38ème Rencontre Nationale

Matin du 7 novembre 2026

Mot du Maire de St Etienne de REMIREMONT, Mr JC TISSERANT

Fait part du sincère attachement des élus du territoire au Centre Hospitalier, et à la maternité en particulier, s'inclut également en tant qu'usager. Fait le constat de subir les mêmes logiques comptables nationales. Met l'accent sur l'intérêt d'un travail autant constructif et participatif.

Mot de Michèle LEFLON, Présidente de la Coordination Nationale

Tient à remercier pour le soutien matériel de la commune, remerciements qu'elle ne peut pas adresser au Conseil Régional. Souligne la richesse de l'action conjointe des élus, de la population et des soignants. Ajoute la particularité des zones loin des CHU mises à mal par la politique de soin actuelle et l'importance de l'égalité pour l'accès aux soins.
Enfin, adresse ses remerciements à l'ADEMATH pour l'organisation de ces rencontres.

Mot du Maire de REMIREMONT et Président de la communauté de Communes, Mr JB TISSERANT

Il rappelle que le CH de la commune a été inauguré 50 ans auparavant par S VEIL et déclare que derrière les usagers, il s'agit de la vie humaine. L'hôpital compte 800 agents pour 100 000 habitants. Grâce à la mobilisation du comité, des élus locaux et aux actions faites au cours des dix dernières années, le CH existe toujours. Il fait part de la difficulté d'attractivité pour les secteurs ruraux ou semi-ruraux. En matière de santé, c'est l'État qui a la compétence, la difficulté budgétaire à venir pour l'année 2027 est inquiétante. A ce sujet, il évoque des décisions à prendre en lien avec le résultat des prochaines élections. La difficulté d'accès au soin est nationale, y compris sur Paris avec des arrondissements comptant aussi des déserts médicaux. La dimension de l'avancée en âge justifie d'autant plus la présence d'hôpitaux publics.

Mot du sénateur des Vosges, J. HINGRAY

Il évoque les difficultés de la jeunesse en lien avec les événements actuels et propose la suppression des ARS en parlant d'une lutte contre « un rouleau compresseur ». Il met en lumière l'aspect non partisan pour sauver l'hôpital, pense qu'il ne s'agit pas de problèmes financiers mais d'une question de redistribution, nomme « le pouvoir de l'administratif » et les conséquences de la loi Bachelot : notamment les Conseils d'Administration remplacés par des Conseils de Surveillance. Il faudrait plus de soignants et moins de « chipotage » des CDU. Il conclut sur l'importance des élus pour défendre le territoire.

Mot du Président de l'ADEMATH, Mr Jean PIERREL

Jean exprime l'inquiétude pour le CH du THILLOT, le directeur ayant voulu supprimer le côté sanitaire, le combat a permis d'éviter, pour le moment, un transfert de l'activité sanitaire sur Remiremont, ce qui n'est pas une solution. Il pointe aussi la bataille contre la suppression de la permanence des soins de chirurgie à Remiremont avec une menace toujours présente.

Que demandent les usagers ? Quelles sont nos propositions pour la santé, l'autonomie et l'assurance maladie ?

Mot de Guillaume GRANDJEAN, Président de séance

Contrairement à l'idée reçue selon laquelle la France serait « championne des dépenses de santé ».
Guillaume rappelle que la France :

- Avait le meilleur système de santé au monde il y a25 ans
- Est classée, selon l'OCDE, au 24ème rang mondial sur 28 au niveau des dépenses de santé
- Au 28ème rang mondial pour la mortalité infantile

Ajoute le recul de la prévention primaire, les normes économiques sans fin, l'existence de grandes enquêtes sur les difficultés d'accès au soin par France Asso Santé, Que Choisir…
Rappelle que la défense de la Sécurité Sociale doit être « la mère des batailles » alors que les usagers ont l'information que « les caisses sont vides » et qu'ils doivent faire des efforts !
3 axes pour l'intervention à venir : état des lieux des Centre De Santé avec la faisabilité d'installation dans le contexte financier actuel, la place des usagers.

Dr Eric MAY, médecin directeur du centre de santé de Malakoff, vice-président de la Fédération Nationale des Centres de Santé

Médecin généraliste depuis 30 au CDS municipal de Malakoff

Il évoque l'importance des Centres de Santé (CDS) sur le territoire et note une annonce de la ministre de la Santé, Mme RIST, « la bataille des **déserts** médicaux était en passe d'être gagnée ! »

L'observatoire national a été créé en 2016 : la France compte 3000 CDS, augmentation significative de 700 à 1400 en 10 ans, pour la plupart, des centres polyvalents, pluridisciplinaires.
Les projets de santé sont basés sur les besoins de la population.
Le regard de la Sécu et du gouvernement sur ces Centres a changé, mais nous avons affronté une bulle spéculative des CDS dentaires, à l'initiative d'entrepreneurs véreux, désormais en baisse grâce à des contrôles plus accrus.

Il tient à préciser que les CDS ne sont pas dans une posture d'alternative en opposition au privé. Ils doivent être en lien avec les CH. Note une différence quant à leur poids, étant reçus désormais avec respect et attention, contrairement à l'époque de Bachelot, Sarkozy… Estime dramatique que les élus ne connaissent pas la spécificité des CDS.

Il y a une émergence de nouveaux porteurs de projets en 2010/2011. Les collectivités agissent sur un territoire et aussi de façon élargie sur le département voire la région.
Les régions, non compétentes auparavant en matière de santé, portent des projets de CDS : c'est le cas du Val de Loire et de l'Occitanie, plus modestement de l'Auvergne-Rhône-Alpes.

Émergence aussi de « CDS communautaires », principe validé par l'ex ministre de la Santé, A BUZIN, en préférant toutefois le terme de « Centre de Santé Participatif » !

Collectif SECPA : Structures d'Exercice Coordonné Participatives : principe d'adaptation selon les milieux difficiles : soit urbain, soit rural. Ces structures contiennent les soins de premier recours, les médecins traitants et un(e) assistant(e) médical(e).

Les CDS ont la particularité d'investissements politiques non partisans (hors le RN). Les élus, interpellés par les citoyens, se saisissent de la compétence santé, les CDS peuvent être un outil.

Il existe des projets portés par des Ets mais demeurent très confidentiels, hormis l'exemple de l'APHM (Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille).

Qui financent ?

Beaucoup d'élus décident de prendre en charge la politique de santé.
Les structures d'exercice coordonné participatives (SECPA) ont été mises en place. Elles ont une convention avec la CPAM tous les 5 ans mais étaient menacées.

Les mutuelles, sous pression du DG de la CNAM, n'ont pas pu renégocier leur convention. La FNCD (Fédération Nationale des Centres de Santé) lutte pour négocier, ce qui profite aux autres acteurs de santé.
Les structures « France Santé » (FS) rend d'autant plus difficile cette lutte, attribution pour ces dernières d'emblée de 50 000 €, la majorité des CDS sont labellisés FS. Remarque que LECORNU a permis tout de même une valorisation avec toutefois des objectifs inatteignables.

Juge une situation des CDS comme « au milieu du gué », avec une équipe pérenne.

1- L'expérimentation SECPA démontre une bataille politique en partie gagnée avec le risque écarté d'un arrêt des financements de la ministre RIST.
2- Problème des financements à l'acte sur un contexte de population vieillissante avec souvent des polypathologies, d'autres pays ont développé un système de capitation, soit de passer d'un financement à l'acte, à un forfait/patient.

Sur la participation des usagers, il s'agit d'un volet participatif mature des CDS, intégrant des personnes du quartier, toujours en évolution. Encouragement nécessaire des porteurs de projets à les associer au plus tôt. Le modèle économique reste à consolider : besoin de la présence d'usagers et notamment de la défense de la capitation.
Souhaite préciser que les CDS non lucratifs sont complémentaires des autres structures de type PMI (protection maternelle infantile), Médecine de santé au travail, médecine scolaire, Ets de santé…
Les perspectives :

- Créer un service public territorial de Santé.
- Importance de la prévention, notamment la santé liée à l'environnement

Echanges avec les participants

M. LEFLON : cite un 4ème GIP (groupement d'intérêt Public) créé dans le Grand Est et la présence de 3 CDS dans la Meuse et les Vosges (en 2027) avec la participation de la région et de la collectivité. En parallèle, parle de la fin des financements des Missions Locales faute de moyens : soit un abandon de ses missions premières pour une compétence Santé dévolue normalement à l'État. Faut-il exiger des financements nationaux ?

Dr CLOCHE : Médecin au CH de Remiremont et président du Conseil de Surveillance. S'interroge sur la création de structures pour grouper les médecins, ainsi que la permanence des soins et les urgences, qui ne lui semblent pas satisfaisantes. Demande comment organiser les gardes dans les CDS ?

Mr SIMONIN : retraité de l'enseignement, membre de la coordination. Pense que la difficulté des CDS porte sur l'ascendance des Maisons de Santé, juge la capitation intéressante mais doute de sa faisabilité.

Réponse Dr MAY :
La permanence des soins est réalisée à l'instar des médecins libéraux et précise que les CDS prennent en charge tous les patients, y compris ceux sans droits de couverture santé. Les CDS ont une mission de Santé Publique, de prévention, outils d'intégration sociale, ce que ne peuvent pas réaliser les cabinets libéraux.
La capitation permet de financer une équipe.
Rappelle que la permanence des soins doit relever exclusivement de l'ARS et du Conseil de l'Ordre. Précise qu'il s'agit, pour les médecins, d'une obligation déontologique mais que le volontariat soit de mise pour le libéral…
Les MSP (Maisons de Santé Pluripro) ont un projet médical et relève d'un concept entrepreneurial. Il s'agit à la base d'un projet immobilier.

M.ANTHONY : évoque la question des CDS privés, par rapport aux créations militantes, une coordination nationale des CDS et de repartir ces structures de façon égalitaire sur le territoire à l'instar des SDIS (Service de Secours).

B.FILHOL : secrétaire générale de la Fédération CGT Santé Action Sociale. La réforme tarifaire par capitation est favorable au patient car répond à ses besoins et non au coût. Parle d'une expérimentation sur 27 mois pour 127 000 patients. Cite l'APHM où le CDS est adossé à l'Ets, notion de soin avec du lien social. Pense qu'il faudrait une réflexion nationale sur des CDS fonctionnant comme des dispensaires.
Collectivités locales/signature CPTS car financement difficile.

Réponse Dr MAY :
Parle de l'expérimentation de l'article 51 (issu du PLFSS) avec 16 CDS en PEPS (Prévention Education Pour la Santé) dont le financement a été versé à la personne morale d'où une difficulté d'entente sur la répartition entre les soignants.
La capitation présente l'intérêt de s'inscrire dans un système européen et un financement plus intéressant.
Rappel de l'existence depuis 100 ans du CDS du Val de Marne, ainsi que du GIP en Occitanie avec la création de 27 CDS, ce qui a permis aux patients de retrouver un médecin traitant.
Réaffirme la nécessité de lutter contre les CDS privés, désormais, les CDS OPH et dentaires sont privés de financement dès lors qu'ils dépassent 50% de leur chiffre d'affaires.
Le maillage territorial reste à réaliser en 2027.

F.AMIOT : présidente des usagers à Cherbourg. Il évoque un combat de 10 ans pour la création d'un CDS municipal.