**Une image contenant dessin

Description générée automatiquement**

Lyon le 18 juin 2020,

**Contribution des centres de santé au Ségur de la santé (Groupement Régional des Centres de Santé Auvergne Rhone-Alpes) :**

Les acteurs de la médecine de ville se sont plutôt bien adaptés à la crise COVID. Par exemple, plusieurs centres de santé polyvalents ont été labélisés centre Covid à l’instar de certaines maisons de santé. Mais, en pratique, chacun a dû se débrouiller seul et le 1er recours dans son ensemble a été insuffisamment intégré dans les réponses à la crise, en grande partie parce que sa fragmentation le rend parfois « insaisissable ». Aussi, nous préconisons **d’accentuer le soutien des pouvoirs publics aux dynamiques et aux structures pluriprofessionnelles** de la médecine de ville. L’exercice isolé doit devenir l’exception avec :

* **Une dynamisation des CPTS** : l’existence de CPTS arrivées à maturité aurait nettement amélioré, lors de la crise Covid, le partage d’expérience et la coordination au niveau de chaque territoire. **A condition bien sûr qu’elles intègrent bien tous les acteurs de chaque territoire**. La crise a permis parfois d’oublier les clivages publics/privés, lucratif/non lucratif, libéraux/salariés en se centrant sur notre mission de soignant. Il faut prolonger ce décloisonnement en faisant des CPTS **un lieu de régulation doté de prérogatives structurantes** permettant d’aborder concrètement les problématiques de parcours de soins : désengorgement des urgences, accès à un médecin, accès à la prévention, filières de soins optimisées… Cette dynamisation pré-suppose une véritable indemnisation des temps de coordination passés pour la CPTS par les professionnels de santé.
* **le soutien au développement des structures pluriprofessionnelles de 1er recours**, notamment aux centres de santé. Plusieurs pistes d’action : davantage de **rémunérations forfaitaires** tenant compte des spécificités des publics accueillis (malades chroniques, précaires…), de vrais financements pour une **prévention** sur les lieux de soins au plus près des publics à prioriser, des financements concrets des postes de coordination, des solutions juridiques pour mieux articuler maisons et centres de santé…

Ce soutien aux centres de santé peut prendre aussi d’autres formes : intégrer dès la conceptions des réglementations nationales la nécessaire application à un cadre salarié et pas seulement à un cadre libéral, **soutenir en local les centres de santé comme le font l’ARS et le conseil régional d’Auvergne Rhône-Alpes** qui développent une politique de soutien avec notamment le financement d’un Groupement Régional des Centres de Santé participant à l’élaboration des plans d’action régionaux, soutient la création de nouveaux centres, encourage le professionnalisation notamment au moyens d’échanges de pratique. On pourrait également envisager au niveau national la création d’un label centre de santé responsable pour valoriser les pratiques vertueuses et citoyennes distinguant les centres acteurs de santé publique mobilisables en cas de pandémie

* La question des EPI, masques et surblouses notamment, a été la préoccupation numéro 1 pendant la crise Covid (pénurie, flambée des prix…). Les structures de soins coordonnées n’ont pas été intégrées dans le circuit de distribution des établissements sanitaires alors que le système de distribution en pharmacie était surtout adapté à l’exercice isolé en médecine de ville. Des pharmaciens ont été réticents à délivrer des masques aux médecins des centres de santé et quand ils l’ont fait craignaient de voir arriver la dizaine voire la trentaine de professionnels de santé du centre, ce que l’on peut comprendre. L’ARS a pris note de ce point d’amélioration mais n’était pas décideur. Entre les établissements sanitaires, médico-sociaux et les professionnels de santé de ville isolé, il y a les centres de santé et les maisons de santé qui doivent faire l’objet d’**une prise en compte spécifique pour plus d'efficacité en contexte de crise**.
* La crise a « boosté » l’utilisation de la **télémédecine** mais attention celle-ci ne doit pas être perçue comme la solution systématique. Patients et professionnels de santé avaient et ont encore tous hâte de réinjecter du présentiel dans la relation soignants / soignés. Cette remarque est encore plus vraie pour la psychiatrie. Néanmoins, la télémédecine a été « apprivoisée » par certains médecins jusqu’ici réticents et elle doit maintenant s’intégrer dans les suivis comme un **mode alternatif utile uniquement dans certaines situations ou pour un type bien précis de consultations**. La Télémédecine ne doit pas être présentée comme LA solution unique aux problèmes de répartition sur le territoire des professionnels de santé, problèmes qui doivent être traités avec de vraies mesures structurelles.
* La crise Covid a bien montré que la condition de l’efficacité de la prise en charge était aussi liée à l’**absence de reste à charge pour le patient** à toutes les étapes de son parcours. Pendant cette crise, la question financière n’a pas été une donnée pour les patients. Cela doit nous inspirer quant à la question des parcours patients afin que ceux-ci soient accessibles à tous les assurés sociaux. Il ne suffit pas de résoudre les problématiques de décloisonnement, de fluidité entre la médecine de ville, l’hôpital et le médico-social, ainsi que de répartition de l’offre sur les territoires, de télémédecine… Il faut également **solvabiliser l’accès aux parcours de soins pour chacun**. Par exemple, nous savons qu'il est parfois difficile d’accéder à certaines spécialités de ville en secteur 1. L’amélioration des cotations sécurité sociale hors actes techniques pour certaines spécialités est donc un enjeu fort pour la prise en charge des malades chroniques (médecine générale, endocrinologie, gastro…).

En conclusion, la fin de l'exercice isolé et une régulation plus proche du terrain plus concrète renforceraient encore davantage la médecine de ville au sein des parcours patient aussi bien en période de crise sanitaire que dans un contexte plus classique.