Min-Iren. Elle est une des traductions les plus significatives du modèle de démocratie sanitaire prôné par Min-Iren : il n'y a pas d'exercice démocratique possible dans le champ sanitaire sans savoirs...

Enfin, le modèle démocratique et les valeurs portées par Min-Iren se traduisent par la promotion et la pratique d'une médecine sociale et globale centrée sur le patients et fondée sur l'échange coopératif soignant -usager.

L'USMCS AU JAPON

•Pratiques médicales de Min-Iren : qualité, objectif « bien être »

La qualité du service à l'utilisateur est une exigence pour toutes les équipes de Min-Iren. Elle est obtenue par un niveau de formation des soignants qui n'a rien à envier à celui des médecins et soignants français. Le niveau des équipements des établissements de Min-Iren est aussi impressionnant : par exemple un hôpital de proximité de Tokyo géré par l'association Toto assurant consultations externes et hospitalisation (médecine et chirurgie générale, 90 lits) est équipé d'un scanner et d'une IRM.

L'exercice médical salarié à la fonction des équipes de Min-Iren est garante de cette qualité. Il est fondé sur les pratiques d'équipe, coordonnée, dans un rapport non hiérarchisé avec le patient. Il est guidé par une exigence, permanente, celle du consentement éclairé et de l'alliance thérapeutique : les équipes de Min-Iren ont fait leur, le principe du « patient acteur de sa santé » et mieux, le mettent concrètement en œuvre.

Toutes les pratiques et l'organisation de la prise en charge des usagers des services de Min-Iren sont soutenues par un seul objectif : la recherche du « bien être » des usagers, des patients en prenant en compte toutes les composantes qui impactent leur santé, sociales, professionnelles, familiales, environnementales... Un objectif décliné de façon originale mais tout à fait comparable aux objectifs portés par le mouvement des centres de santé français.

•Les clinics de Min-Iren et les centres de santé français : d'évidentes convergences

Min-Iren s'est approprié le modèle des clinics japonaises pour mieux les transformer en structures innovantes s'articulant, dans le cadre d'un service social et solidaire que l'on qualifierait de service public en France, entre l'hôpital et l'offre ambulatoire japonaise traditionnelle dont l'archaïsme n'a rien à envier à la médecine libérale française.

Si les clinics de Min-Iren ont pour certaines d'entre elles encore des lits de courte hospitalisation, elles s'orientent aujourd'hui vers le développement d'une offre polyvalente, associant médecine de premiers recours (basée sur un médecin traitant coordonnateur des soins), chirurgie dentaire et services de soins infirmiers intervenant à domicile. Ces clinics ne diffèrent pas dans leur champ d'action ambulatoire du modèle des centres de santé français polyvalents. Elles en partagent les valeurs, les pratiques, les missions et les objectifs. Confrontées aux mêmes enjeux de santé publique que les centres de santé français (crise économique et sociale, vieillissement de la population, démographie médicale en baisse), elles ont adopté les mêmes modes d'organisation pour offrir l'accès aux soins de qualité pour tous.

•Min-Iren, une organisation militante à l'action politique nationale et internationale :

C'est d'abord un acteur qui intervient dans la vie politique japonaise et promeut un système de sécurité sociale plus solidaire dont la référence clairement affichée est la Sécurité sociale française de 1945.

Mais l'action de Min-Iren ne se limite pas au seul champ sanitaire et social. Elle inscrit son action dans le mouvement japonais et international pour la paix dans le monde et contre le nucléaire tant civil que militaire. Aujourd'hui, pour les membres de Min-Iren, après Hiroshima, Tchernobyl et Fukushima, la question de la pertinence du nucléaire ne se pose plus : il n'y pas d'autres choix pour eux que l'abandon total de technologies non maîtrisées qui menacent l'humanité.

Conclusion : vers une Fédération Internationale des associations démocratique de médecine sociale...

Ces 7 jours passés avec les dirigeants de Min-Iren, les membres de leurs équipes hospitalières, de leurs établissements de formation, de leurs clinics, avec les « supporters » et les militants, mais aussi avec les élus progressistes qui les soutiennent ont fait naître au décours de nos échanges le besoin partagé de rassembler au sein d'un mouvement identifié, d'une Fédération internationale par exemple, toutes les organisations et acteurs promoteurs d'une médecine sociale et humaniste dans le monde. Les dirigeants de Min-Iren et nous-mêmes nous sommes donnés l'horizon 2014/2015 pour créer ensemble cette organisation qui aura pour objectif la promotion des pratiques médicales globales et sociales, des projets de recherche communs, les échanges d'information, la formation des équipes... Une première étape à la construction de cette fédération est déjà fixée : cela sera la venue d'une délégation de Min-Iren au Congrès National des Centres de Santé en octobre 2014.

Dr Eric May

RENCONTRE AVEC LE DÉFENSEUR DES DROITS



L'USMCS RENCONTRE « LE DÉFENSEUR DES DROITS »

Le mardi 17 octobre une délégation de la direction de l'USMCS (Eric May et Alain Brémaud) rencontrait la chargée de mission du « Défenseur des droits » Vanessa Pideri.

Qui est le défenseur des droits ?

Représenté en la personne de Dominique Baudis et son équipe, c'est une autorité indépendante constitutionnelle créée en 2011. Elle regroupe le Défenseur des enfants, le Médiateur de la République, la HALDE et la Commission nationale de la déontologie et de la sécurité.

Chargé de veiller au respect des droits et libertés, le Défenseur des Droits contribue notamment à la promotion de l'égalité en menant des actions destinées à prévenir les discriminations, à promouvoir l'intérêt supérieur et les droits des enfants, et à améliorer les relations entre les usagers, les administrations et le service public.

Il entretient un dialogue avec les acteurs de la société civile à travers la mise en place de comités d'entente, ainsi le 22 mars 2013 a été installé un comité d'entente santé réunissant une vingtaine d'associations afin d'identifier les difficultés récurrentes en matière d'accès aux droits liés à la santé.

Pourquoi le défenseur des droits reçoit-il l'USMCS ?

Fin mars 2013, le Premier Ministre, voulant « relancer une politique efficace en faveur de l'accès aux soins des personnes en situation de pauvreté et de précarité », demande au Défenseur des droits une analyse sur les pratiques de « refus de soins de la part de certains professionnels de santé concernant les personnes en situation précaire et particulièrement les bénéficiaires de l'AME, la CMU-c et l'ACS », ainsi que des propositions pour y remédier.

La rencontre avec le département « promotion des droits et de l'égalité »

Nous avons été reçus très cordialement par Madame Vanessa Pideri qui nous est apparue, bien que liée par la lettre de commande restrictive du Premier Ministre, très à l'écoute et très au fait des différentes problématiques médicales et sociales.

En résumé, si nous avons salué les termes des trois

premières lignes de la lettre de mission de Jean-Marc Ayrault, nous avons regretté que la totalité du reste de cette lettre se concentre sur une approche très restreinte et discriminante de cette question. En effet, limiter l'éclairage sur les inégalités sociales de santé aux seuls refus de soins de certains soignants en direction des bénéficiaires des AME-CMU-ACS, nous semble une manière inappropriée, « par le tout petit bout de la lorgnette », stigmatisant exclusivement les professionnels soignants, oubliant toutes les autres composantes et responsabilités sur ce sujet, d'aborder cette importante question.

Ainsi, nous avons rappelé qu'il aurait fallu parler des inégalités sociales de santé dans toutes leurs composantes : niveau social et économique individuel, niveau d'instruction, cultures et langues, niveau de pauvreté, chômage et type d'emploi, conditions de vie ; mais aussi envisager ces questions en terme d'accès aux soins et d'accès à la prévention, au dépistage et à l'éducation sanitaire.

Nous avons souligné que cette pauvreté grandissante de la population est aggravée par les diverses mesures prises par les gouvernements successifs, y compris l'actuel, et cela en particulier en matière de santé : remboursements successifs, franchises sur les remboursements, accès aux complémentaires de plus en plus discriminants en termes de coûts, de paniers de soins de remboursements, de paniers de soins de tiers payant. Enfin, ces inégalités sociales de santé sont corroborées géographiquement à des inégalités territoriales de réponses aux besoins de santé et surtout de réponses accessibles socialement (c'est-à-dire à des tarifs opposables voire avec tiers payant) ce qui confirme que les déserts médico-sociaux progressent partout dans le pays.

Cette rencontre a été l'occasion de rappeler que les Centres de santé, eux, contribuent à réduire ces inégalités sociales de santé. Nous appuyant sur nos expériences, l'étude EPIDAURE-CDS, le rapport Cordier, le rapport de L'IGAS sur les Centres de santé, nous avons pu démontrer que nos structures de proximité, qui intéressent de plus en plus élus locaux et jeunes praticiens, permettent un accès à des soins économes et de qualité pour la collectivité nationale (grâce pour une part au salariat à la fonction des soignants). Tarifs opposables, Tiers payant y compris complémentaire, travail d'équipe et pluridisciplinarité, accompagnement du parcours de soins et du parcours du patient, accompagnement social, prévention et éducation sanitaire organisées de manière locale et adaptée, prise en

RENCONTRE AVEC LE DÉFENSEUR DES DROITS

charge de tous les patients sans discrimination. Voilà les qualités des centres de santé que nous avons évoquées concrètement, afin qu'elles puissent être reprises par l'instance qui nous recevait puis par le Premier Ministre pour faire reculer déserts médicaux et inégalités sociales de santé.

Bien sur, nous n'avons pas listé tous ces points sans en souligner le coût pour les centres de santé ou pour tous ceux qui voudraient suivre leur exemple : coût du tiers payant (sécu et complémentaire) et des rejets, risque d'impayés, coût de l'accompagnement du patient et de l'accueil social, du travail d'équipe et du plateau technique, de la prévention, de la prise en charge de populations en difficulté.

Enfin, nous avons abordé le peu qu'il y a attendre de mesures pour faire cesser les discriminations faites par certains soignants en direction des bénéficiaires des CMU-AME-ACS, considérant qu'il s'agit d'un problème réel et à résoudre, mais à la marge de la tota-

lité des questions que nous venions d'aborder. Citons par exemple les effets de seuil d'obtention de CMU ou d'aide à la mutualisation qui condamnent de très nombreuses familles à renoncer aux soins.

Là encore, nous avons évoqué notre expérience en matière d'accès aux soins et à la prévention sans discrimination. Par contre, nous avons attiré l'attention sur l'écueil à éviter : les structures dites « low-cost » qui se spécialisent dans des soins bas prix et basse qualité, pour des populations exclusives CMU, contribuant ainsi à une offre sanitaire à plusieurs vitesses et créant des ghettos sanitaires péjoratifs pour l'avenir et, en fait, coûteux pour la collectivité nationale.

Souhaitons que les termes de notre échange et nos propositions soient repris dans le rapport du Défenseur des droits.

Alain Brémaud

RENCONTRE AVEC LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

L'USMCS a rencontré le 9 octobre dernier la section « exercice professionnel » de l'Ordre des médecins à l'invitation du Dr Patrick Bouet nouveau Président de son Conseil National. Celui-ci, médecin généraliste de Seine Saint Denis et ancien président du CDOM du 93, connaît bien les Centres de Santé et a même par le passé participé à des débats du Congrès National des Centres de Santé.

Cette rencontre est une étape supplémentaire du mouvement de reconnaissance par les institutions des centres de santé et de leurs professionnels de santé salariés. Le point d'orgue en fut sans contestation l'ouverture du 53ème congrès des centres de santé par la Ministre de la Santé, Madame Touraine, qui a précédé de quelques jours cette réunion à l'Ordre.

Préalablement reçue par le Dr Bouet qui a affirmé à nos représentants toute sa considération et tout l'intérêt qu'il porte aux médecins salariés des centres de santé et à leur mode d'exercice en équipe et regroupé, la délégation de l'USMCS a ensuite échangé pendant plus de 2 heures avec les membres de la section. Echanges riches qui ont permis d'apporter toutes les réponses aux très nombreuses questions posées par nos confrères ordinaires sur les centres de santé, le cadre réglementaire de nos structures, les statuts des médecins qui y exercent, les modes de financements des centres et de rémunération des médecins, les motivations des jeunes médecins à exercer en centre de santé, le mouvement de création de centres de santé pour répondre à la problématique de la désertification médicale... Les principaux éléments du discours de la Ministre de la Santé au congrès leur ont été transmis. Et aucun sujet n'a été tabou ou éludé. Et aux questionnements des représentants de l'ordre sur l'absence de participation des médecins des centres de santé à la PDSA, la délégation de l'USMCS a rappelé le travail qu'elle a entrepris depuis 12 mois avec la DGOS pour lever les obstacles réglementaires qui en l'état ne permettent pas aux médecins des centres de santé d'y participer dans le cadre de leur statut salarié.

Au terme de la rencontre, les représentants de l'Ordre ont proposé leur soutien et leur conseil. Et c'est avec l'engagement réciproque d'un renforcement des échanges entre l'USMCS et le CNOM dans le cadre d'une coopération à mettre en œuvre que les deux parties se sont quittées. A suivre...

Docteur Eric May