

Dispositif France Santé : de la poudre aux yeux pour masquer la carence de services publics

Annoncé en septembre 2025, le développement du dispositif France Santé reste aujourd'hui très flou. Selon le gouvernement, il s'agirait de « bâtir d'ici à 2027 un réseau de soins de proximité assurant, *a minima* par bassin de vie, une offre à environ 30 minutes autour de chez soi, à l'image de ce que proposent les maisons France services ». Objectif : 5 000 maisons en 2027, à mettre en regard avec les 2 501 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dénombrées au 31 décembre 2023, par le ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles¹.

Pour être labellisé, il faudrait *a minima* :

- la présence d'un·e médecin généraliste et d'un·e infirmier·ère,
- une ouverture au public 5 jours par semaine,
- des consultations sans dépassements d'honoraires,
- la capacité à proposer un rendez-vous sous 48 heures ou à orienter vers une solution médicale adaptée,
- la participation à la permanence des soins ou aux dispositifs de régulation des soins non programmés.

Le cadre du dispositif reste incertain, ces modalités n'étant pas détaillées, tout comme son financement. Il a été évoqué 50 000 €/an pour les structures qui obtiendraient ce label, mais sans garantie aucune de pérennité, la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2026 étant imprécise sur le sujet. De plus, les contreparties liées à ces financements ne sont pas non plus développées. Se pose aussi la question de l'efficacité d'un financement aussi massif d'un système libéral qui a fait la preuve de ses limites pour organiser le service de première nécessité que représentent les soins primaires. Par exemple, en mars 2023, « plus de 700 000 personnes en affection longue durée (ALD), c'est-à-dire porteuses d'une maladie grave et/ou chronique nécessitant un suivi régulier, n'[avaient] pas de médecin traitant. »²

Pourquoi donc autant de bruit autour d'annonces aussi incertaines ? Le gouvernement semble avoir pour objectif de reproduire le modèle des maisons France Services. Sauf que ces dispositifs visent surtout à faire admettre la disparition des guichets des services publics à des populations ségréguées par l'État français aussi bien dans les quartiers prioritaires de la ville (QPV) que dans des zones « France Ruralités Revitalisation » : service des impôts, caisse d'allocations familiales, d'assurance maladie, de retraite, aide au logement, La Poste, Pôle emploi devenu France travail, etc.

Le Premier ministre affirme que « Les Françaises et les Français, ce qu'ils veulent surtout, c'est un médecin. » Nous pensons nous que ce qu'ils et elles veulent surtout, c'est vivre dignement en bonne santé. Et cela n'est pas uniquement déterminé par l'accès aux médecins, mais surtout par la justice sociale, par la lutte contre les inégalités à laquelle contribuent grandement les services publics. En effet, les inégalités territoriales d'accès aux soins se cumulent souvent avec les inégalités d'accès aux autres services publics et frappent plus durement les habitant·es victimes d'inégalités financières.

Une analyse réduite à la seule question de la démographie médicale est insuffisante. La réponse à apporter au problème des inégalités territoriales d'accès aux soins doit donc être une réponse systémique, plurifactorielle.

Quelles solutions proposer ?³

Le SMG insiste sur la nécessité de réfléchir au contenu et aux modalités de la formation et de la sélection des professionnel·les de santé, en particulier :

- Diversifier l'origine sociale et géographique des étudiant·es, ce qui d'après les études internationales⁴ est un des leviers les plus efficaces pour améliorer la répartition des soignant·es.
- Former à l'exercice pluriprofessionnel.
- Former à la pratique dans différents territoires et contextes socio-économiques, valoriser ces pratiques et préparer les professionnel·les à exercer dans certains contextes.

Ces changements doivent s'intégrer dans une refondation de l'organisation du système de santé ambulatoire et des soins primaires. Il faut promouvoir l'exercice pluriprofessionnel et en coopération, favoriser l'exercice salarié, développer des pratiques de santé communautaire et réintroduire de la démocratie dans les instances étatiques et sanitaires.

Le SMG propose le développement d'un service public territorial de santé (SPTS), qui permettra la reprise du contrôle démocratique des soins de premier recours tout en favorisant la socialisation de son financement et en sortant de la logique de privatisation. Il rendra enfin possible la planification de son organisation, en particulier territoriale.

Le SPTS se définira comme un service de santé de premier recours public, accessible à toutes et tous sur l'ensemble du territoire sans dépassement d'honoraires et avec une prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Il réunira des professionnel·les dans une optique de prise en charge interdisciplinaire. Ces travailleur·euses seront salarié·es.

Pour le SMG, il doit s'agir d'un système au financement socialisé, géré par les assuré·es sociaux·ales et leurs représentant·es, tant au niveau local que national.

Une remise en question du système de soins primaires dans sa globalité est désormais inévitable. Agissons pour que cette refonte se fasse dans le sens de sa socialisation, de la solidarité, de l'amélioration des conditions de travail des professionnel·les et de la santé des habitant·es.

1. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
2. <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/actualites-du-ministere/article/personnes-en-affection-longue-duree-sans-medecin-traitant-le-plan-d-action-du>
3. <https://syndicat-smg.fr/inegalites-territoriales-d-acces-aux-soins-que-faire>
4. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>