

Les centres de santé

Les centres de santé sont des structures historiques qui ont fait leurs preuves dans la prise en charge de proximité et qui méritent qu'un appui politique puisse être accordé pour leur renforcement et leur développement alors qu'à ce jour la seule structuration de l'activité libérale avait été mise en avant.

Les centres de santé ne devraient plus avoir à justifier de leur existence. Ils font partie du paysage de notre système de santé dans ce qu'il a de plus exemplaire en matière d'accès aux soins et de réduction des inégalités sociales. D'autres pays ont fait le choix d'organiser leurs soins de premier recours à partir de centres de santé. En France l'état des lieux des centres de santé a été fait même s'il reste encore à étudier précises à mener. Pour autant aujourd'hui la réflexion doit pouvoir porter plus largement sur la question de l'intégration des soins autour de centre de santé "réinventés".

Lieu d'information, d'échanges, de prévention et de soins, les centres de santé accueillent aujourd'hui de manière privilégiée pour grande partie des populations soit précaires soit en rupture d'accès aux soins libéraux.

Le concept de centre de santé répond aux enjeux actuels :

- Accessibilité financière aux soins
- Qualité engendrée par la pratique regroupée
- Complémentarité Ville / Hôpital (coordination, petites urgences, plages d'ouverture larges...)
- Réponse aux attentes des jeunes praticiens L'équilibre économique des centres de santé reste malgré tout fragile.

1. Le cadre législatif et réglementaire actuel des centres de santé donne très largement aux centres de santé des missions de santé publique

1.1 Des missions de santé publique

La définition, les modalités de création et de fonctionnement des centres de santé ont été modifiées par la loi HPST. Les dispositions relatives aux missions des centres de santé ainsi qu'aux conditions de création et de fonctionnement sont fixées par les articles L.6323-1 et D. 6323-1 à D. 6323-10 du CSP.

Précédemment, ces centres étaient dénommés « dispensaires de soins ». Leurs conditions techniques d'agrément étaient fixées par l'annexe XXVIII au décret n° 56-284 du 9 mars 1956, complétant le décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux. Ces textes réglementaires avaient été pris en application de l'ordonnance du 19 octobre 1945 modifiée, fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles. Ultérieurement, la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 (article 16) a créé l'article L. 162-32 (complété par l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996) du Code de la sécurité sociale définissant les conditions dans lesquelles l'autorité administrative délivre un agrément aux « centres de santé... ayant passé avec la caisse primaire d'assurance maladie une convention conforme à une convention type fixée par décret ». Ce décret est le décret n° 91-655 du 15 juillet 1991.

- L'article du L 6323-1 du CSP complété par un accord national définit les centres de santé comme des structures :

- de proximité se situant au plus près des assurés et de leurs besoins
- permettant l'accessibilité de tous à la prévention et à des soins de qualité
- facilitant l'accès aux soins plus particulièrement des populations les plus vulnérables
- favorisant une prise en charge globale par la coordination des soins
- assurant des activités de soins sans hébergement

- participant à des actions :

- de santé publique
- de prévention et promotion de la santé
- d'éducation pour la santé
- sociales
- de formation et de recherche

Par ailleurs les textes relatifs à la permanence des soins prévoient la possibilité pour les centres de santé de **participer à la permanence des soins** directement par leurs médecins mais également en hébergeant une maison médicale de garde qui fonctionne en dehors des heures d'ouverture du centre. (cf notamment supra circulaire de 2003 sur les MMG).

Ce mode d'organisation répond à l'aspiration de nombreux jeunes médecins, notamment dans un contexte de féminisation de la profession, qui souhaitent dans le cadre d'un exercice collectif, un meilleur équilibre entre vie professionnelle et familiale et qui les préserve davantage des aléas et des charges administratives de l'exercice libéral isolé.

Les centres de santé offrent entre autre la garantie d'un égal accès aux soins (géographique ; financière ; sociale) par la proximité et par l'obligation de pratiquer le 1/3 payant mais également l'interdiction des dépassements d'honoraires. Particulièrement impliqués dans les démarches de prévention et d'éducation pour la santé, ils représentent un outil idéal d'organisation des soins primaires notamment en milieu rural. Au-delà de l'exercice collectif, les centres de santé présentent l'avantage de proposer un statut salarial de plus en plus recherché par les jeunes

médecins généralistes.

L'attractivité que peut représenter ce type de structure pour les activités de consultations externes généralistes ou spécialisées est confortée par l'engagement dans une démarche de qualité de la prise en charge. Par ailleurs, les centres de santé, du fait d'un travail et de pratiques collectives, peuvent constituer des lieux de délégations de tâches. La permanence des soins peut également être organisée à partir de ces centres de santé du fait d'une articulation et d'une proximité privilégiée avec la médecine de ville (peuvent élargir sur les missions de service publics et sur le FIR).

- Peuvent faire une demande de création et de gestion des centres de santé :

- Les **organismes à but non lucratif** (à l'exception de certains établissements de santé)
- Des **collectivités territoriales**
- Des **établissements de santé publics ou d'intérêt collectif**

La réglementation ne distingue plus différents types de centres de santé :

- centres de santé médicaux : activité médicale (ancien D. 6323-9 abrogé)
- centres de soins infirmiers : activité infirmière (ancien D. 6323-10 abrogé)
- centres de santé dentaire : activité dentaire (ancien D. 6323-11 abrogé)
- centres de santé : plusieurs activités (ancien D. 6323-12 abrogé)

Pourtant dans les faits ces différences historiques perdurent et ceci dans la mesure où à ce jour aucune véritable impulsion n'a été donnée pour proposer de nouvelles perspectives aux centres de santé.

Une des questions qui pourraient en effet se poser, compte tenu de l'absence de taille critique pour de nombreuses structures, est le rapprochement des centres de santé existant en vue de la mutualisation d'un certain nombre de fonctions. Ainsi les centres dentaires ou les centres de soins infirmiers pourraient se rapprocher de centres de santé polyvalents afin de permettre à la fois une meilleure visibilité de ces centres, une meilleure attractivité mais surtout un meilleur suivi des populations à proximité de ces centres.

1.2 L'activité de ces centres est strictement encadrée ce qui garantit la qualité des services rendus

La procédure d'agrément a été supprimée avec la loi HPST. La FEHAP avait milité pour que les centres de santé soient soumis à autorisation dans la mesure où le régime de l'agrément lui était très semblable sans pour autant faire bénéficier les centres de santé des mêmes avantages notamment concernant le financement.

En conséquence, la procédure de visite de conformité qui existait avec le régime de l'agrément a disparu toutefois a été réintroduit la possibilité pour l'ARS de contrôler les centres de santé.

Les centres de santé sont soumis à des conditions techniques de fonctionnement

mais ils n'ont pour seule obligation que de déposer auprès du DGARS un projet de santé et un règlement intérieur.

La suppression de la procédure d'agrément range désormais les centres de santé dans la même catégorie que les autres structures de proximité et a pour avantage de libéraliser la création de ces centres. C'est ainsi que de nombreux promoteurs s'engagent dans la reprise ou initiative de ce type de projet, de ce point de vue la suppression de l'agrément est une réussite. Pour autant, nous constatons que d'ores et déjà les difficultés liées au modèle financier des centres de santé soit un frein au développement réel de ces démarches. Il reste donc à travailler encore sur cet aspect pour donner toutes leurs chances de succès à ces structures.

Concernant le statut des professionnels des centres de santé, la spécificité de la gestion de ces centres et leur démarcation par rapport à l'activité libérale a été réaffirmée par la loi HPST qui désormais définit ce statut comme celui du salariat. Si la plupart notamment des médecins intervenaient en tant que salariés dans ces centres de santé, il existait pourtant des centres organisés pour tout ou partie sur une activité libérale.

Cette question mérite d'être réexaminée. Les centres de santé tiennent au statut de salariat pour fidéliser et impliquer les médecins dans la vie de la structure et garantir la bonne coordination entre professionnels et équipes pour le suivi des patients. Il est pourtant reconnu par tous que les difficultés financières des centres de santé reposent pour beaucoup sur le mode de rémunération de ces médecins adossé sur une rémunération à l'acte. La possibilité de pouvoir disposer d'une marge de manœuvre complémentaire pour le recrutement de médecins en proposant une activité libérale devrait être réintroduite. En effet, cette option permettrait notamment de rendre encore plus attractive l'activité en centre de santé pour faire découvrir aux médecins libéraux les avantages de l'exercice en centre de santé tout en permettant aux centres de santé de compléter de manière souple les activités proposées (par exemple spécialité médicale rare....)

A cela s'ajoute la possibilité de présence d'un petit plateau technique (radiologie – prélèvements...) – de formations (lieu de stage également) – d'expérimentations de coopérations interprofessionnelles.

Plus généralement, une réflexion pourrait être menée sur la rémunération actuelle des médecins dans les centres. La rémunération forfaitaire des médecins souvent adossée sur un pourcentage des recettes générées par l'activité pourrait être revue pour reposer sur d'autres critères. Les expérimentations dont peuvent bénéficier les centres de santé au même titre que les médecins libéraux dans le cadre des nouveaux modes de rémunération permettent d'ores et déjà d'engager cette démarche. Toutefois ces expérimentations qui ont tout d'abord été mises en place pour la ville ne permettent pas d'être à la hauteur non seulement des ambitions mais surtout de répondre aux enjeux de financement des centres de santé car encore trop marginaux par rapport à la rémunération à l'acte.

Une réflexion de fond sur le financement actuel des centres de santé doit impérativement être engagée.

En effet, la délivrance de l'agrément qui conférerait le droit de dispenser des soins aux

assurés sociaux et ouvrait le droit à une prise en charge par l'Assurance Maladie ayant été supprimée, le financement des centres de santé par l'assurance maladie est conditionné par le seul conventionnement. Ainsi, le cadre des relations entre les centres de santé et l'assurance maladie est inchangé et est précisé par les articles L. 162-32 à L. 162-32-3 du CSS. Les dispositions réglementaires correspondantes sont édictées aux articles D. 162-122 à D. 162-24 du même code.

Ce dernier article prévoit notamment que « ... Le règlement de la part garantie par la caisse d'assurance maladie est effectué directement auprès du centre de santé ». Les centres de santé sont remboursés par l'assurance maladie des actes délivrés par les professionnels qui y exercent. En particulier, « les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie » (article L. 162-3 alinéa 3). Ils pratiquent non seulement le tiers payant mais s'engagent également à respecter les tarifs des honoraires conventionnels de secteur 1. Le principe du libre choix du médecin exerçant au sein du centre de santé par le patient doit, malgré le salariat et une rémunération directe du centre par l'assurance maladie être respecté.

Par ailleurs, « les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à 5 ans ... » (article L. 162-32-1 du CSS). Cet accord national a été signé le 19 novembre 2002 et publié au Journal Officiel du 19 avril 2003. Même si cela n'est pas obligatoire, il est préférable que les centres de santé adhèrent à cet accord dans la mesure où il permet de bénéficier du tiers payant, des feuilles de soins électronique...

Dans le cadre de cet accord national, les centres peuvent bénéficier de forfaits spécifiques (aide à la télétransmission des feuilles de soins, actions de prévention spécifiques, formation professionnelle conventionnelle), à l'instar des professionnels libéraux et de financements complémentaires dans le cadre d'options conventionnelles de coordination des soins. Ainsi les honoraires et tarifs sont conformes à ceux fixés par les conventions nationales signées avec les professionnels de santé libéraux et les centres s'engagent donc à respecter l'ensemble des obligations qui découlent de ces conventions. Toutefois, les centres ne bénéficient pas automatiquement et systématiquement des accords spécifiques notamment dans la mesure où les représentants des centres ne sont pas associés en amont aux négociations. Par ailleurs, ils peuvent pratiquer des actes hors nomenclature (sans en faire une pratique exclusive).

- Les aides spécifiques des médecins libéraux dont ils bénéficient :

- Aide forfaitaire à l'informatisation
- Prise en charge d'une part des cotisations sociales (mais plus faible que celle des professionnels libéraux)
- Formation professionnelle
- Aides à l'installation : le principe a été défini par la LFSS 2007 mais n'est pas encore opérationnel et pose des difficultés pratiques pour le démarrage des activités ou les restructurations (la gestion de la trésorerie ne permettant pas de suspendre l'activité).
- FIQCS : Si en principe les centres de santé devaient pouvoir en bénéficier, en pratique cela reste marginal au regard de tous les autres bénéficiaires. Désormais le FIR remplace cette enveloppe et les centres de santé doivent

de la même manière pouvoir émerger dessus.

- Indemnité pour les accords de bonne pratique : cette indemnité de remplacement prévue pour les médecins exerçant en zone franche urbaine ou en milieu rural qui s'engagent pour 3 ans n'ont pas été transposées aux centres de santé malgré cette demande

- Les centres bénéficient de financements propres :

- Financement des actions de prévention et d'éducation : une enveloppe nationale de 2 millions versé par les fonds nationaux de prévention des différents régimes
- Option conventionnelle relative à la coordination soit des soins médicaux soit des soins dentaires soit des soins infirmiers

Plusieurs questions peuvent se poser :

Est-il légitime de loger à la même enseigne du conventionnement les centres de santé et les professionnels libéraux ? L'assurance maladie défend des modèles orientés voire centrés sur une organisation de la médecine libérale. Il paraît donc peu probable que l'assurance maladie puisse adopter une politique en faveur des centres de santé. A ce titre, il serait peut-être plus opportun de faire évoluer le statut des centres de santé vers celui des établissements afin de garantir un rapport contractuel avec les autorités de régulation et de planification de l'offre contrepartie du juste financement.

La multiplicité des financements possibles pour les centres de santé ne rend pas facile la compréhension du modèle médico-économique composé à ce jour d'un patchwork.

Problématiques spécifiques des centres de soins infirmiers : Confrontation à la "concurrence" de l'activité libérale et cabinets de soins infirmiers et des SSIAD. Cf rapport IGAS "situation financière des centres de soins infirmiers"

Fonctionnement des centres de soins infirmiers :

- Emploi d'IDE salariés, sur le même champ d'exercice que les IDE libéraux : actes sur prescriptions
- Rémunération à l'acte selon la NGAP
- Accueil par un secrétariat qualifié
- Prise en charge, sans discrimination, des patients de toutes tranches d'âge
- Activité :
 - 90% à domicile
 - 10 % au centre de santé lors de permanences, dans des locaux adaptés et accessibles aux personnes handicapées
- Déplacements en zones sous-dotées (frais kilométriques importants) et présence en territoires de précarité.
- Permanence des soins 7j/7j et 365j/an
- Large amplitude des soins + ou - 7h/20h

Coordination des soins en csi :

- Présence (d'un cadre IDE) coordinateur des soins assurant :
- La coordination des soins en interne (outils communs...relèves régulières)
- La coordination des soins en externe lors de collaborations avec médecins de ville et hospitaliers, institutions, autres professionnels de santé ou intervenants sociaux
- Des SSIAD sont souvent associés aux CSI (mutualisation de moyens, prise en charge globale)

Problématique spécifique des centres de dialyse :

Les centres de santé en néphrologie permettent une approche spécialisée de la pathologie rénale, au carrefour de la maladie cardiovasculaire et de la gériatrie (Rapport REIN 2008: 49% des incidents en dialyse porteurs de diabète ou HTA, médiane d'âge 70 ans).

Ces centres des santé permettent une prise en charge pluridisciplinaire structurée autour : d'une consultation médicale, d'une consultation infirmière (information, actes spécifiques (Véinofer, FAV) et du recours aux soins de support (psychologues /assistantes sociales /diététique). Il s'agit d'une prise en charge adaptée et apportant un véritable bénéfice pour les patients car cela permet d'organiser une relation privilégiée pour construire avec le patient : un programme personnalisé de soins incluant une démarche d'éducation thérapeutique, ce qui constitue une offre complémentaire à celle des services hospitaliers de dialyse - un suivi au long cours et en proximité des patients transplantés - une réponse à la saturation des consultations de néphrologie hospitalières

S'agissant de ces centres, le problème majeur qui se pose est celui de la valorisation des frais de structures (les seules les consultations et actes paramédicaux étant pris en compte) comme pour les autres centres de santé. Toutefois les prises en charges sont en néphrologie spécifiques : population spécifique, de plus en plus âgée et lourdes... L'orientation vers un financement au forfait adapté à cette activité serait à préconiser.

Problématique spécifique des consultations avancées d'IRCT :

La situation actuelle est d'autant moins compréhensible que la réglementation en vigueur, commune à toutes les structures de dialyse, quel que soit leur statut juridique, autorise les consultations spécialisées en néphrologie. Le décret 2002-1198 du 23 septembre 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'IRC par la pratique de l'épuration extra rénale prévoit ces consultations.

Si la loi HPST avec l'article 29 a reconnu la possibilité aux associations de participer aux actions de prévention de l'insuffisance rénale chronique au travers de la reconnaissance des consultations néphrologiques des médecins salariés, à ce jour aucune réponse n'a été apportée à l'enjeu que représente l'intégration des consultations externes en dialyse au dispositif de l'article 29 de la loi HPST.

Pour les équipes qui ont pu aujourd'hui mettre en œuvre ces consultations (une dizaine d'associations en France), par le biais d'un centre de santé, les filières de PEC se déclinent plus facilement (ces consultations néphrologiques en amont du

traitement par dialyse de l'IRCT, sont aussi le point de départ d'un chemin clinique structuré).

Toutefois le portage de ce besoin de consultations avancées de pré dialyse par la constitution de centres de santé relève d'un dispositif sans doute trop lourd en dehors des métropoles régionales.

L'intérêt de l'application de l'article 29 de la Loi HPST au secteur de la dialyse, serait l'intégration de ce besoin dans l'activité courante des médecins salariés des associations de dialyse. Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, et en complément de la consultation de néphrologie, le patient IRC doit pouvoir rencontrer des équipes de consultation pluri- professionnelles avec Infirmière, diététicienne, psychologue si besoin pour participer au choix de son traitement.

Un exemple concret de complémentarité d'un centre de santé mentale : ASM 13 - mise à disposition de vacations de médecins psychiatre dans un centre de santé du xiii^e arrondissement :

L'association de santé mentale dans le 13^e arrondissement de Paris a mis en place une Unité de Consultation Spécialisée (U.C.S) dans un double but :

- Assurer des réponses téléphoniques auprès des médecins généralistes du 13^e confrontés à une question ou difficultés relatives au suivi d'un patient présentant des troubles psychiatriques
- Recevoir dans un lieu en dehors des locaux du CMP adulte (dans des locaux attenants avec un accès spécifique) des personnes afin de leur assurer un suivi psychiatrique ou psychothérapique bref à destination des parents d'un enfant pris en charge par le CMP enfant (centre Alfred Binet) ou bien des patients adultes adressés par les médecins généralistes ne présentant pas de troubles trop importants ou encore réticent à des soins psychiatriques.

Compte tenu des besoins en suivi somatique des patients bénéficiant d'un traitement en psychiatrie (ambulatoire ou extra hospitalier) et de disposer également d'un plateau technique large, ce projet entend proposer des consultations dans un lieu plus neutre qu'un CMP pour des patients réticents à s'inscrire dans une demande de soins psychiatriques tel un CMP. Il est ainsi envisagé :

- De mettre à disposition d'une Centre de Santé (Centre Edison) des vacations de médecins psychiatre chargées :
 - o D'assurer le traitement et l'orientation des personnes adressés au Centre et présentant un trouble psychiatrique
 - o De s'appuyer pour la prise en charge somatique des patients suivis sur un travail collégial avec les praticiens du centre de santé
 - o De poursuivre l'offre de traitement plus banalisée pour des parents d'enfants suivis au CMP
 - o De demeurer un centre « ressource » pour les médecins généralistes de l'arrondissement

Ce projet est en cours de négociation et nous espérons qu'il aboutisse à la rentrée de septembre.

Cette réflexion rejoint le soucis de la FNAPSY de voir proposer à terme des centres

de santé attenants à des structures psychiatriques (hôpital ou autre) hors les murs permettant à la personne souffrant de troubles psychiatriques de bénéficier aussi de soins et suivi somatique la plupart du temps nécessaire compte tenu de la non prise en compte par ces patients de leur état de santé et de leur situation sociale souvent délicate : perte de droits, ressources aléatoires, peu ou pas de suivi administratif, ressources faibles (AAH, CMU etc.)

1.3 Centres de santé et maisons de santé : Des missions semblables mais des statuts différents

Les raisons développées pour le développement des centres de santé peuvent être reprises pour les maisons de santé à ceci près que les maisons de santé n'offrent pas l'avantage d'un exercice salarié.

Par ailleurs ce mode d'exercice est tout particulièrement privilégié par les pouvoirs publics notamment par une adaptation très large de la réglementation existante et par des incitations financières. Ce mode d'organisation permet à des médecins libéraux d'avoir un exercice pluridisciplinaire et de partage des charges administratives mais également de mettre à disposition de la population les services d'autres professionnels de santé complémentaires à l'activité médicale. Elles permettent surtout de structurer davantage l'exercice de la médecine ambulatoire autour de projets médicaux collectifs et partagés entre professionnels afin de d'essayer d'offrir une meilleure coordination et prise en charge globale du patient.

Ce type d'organisation est surtout préconisé et encouragé dans les zones en déficit de démographie médicale mais il correspond aussi à un nouveau mode d'exercice correspondant davantage aux attentes de jeunes professionnels de santé et proposant une offre de service de proximité et de soins dits primaires.

1.3.1 Définition et mission des maisons de santé

1.3.1.1 Distinction entre les différents types de « maisons de santé » :

Il existe dans le Code de la santé publique deux catégories de « maisons de santé », celles constituant des établissements de santé et les autres services de santé.

- Celles constituant des « établissements de santé » au sens de l'article L. 6111-1

Les établissements de santé ne peuvent être créés et fonctionner qu'en respectant des « conditions techniques de fonctionnement » (article L. 6124-1 du Code de la santé publique) fixées par décret.

Les dispositions réglementaires prises en application de cet article L. 6124-1 ont été codifiées dans le CSP sous les numéros d'articles D. 6124-1 et suivants.

En ce qui concerne « certains établissements de santé privés », le CSP avait édicté des conditions techniques spécifiques désormais abrogées qui s'appliquent aux :

- « maisons de santé chirurgicale » : articles D. 6124-401 à D. 6124-408.
- « maisons de santé médicale » : articles D. 6124-409 à D. 6124-419.

- « maisons de repos, maisons de convalescence » : articles D. 6124-420 à D. 6124-430.
- « maisons de repos destinées aux femmes récemment accouchées » : articles D. 6124-431 à D. 6124-446.
- « maisons de régime » : articles D. 6124-447 à D. 6124-452.
- « maisons de réadaptation fonctionnelle » : articles D. 6124-453 à D. 6124-462.
- « maisons de santé pour personnes atteintes de troubles mentaux » : D. 6124-463 à D. 6124-477.

En outre, des dispositions communes à ces établissements sont prévues aux articles D. 6124-478 à D. 6124-481. Ces « conditions techniques d'agrément », ainsi codifiées, ne sont qu'une reprise des dispositions figurant aux 33 annexes au décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié, complété par le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 modifié.

- Celles correspondant aux autres services de santé :

Celles répondant à une définition législative récente, incorporées dans le CSP dans un Livre consacré, non pas aux établissements de santé, mais à l' « Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires et **autres services de santé** » (articles L. 6311-1 à L. 6324-2).

Les « autres services de santé » regroupent :

- les « réseaux de santé » : articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du CSP.
- la chirurgie esthétique : articles L. 6322-1 à L. 6322-3.
- les centres de santé : articles L. 6323-1 et 2.
- les maisons de santé : article L. 6323-3

1.3.1.2 Les maisons de santé au sens de l'article L. 6323-3 du CSP :

Elles ont été prônées par le rapport du Dr Jean-Yves Grall de juillet 2006 dans le cadre du développement de la prise en charge ambulatoire des urgences et de la permanence des soins. Ce sont ainsi les « *maisons médicales de gardes* » qui ont montré le pas et qui font l'objet d'une circulaire spécifique (circulaire du 23 Mars 2007 incluant un cahier des charges) mais qui ne sont pas visés en tant que telles dans les textes réglementaires relatifs à la permanence des soins. Les maisons médicales de gardes sont donc des maisons médicales dont l'objet est spécifiquement de garantir la permanence des soins.

Le concept plus large de « *maisons de santé* » a fait l'objet d'un rapport encourageant ce type d'organisation (Rapport Juilhard de 2007). Les maisons de santé ont été officialisées par le nouvel article L. 6323-3 du CSP créé par l'article 44 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2008 (Loi du 19 décembre 2007).

Ces maisons de santé « assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé médicaux ou non. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux ».

Il s'agit donc d'une forme d'exercice groupé qui ne concerne que les professionnels

libéraux (médicaux ou paramédicaux). Cette définition n'ouvre pas la possibilité aux personnes morales (dont les établissements de santé), qui ne sont pas des « *professionnels de santé* » (au sens de la quatrième partie du CSP), de constituer ce type de structure. Les maisons de santé ne sont donc ni des centres de santé, ni des cabinets de groupe.

Pour autant, il est à noter que leurs missions sont les mêmes que celles des centres de santé, sans en avoir le caractère obligatoire.

En pratique, les maisons de santé sont des regroupements de professionnels pluridisciplinaires ou non ayant un projet médical commun. Ce projet médical intègre une dimension de coordination de prévention et d'éducation du patient. Le noyau dur étant généralement constitué d'un ou plusieurs médecins généralistes aidés d'infirmières et le cas échéant d'autres professionnels libéraux (kiné ; dentistes ; spécialistes ; diététiciens...)

Ces maisons de santé se distinguent donc des maisons médicales citées plus hauts qui ne regroupent que des médecins ; des maisons médicales de garde (lieux de consultation et de premiers soins ouverts en dehors des horaires habituels et dont la localisation est de manière privilégiée au sein d'un établissement de santé ou contiguë à une structure d'urgence ou dans les centres de santé) ; des pôles de santé (sortes de maisons de santé qui s'intègrent dans une dimension territoriale plus globale) ; des communautés de santé proposées par André Flajolet (« *lieux de partage de tâches, dans lesquels outre des médecins généralistes et spécialistes, on trouve aussi des paramédicaux, de l'administration, du suivi de l'HAD et des soins de fin de vie* »).

La MSA de son côté a développé le concept de maison de santé rurales spécifiquement pour les zones bénéficiant d'une faible accessibilité aux soins.

Un référentiel des maisons de santé permet de définir les structures pouvant bénéficier des financements du FIQCS.

Offre de maisons de santé :

En l'absence de recensement, on les estime à ce jour entre 100 et 200. Pour les maisons médicales de garde elles sont évaluées à 198 en juillet 2006 (dont 163 soit 62 % sont situées dans un établissement de santé notamment au sein ou contiguës à un service d'urgence 51 isolées en zone urbaine et 24 en milieu rural.

On constate une grande hétérogénéité notamment une grande variabilité de la participation des médecins et des coûts de fonctionnement (qui dépendent des locaux ; du personnel ; de l'évaluation et du suivi comptable ; des rémunérations forfaitaires pour la coordination et les réunions).

1.3.2 Le financement des maisons de santé

Les professionnels exerçant dans les maisons de santé expérimentales existantes étant généralement des libéraux, ils bénéficient de la rémunération conventionnelle (paiement à l'acte et rémunérations et forfaits spécifiques).

Par ailleurs, les projets expérimentaux ont été pour la plupart financés par les

financements existants déjà pour favoriser l'installation des professionnels libéraux et de financements spécifiques.

1.3.2.1 Les financements existants pour favoriser l'attractivité des professionnels libéraux

- Toutes les aides au maintien ou à l'installation des professionnels de santé : Aides aux étudiant ; Aides conventionnelles sous la forme de majorations d'honoraires par les URCAM (20% prévue par la convention nationale) et autres aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé (dont les aides à l'installation ; dérogations au parcours de soins ; aides au remplacement)
- Exonérations fiscales et exonérations de charges sociales accordées
- Cumul emploi retraite
- Le développement de modes d'exercice particuliers (exercices sur sites multiples ; contrat de collaboration libérale)

1.3.2.2 Les financements spécifiques :

- les collectivités territoriales, notamment pour l'investissement immobilier
- URCAM, via le FIQCS (aide à la conception ; participation au financement des équipements ; aide au démarrage) mais cette aide est limitée dans le temps et dégressive.

Enfin, le gouvernement a décidé d'aider à la création de 100 maisons de santé pluridisciplinaires à hauteur de 50 000 € chacune ; dans le cadre des réunions ministérielles sur l'application de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, il est prévu que cette dotation de 5 millions d'euros pourra concerner des projets nouveaux ou existants, avec un fléchage d'une partie des crédits (50%) vers les zones sous-dotées.

1.3.3 Place des pôles de santé

Les pôles de santé prévus à l'article L 6323-4 du CSP sont des sortes de maisons de santé pluridisciplinaires intégrant à la fois des médicaux et des paramédicaux mais également des travailleurs sociaux mais qui s'intègrent dans une dimension plus globale à savoir un territoire de population. Il peut s'agir d'un regroupement physique de professionnels mais également de coordinations sous formes virtuelles (exemple utilisation de la télémedecine). Il s'agit d'un mode d'organisation en coopération. Toutefois la définition semble différer d'un endroit à l'autre, certains considérant qu'il peut s'agir d'un même site d'autres qu'il s'agit nécessairement d'activités dans des lieux dispersés.

Il existe également le concept de **communautés de santé** proposées par André Flajolet « *lieux de partage de tâches, dans lesquels outre des médecins généralistes et spécialistes, on trouve aussi des paramédicaux, de l'administration, du suivi de l'HAD et des soins de fin de vie* ».

Ces deux notions sont à articuler avec les réseaux de santé déjà existants.

Ce type d'organisation encore trop récent et dont la promotion est nouvelle et plébiscitée par les professionnels de santé n'a pas encore fait l'objet d'état des lieux. Toutefois, un certain nombre de pôles existent déjà (exemple initiative en Bretagne reprise dans SROS ou du département de la Mayenne en Pays de Loire).

Plus que le développement de structures existantes ou de structures nouvelles, la plupart des difficultés actuelles résident dans le cloisonnement des modes de fonctionnement et du manque de coordination entre acteurs en vue d'une prise en charge globale. Les réseaux avaient notamment pour objectifs de mettre en cohérence l'activité des acteurs entre eux mais leur évaluation semble démontrer non seulement une très grande hétérogénéité de fonctionnements mais ne semble pas convaincre les pouvoirs publics. Ce nouveau mode d'organisation initié par les professionnels eux-mêmes aura notamment pour ambition de favoriser la complémentarité et la coordination entre acteurs (parmi lesquels les établissements de santé). Les établissements de santé auront comme perspective de s'insérer dans ces pôles et de nouer davantage de liens avec la ville.

2. Les avancées de la loi HPST

2.1 Confirmation et élargissement du rôle des structures de soins primaires

L'ensemble du texte envisage d'organiser les soins primaires dits de premiers recours notamment en lien avec la médecine ambulatoire. La loi prévoit une mise en cohérence des différentes offres existantes. C'est donc l'esprit d'une plus grande accessibilité aux soins tel que préconisé et développé dans le rapport Bernier qui est décliné et se retrouve dans l'ensemble des dispositions relatives à la fois aux centres de santé ; aux maisons et pôles de santé.

S'agissant des centres de santé, l'article L 6323-1 du CSP a été modifié pour préciser et compléter les missions des centres de santé. Il est désormais précisé que les centres de santé «*sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours.*» Parmi les missions des centres de santé figure désormais «l'éducation thérapeutique» et non plus seulement l'éducation à la santé. Par ailleurs, il est précisé en référence aux dispositions du code de Sécurité Sociale, que les centres de santé pratiquent le 1/3 payant. Le principe d'un fonctionnement sur la base d'un projet de santé incluant l'accessibilité sociale ; la coordination ; et le développement d'actions de santé publique. De même, le principe du salariat des médecins est désormais clairement énoncé.

En revanche, l'instance nationale de concertation qui avait été créée par la loi de 2002 et dont le décret n'a jamais été publié est supprimée.

S'agissant des maisons de santé, la loi vient également apporter quelques précisions sur l'article L 6323-3 du CSP en précisant que par professionnels de santé on entend «les professionnels médicaux et les auxiliaires médicaux. Par ailleurs, il est fait désormais explicitement référence à l'obligation d'élaborer un projet de santé transmis à l'ARS reflétant la mission de coordination mais surtout conforme aux orientations du SROS.

Enfin, un nouvel article est créé légalisant le concept de **pôle de santé**. Ainsi les pôles de santé insérés dans un article L 6323-4 du CSP assurent des soins de premier recours et le cas échéant de second recours. Par ailleurs ils peuvent assurer des missions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire. Ces pôles peuvent être constitués entre professionnels de santé mais peuvent aussi être des regroupements de structures (centres de santé – maisons de santé – réseaux de santé - établissements de santé ou médico-sociaux – GCS et GCSMS)

Ainsi la loi ne semble pas exclure le mode de fonctionnement sous forme de réseau mais en revanche crée un nouveau mode d'organisation « le pôle de santé ». La question de l'articulation de l'ensemble de ces acteurs reste encore ouverte.

L'ensemble de ces structures sont éligibles aux crédits du FIQCS. La question peut d'ores et déjà se pose du risque de concurrence entre les différents promoteurs et les différents projets, la complémentarité n'étant pas toujours aisée à promouvoir. De ce fait, un risque d'émiettement des financements du FIQCS existe. A cet égard, la loi introduit une nouvelle dimension de planification ambulatoire pleinement intégrée dans la planification déjà existante qui offre les prémices d'une évaluation des besoins et d'une définition de l'offre la plus pertinente s'agissant des soins ambulatoires ou dits de premiers recours.

2.2 Une insertion dans la planification des soins

Notons que la conformité au SROS et la transmission du projet de santé à l'ARS n'est explicitement prévue que pour les maisons de santé et le parallèle de rédaction n'a pas été repris pour les dispositions relatives aux centres de santé (peut-être que cette mention apparaîtra au moment de la rédaction du décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement) et aux pôles de santé.

Toutefois, avec la combinaison des nouveaux articles L 1434-7 du CSP (sur les SROS) et L 1434-8 du CSP, il est désormais envisagé non seulement un schéma unique pour l'hospitalisation et la ville mais également une évaluation par l'ARS des besoins de la population en implantations pour l'exercice des soins de premier recours ceci en tenant compte de la démographie médicale puisque l'offre de soins médicaux est désormais évaluée de manière globale (en structure où en libéral). Un décret en Conseil d'Etat précisera les conditions d'applications de ces dispositions.

La planification des centres de santé concerne aussi bien le SROS ambulatoire que le PRASP. La région Bourgogne offre un bon exemple d'intégration des centres de santé à la politique de prévention et d'accès aux soins.

Enfin, il est prévu que désormais l'ensemble de ces structures signent des CPOM (nouvel article L 1434-5 du CSP - décret du 4 octobre 2010 – Guide CPOM), ces signatures ouvrant droit à l'éligibilité du financement.

L'objet du CPOM:

- ▶ les principales orientations du projet de santé de la structure (en phase avec les objectifs du projet régional de santé) ;
- ▶ ses conditions d'organisation et de fonctionnement ainsi que ses engagements en termes de coordination avec les professionnels de santé et les structures sanitaires, sociales et médicosociales sur le territoire de santé ;

- ▶ les engagements en termes d'accès aux soins, de continuité des soins et de service rendu au patient ;
- ▶ les engagements en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- ▶ ceux visant à renforcer l'efficacité de son organisation et à lui permettre de disposer d'outils de suivi et d'évaluation de la performance attendue ;
- ▶ enfin, ses engagements en termes de développement des systèmes d'information et de transmission des données informatisées et, éventuellement, d'activités de télé-médecine. Le cas échéant, le CPOM fixe les contreparties financières associées à ces engagements contractuels.

Conclu pour une durée de cinq ans, le contrat peut faire l'objet de révisions par avenants. Le décret prévoit également que l'ARS consulte, au moins une fois par an, la fédération régionale des professionnels de santé libéraux « sur les orientations et l'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens proposés ou signés avec les centres de santé, maisons de santé, pôles et réseaux de santé ».

Le contrat précise aussi les modalités d'évaluation de la mise en oeuvre des objectifs et engagements souscrits, avec fixation d'un certain nombre d'indicateurs. Les résultats de cette évaluation sont retracés dans un rapport annuel d'étape, puis dans le rapport final remis lors de la demande de renouvellement de la convention.

Enfin, le décret du 4 octobre 2010 prévoit que le directeur général de l'ARS adresse une mise en demeure à l'organisme signataire en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements prévus au contrat.

Le signataire dispose alors d'un mois pour prendre les mesures nécessaires et présenter des observations écrites ou orales.

Si à l'issue de ce délai - renouvelable une fois - l'inexécution des engagements n'a pas été valablement justifiée, le directeur général de l'ARS peut résilier le contrat. Il peut également procéder à la récupération de tout ou partie des financements déjà versés au titre des engagements non mis en oeuvre et annuler, le cas échéant, les financements prévus.

Notons enfin que si la loi HPST a supprimé la procédure d'autorisation, le pouvoir de contrôle des centres de santé par l'ARS a été rétabli afin de garantir la qualité et la sécurité des soins qui y sont dispensés. Ceci témoigne de l'ambiguïté et de la difficulté à classer les centres de santé dans une catégorie « établissements de santé » ou « autres services de santé », les maisons de santé n'étant pas concernées par cette disposition.

Au-delà d'HPST notons que la LFSS 2008 et la LFSS 2009 prévoient l'expérimentation de nouveaux modes de rémunérations susceptibles non seulement d'être mieux adaptées au fonctionnement de ces structures mais également en vue de favoriser leur attractivité. Plus particulièrement il s'agit de réfléchir à des rémunérations à la performance mais aussi de mieux valoriser des missions aujourd'hui pas ou peu indemnisées comme la fonction de coordination.

C'est ainsi que le président de la République a d'ores et déjà annoncé la création de 250 maisons de santé en 3 ans sur l'ensemble du territoire financées par l'assurance maladie et l'Etat. Les axes de développements principaux proposés notamment par le rapport Interministériel remis à la Ministre sont :

- Création d'une marque collective "maisons de santé"
- La création d'un statut juridique spécifique les SISA
- La promotion de nouveaux modes de rémunération
- L'accompagnement des professionnels par une mission d'appui au niveau national
- Contractualisation entre ARS et professionnels libéraux

2.3 Les propositions qui n'ont pas été retenues sources de difficultés potentielles

- La transposition des mesures des conventions nationales avec les libéraux aux centres de santé afin de ne pas créer de situation discriminatoire notamment au regard des futurs projets de maisons de santé mais surtout de les rendre aussi attractifs que les autres modes d'organisation.
- La négociation en amont des conventions nationales avec les libéraux avec les acteurs concernés dont les centres de santé
- La mise en place de l'instance de concertation nationale avec les centres de santé prévue par la loi de 2 (cette instance a définitivement été supprimée par la loi HPST)
- Passer d'une procédure d'agrément à une procédure d'autorisation pour les centres de santé
- Etudes complémentaires notamment comparaison de coût entre activité collective et indépendante (toutefois rien n'exclut que des études soient en cours ou initiées, des missions ayant d'ores et déjà été diligentées sur le modèle économique de la rémunération de professionnels de santé).

3. La structuration de l'offre de premier recours : Un enjeu majeur pour la prévention - l'éducation à la santé et l'accès aux soins

3.1 Les centres de santé doivent jouer un rôle privilégié dans l'offre de proximité

Les centres de santé font partie de structures de prise en charge de premier recours au même titre que les maisons de santé ou les pôles de santé. Toutefois la question peut se poser d'une concurrence ou d'une complémentarité entre ces structures.

Des travaux existent sur les bénéficiaires d'une organisation du système de santé à partir d'une prise en charge de premier recours (étude PROSPERE par exemple en France) mais également de nombreux exemples étrangers (Grande Bretagne - Finlande - Québec) que l'organisation soit centrée sur des structures de type libérales

ou étatiques. Ainsi la démarche engagée en France d'une structuration de l'intégration des soins de premier recours ne peut se faire sans une réflexion sur la place à donner aux centres de santé qui sont des acteurs importants dans de nombreux modèles étrangers.

Le développement d'une offre de soins de premier recours alternative ou complémentaire de l'offre de soins libérale nous paraît une voie prometteuse pour répondre aux enjeux actuels de creusement des inégalités dans la répartition territoriale des professionnels mais également de contribuer, dans un contexte de plus forte prévalence des pathologies chroniques au développement d'une médecine dite « communautaire » davantage axée sur la prévention.

La baisse prévisible du nombre de médecins en activité risque d'engendrer une aggravation des inégalités de répartition des professionnels de santé sur le territoire et par la même une détérioration de l'accès aux soins d'une partie de la population et notamment celle la plus fragile économiquement et socialement. La disparition de l'obligation pour les praticiens de ville de participer à la permanence des soins ambulatoire, cette organisation reposant désormais sur le volontariat, a accentué dans certains territoires la désorganisation du dispositif de soins, entraînant un report d'une part de mission de soins de premier recours vers les services des urgences hospitalières dont ce n'est pas la vocation.

Pour répondre à ces évolutions, le développement dans le cadre de la médecine libérale de cabinets de groupe ou la mise en place de « maisons médicales de garde » installées ou non dans les enceintes hospitalières constituent évidemment des pistes intéressantes. Rien n'indique, cependant, qu'elles soient suffisantes pour répondre aux difficultés croissantes rencontrées sur certains territoires déficitaires.

Si des structures de soins primaires de proximité peuvent apporter une réponse aux problèmes de démographie médicale et, notamment, de répartition de l'offre de soins sur le territoire, il apparaît, devant leur diversité de fonctionnement et de financement, nécessaire de clarifier le rôle de chacune, soit en harmonisant les formes possibles d'exercice regroupé, soit en redéfinissant les missions des maisons et centres de santé et en accordant leurs financements.

Pour conclure, si de véritable étude d'efficience n'ont pas encore été conduites, quelques résultats significatifs peuvent d'ores et déjà être relevés :

- Diminution de l'activité au domicile des professionnels médicaux et para-médicaux
- prescriptions de médicaments moindres
- nombre de consultations moindres pour les patients en ALD
- Accès aux soins : Prise en charge des populations précaires et réduction des inégalités sociales de santé (étude EPIDAURE de l'IRDES)

Des études complémentaires qui permettraient d'objectiver la réalité des économies susceptible d'être réalisées et l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

3.2 Les obstacles actuels au développement des centres de santé

A ce jour, les centres de santé font face à d'importantes difficultés financières notamment en raison de l'inadaptation du mode de financement existant.

Le rapport de Mme Dominique Acker, a récemment dressé un constat et formulé des propositions que notre fédération partage très largement.

En l'occurrence, s'agissant du financement des centres de santé, les frais de structures peuvent représenter une charge très importante et sont insuffisamment pris en compte (informatisation ; secrétariat et autre personnel administratif). A cela s'ajoute l'absence de transposition de mesures spécifiques relatives aux aides des collectivités territoriales qui visent les seuls médecins libéraux et ceci a priori sans aucune justification (financement des astreintes ; compensation des charges sociales...).

Concernant le financement de la prévention, celui-ci se faisant par l'intermédiaire des Programmes Régionaux de Santé Publique sans ligne budgétaire dédiée, il est peu favorable à une structuration de la prévention en centre de santé à plus long terme. Enfin, les financements destinés aux réseaux ainsi que les diverses aides associées (notamment l'aide conventionnelle compensant la perte d'activité liée à la participation aux réunions de coordination) devraient davantage pouvoir bénéficier aux centres de santé qui sont pour nombre d'entre eux très fortement impliqués dans leurs fonctionnements.

Le coût de la garantie d'accessibilité :

- Pratique du tiers-payant non rémunérée (coût estimatif de 4 à 5 € /feuille de soins).
- Pénalisation de l'établissement lorsqu'un patient n'est pas dans le parcours de soin.
- Tarifs de secteur 1 faibles pour les consultations de médecine spécialisée n'offrant pas d'actes techniques

Le paiement à l'acte : La rémunération à l'acte présente des inconvénients

- Incitation à multiplier les actes pour assurer une rémunération qui demeure de toute façon insuffisante dans les centres de santé médicaux
- Pas de financement pour la prévention et l'éducation thérapeutique des patients
- Pas de financement pour les temps de coordination en interne et en externe
- Coût du personnel de coordination et administratif (qui ne produisent pas d'actes)
- Coûts induits par l'obligation de salariat des professionnels de santé (Congés payés, charges sociales, médecine du travail...)
- Coût de la démarche qualité et de la prévention
- Coût de l'encadrement des stagiaires: heures d'encadrement des tuteurs et formation des tuteurs
- Coût de la desserte des zones défavorisées: les véhicules (essence+ vandalisme)
- Coût de l'aménagement de l'accessibilité: exemple coût d'une porte 1 battant automatique : 6000€

Personnel et recrutement

- Recrutements relativement faciles des IDE en sorties de formation, mais Turn Over de 3 ans (obligation d'exercer 3 ans avant de pouvoir s'installer en libéral)
- Recrutements de médecins et chirurgiens dentistes de plus en plus difficiles, même dans les villes universitaires (pénurie, rémunération, actes techniques limités pour spécialistes)
- Coûts prohibitifs des annonces sur medias spécialisés

Evolution législative

- Fiscalisation d'activités (pharmacies, optique,...) gérées par des mutuelles, activités qui participent à l'équilibre économique des CDS
- Augmentation des contrôles obligatoires (radioprotection, contrôle qualité)
- Augmentation des cotisations sociales

Afin de favoriser le développement des centres de santé, plusieurs mesures pourraient être de nature à les inscrire définitivement dans le paysage sanitaire comme un mode de prise en charge des soins ambulatoires de proximité indispensable. Au-delà des nécessaires renégociations des mesures de l'accord conventionnel, l'évolution du régime de l'agrément vers celui des autorisations permettrait de garantir un financement pérenne plus adapté à l'activité des centres de santé en leur ouvrant le bénéfice du financement des missions d'intérêt général qu'ils assument (même si c'est en théorie le cas dans la rédaction du décret relatif aux missions de service public). Par la même, les centres de santé feraient partie intégrante de la planification territoriale des soins ambulatoires.

Par ailleurs, les centres de santé souffrent encore parfois d'une image héritée des anciens « dispensaires », celle d'une médecine des pauvres, peu dynamique. Si cette représentation est largement imméritée, elle rend néanmoins légitime la réflexion sur la conception de modes de rémunération attractifs pour les personnels médicaux mixant une composante forfaitaire et des éléments plus directement reliés à l'activité déployée.

A ce jour, les pouvoirs publics semblent davantage privilégier le développement des soins primaires à partir des maisons de santé plutôt que des centres de santé. Le risque est de voir les maisons de santé se développer au détriment des centres de santé (notamment en raison de l'émargement sur la même enveloppe FIQCS).

- Plusieurs facteurs favorisant davantage le développement des maisons de santé :
 - Aides à l'installation non transposées aux centres de santé
 - Financement de la PDS aux seuls médecins libéraux et non aux médecins salariés des centres
 - Forfaits ALD dont ne bénéficient pas les centres de santé
 - Non éligibilité aux dotations gratuites de tests de dépistage des angines à streptocoque bêta hémolytique du groupe A
 - Non éligibilité aux différents dispositifs d'incitation ou d'aides mis en place par l'Assurance Maladie (CAPI, Sophia)
 - Question du 1/3 payant et du secteur 1 non prégnante dans les zones rurales
 - La plupart des centres existants ont des tailles critiques et n'ont donc pas de pertinence économique en l'état

Toutefois ces obstacles, essentiellement financiers, paraissent plus faciles à surmonter que ceux que rencontre aujourd'hui les maisons de santé.

En effet, concernant les cabinets de groupe, malgré les aides à l'installation, une fiscalité favorable et le soutien apporté par les collectivités locales à leur mise en place, leur développement est encore faible.

Concernant les « maisons médicales de garde », si ici ou là de réelles réussites peuvent être mentionnées, elles apparaissent le plus souvent comme des organisations fragiles reposant sur l'engagement d'un nombre limité de praticiens et dont l'articulation avec les urgences hospitalières est parfois insuffisant y compris lorsque la MMG est localisée dans l'enceinte hospitalière.

Un certain nombre d'interrogations sont d'ores et déjà soulevées quant à la viabilité de ce type d'organisation :

- Difficulté à définir un projet collectif et risque de mésentente
- Fragilité liée à l'instabilité économique pouvant être causée par plusieurs départs concomitants de médecins
- Difficulté possible du recours à des médecins spécialistes
- Frein du paiement à l'acte pour certaines spécialités
- Capacités à mutualiser des moyens et à salarier du personnel
- L'attractivité de la médecine libérale demain alors que les différentes études semble démontrer un attrait pour la médecine salariée.

De la même manière, concernant les pôles de santé, Si ce modèle d'organisation est prôné par les libéraux qui ont saisi l'enjeu du travail collectif en réseaux et en coordination, il reste encore balbutiant et rencontrera très vraisemblablement les mêmes difficultés que celles déjà constatées dans le cadre de tous les projets de coopération. Néanmoins, l'obstacle le plus prégnant ou le frein actuel au développement de ce type d'organisation reste celui de la mise en place de systèmes d'informations opérationnels et notamment du partage des informations du dossier médical.

Les perspectives préconisées par le Rapport Acker :

- Rénovation de l'accord conventionnel national visant à supprimer les distorsions avec l'exercice libéral
- **Contractualisation** pluriannuelle des activités de prévention, d'éducation et de lutte contre la précarité,
- Expérimentation de **nouveaux modes de rémunération**,
- La **forfaitisation** de certaines activités de coordination, de régulation, de prévention ... ; (Rémunération du temps passé ; inclusion de professionnels de santé dont l'activité ne relève pas d'actes facturables à l'assurance maladie (diététicienne, psychologue, assistante sociale ...)
- La mise en place d'une rémunération de type **capitation** avec plusieurs niveaux de forfaits déterminés en fonction de la lourdeur des patients.
- Des financements mixant les différentes formes de rémunération
- Contractualisation sur cinq ans d'un financement de type MIGAC portant sur :
 - des missions précises de permanence des soins, de prévention, de prise en charge des addictions, de coordination des soins et médico-sociale, d'installation dans une zone sensible,
 - des objectifs de résultats cliniques
 - sur des objectifs de gestion (par exemple, informatisation du dossier

patient, % de patients s'inscrivant dans l'option de coordination, ...)

3.3 Les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération aux centres de santé est-elle une piste à conforter ?

D'un montant de 2,6 millions d'euros elle comporte 4 modules :

- Module 1 : Forfait missions coordonnées
- Module 2 : Nouveaux services aux patients
- Module 3 : Coopération entre professionnels de santé
- Module 4 : Capitation ou forfait pour les maladies chroniques

Décrits comme des « instruments de la modernisation de l'offre de soins de premier recours » toujours par le ministère, les expérimentations, soulèvent de nombreuses questions :

- Vont-elles se substituer aux options de coordination de l'Accord National ?
- Remettent-elles en cause la reconduction de celles-ci pour les centres « optants » qui souhaiteraient le rester ?
- Les centres peuvent ils cumuler les deux dispositifs ?

Les expérimentations doivent répondre à un cahier des charges qui a suscité trois observations :

3.3.1 La méthode :

Les organisations de professionnels soignants n'ont pas été consultées avant sa diffusion ni pendant son élaboration malgré leurs demandes répétées. De ce fait de nombreuses questions de fond restent soulevées : quelles seront les conséquences sur l'organisation des équipes des centres et les pratiques des professionnels soignants ? Quels seront les moyens alloués ? L'exemple des options de coordination est là pour rappeler que des dispositifs imaginés avec les meilleures intentions ne peuvent être viables que si les acteurs de terrain en charge de les mettre en place ont participé à leur élaboration.

Le calendrier de lancement de l'appel d'offre lancé mi juillet et pour un dépôt des candidatures des structures volontaires avant le 10 septembre n'était pas tenable et n'a sans doute pas permis aux équipes les plus avancées et les plus motivées de faire partie de l'expérimentation.

3.3.2 Le contenu du cahier des charges :

Peu de centres étaient éligibles à la première vague : 25 sites seulement retenus parmi des centres de santé (dont 20 pour le module 1 de coordination), maisons de santé (18) ou autres structures (3).

2e vague d'appels d'offres ouvre plus largement ces expérimentations aux réseaux

(8) aux pôles (12) et aux MSP (54).

Tout est à construire par les centres eux-mêmes autour de directives autant sanitaires que médicoéconomiques.

3.3.3 La question du pilotage de ces expérimentations prévu pour 5 ans se pose.

Initialement prévu par les MRS, la loi HPST confie désormais cette mission aux ARS dans le cadre des SROS ambulatoires.

Les représentants des centres de santé revendiquent l'abandon du financement à l'acte des centres et une réforme des modes de financements des centres pour mieux pérenniser les structures et favoriser les démarches novatrices améliorant qualité organisationnelle des centres et qualité des pratiques.

Désormais le FIR devrait représenter l'enveloppe principale de financement de ces expérimentations. Toutefois, un travail de remise à plat de l'ensemble des financements sur lesquels peuvent émarger les structures de prise en charge de proximité à ce jour avec le périmètre du FIR.

3.4 Les autres pistes de réflexions sur la rémunération

Cf note de synthèse DRT

3.5 Un nouveau modèle économique

3.5.1 Dynamisation de l'activité et optimisation de l'organisation

- **Mettre en place un mode de rémunération des médecins proportionnelle à leur activité**
- **Former les médecins au codage des actes**
- **Développer la délégation de tâches** (ophtalmologie, ORL, pneumologie...)
- **Limiter le nombre de vacations inférieures à la journée** (ce choix n'est pas toujours possible)
- **Développement de filières de recrutement de praticiens (facultés, réseaux MGEN et mutualiste, PAPS)**
- **Améliorer le système d'information** (automatisation de l'intégration des données externes dans le dossier patient informatisé, dictée vocale numérisée, outils de pilotage et de reporting...)
- **Faciliter la prise de rendez-vous** (accueil physique et téléphonique)
- **Optimiser les surfaces** : adapter la structure immobilière au projet médical et optimiser l'utilisation des cabinets médicaux
- **Adapter les horaires d'ouverture aux disponibilités de la patientèle** (peut contredire l'objectif précédent)
- **Lutter contre l'absentéisme des patients** (sms, relances téléphoniques...)

3.5.2 Rationalisation du portefeuille d'activités

- Conserver une médecine générale installée au coeur des activités des centres de santé : premier niveau de recours aux soins.
- Développer des spécialités capables de générer des actes techniques et donc de tendre vers l'équilibre financier (ex. cardiologie, gynécologie, ophtalmologie, phlébologie, ORL...).
- **Créer**, s'il n'existe pas, **un service dentaire** comprenant, si possible, de l'orthodontie et de l'implantologie.
- **Limiter les activités paramédicales** : Les activités de rééducation (kinésithérapie, orthophonie, orthoptie...)
- **Délégation de tâches** : Réorganiser l'activité des orthoptistes et des infirmiers en vue du développement de la délégation des tâches et des actes techniques.
- **Analyses biologiques** : Pérenniser les activités de prélèvement et externaliser les analyses.
- **Imagerie : s'adapter au marché**
 - Développer
 - l'imagerie spécialisée (ostéodensitométrie, échographie, mammographie, panoramique dentaire...)
 - l'imagerie de coupe (potentiel de développement limité).
L'accès à l'imagerie de coupe constituerait un fort potentiel de développement et d'équilibre économique des centres de santé

3.5.3 Recherche d'économies sur les fonctions support et logistique

- **Surveiller le ratio ETP non producteurs d'actes/ETP producteurs d'actes**
- **Optimiser la gestion des achats** (centralisation, marchés nationaux)
- **Favoriser la polyvalence des salariés**
- **Minimiser le coût du tiers-payant**

4. Aller plus loin : du décroisement à l'intégration de l'organisation des soins hospitaliers et de premier recours

La mise en place des ARS, la perspective d'une moindre étanchéité entre le financement des soins de ville et les soins hospitaliers ouvre des perspectives nouvelles concernant l'organisation territoriale des soins.

A la césure actuelle entre médecine de ville et établissement de santé pourrait progressivement se substituer la notion « d'opérateur de santé » intégrant l'ensemble de ces missions.

La complémentarité entre établissements de santé et autres services avec les centres de santé est à consolider. Pour sa part le secteur public semble l'avoir compris (51^e Congrès National des Centres de Santé 29 et 30 Septembre 2011 « Les centres de santé et l'Hôpital Public, une complémentarité au service des usagers – Vers un service public de santé »).

Une réflexion sur la place des centres de santé par rapport aux autres services susceptibles de proposer des offres comparables mériterait d'être menée. Par exemple s'agissant des consultations externes des établissements de santé, des mutualisations et complémentarités nouvelles ne sont-elles pas à imaginer. En ce sens des mises à disposition de locaux peuvent constituer une première approche. De la même manière il existe de nombreux services s'apparentant à ceux proposés par les centres de santé comme par exemple les centres périnataux de proximité ou encore les centres de planning familial.

Les exemples étrangers ne sont évidemment pas transposables en l'état dans le contexte français, mais pourraient inspirer les orientations d'une politique territoriale des soins renouvelée en proposant de véritables « services de santé de proximité » :

- en expérimentant, par exemple dans un premier temps là où l'offre libérale est insuffisante, la gestion directe « d'un mandat de santé publique » (Cf Rapport Bernier de 2008 sur l'accès aux soins) par des organismes publics ou privés non lucratifs de structures de premier recours disposant d'une responsabilité populationnelle
- en confiant à des structures hospitalières de proximité la responsabilité de l'organisation de la permanence des soins de premier recours en complémentarité avec les centres de santé et en lien avec le centre 15 et l'organisation de la permanence des soins de ville
- en coopérant avec tous les autres acteurs (réseaux – pôles de santé....des exemples existent par Ex pour l'ETP organisée par des réseaux – pour des consultations avancées – pour des staff communs – pour des mises à disposition de personnel – pour de la télésurveillance en lien avec CHU....)
- en ouvrant les centres de santé aux autres structures notamment aux interventions à domicile (les centres de santé peuvent eux-mêmes organiser des visites à domicile)
- en élargissant l'offre médicale et paramédicale des centres de santé à une offre sociale voire médico-sociale sur le modèle québécois
- en intégrant cette réflexion à celle de l'aménagement du territoire et de fait à la collaboration avec les collectivités territoriales. Les contrats locaux de santé sont encore là une piste à explorer pour ces nouvelles formes de coopérations et de contractualisation.
- en encourageant les lieux de formation et de recherche sur la prise en charge des soins de proximité (également source d'attractivité pour les médecins)
 - o Accueil d'élèves infirmières
 - o Accueil d'étudiants de médecine de 5ème année
 - o Accueil d'internes (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé)
- en encourageant l'innovation organisationnelle autour de nouvelles technologies et de nouveaux métiers

Il est à noter qu'aujourd'hui certaines structures de proximité assument déjà de fait ces missions mais sans bénéficier ni de la reconnaissance, ni du cadre juridique et des financements leur permettant d'assurer dans de bonnes conditions ces fonctions.

Enfin, de telles organisations intégrant les missions actuelles de la « ville » et de

« l'hôpital » présenteraient notamment dans les territoires menacés de désertification sur le plan sanitaire, un double intérêt :

- elle renforcerait l'attractivité de ces zones en offrant aux professionnels de santé un exercice diversifié,
- elle redonnerait une vocation et des perspectives de développement à des structures hospitalières de proximité confrontées à la reconversion de certaines de leurs activités.

La coopération avec la médecine de ville exemples :

- Centres de santé infirmiers et médecins libéraux (présence d'un cadre de coordination)
- Coordination du tour de garde (PDS) assurée par un médecin d'un centre de santé
- Transmission dématérialisée de documents (ex : images dentaires)
- Projets de construction de pôles de santé dans lesquels cohabiteront professionnels du centre de santé et professionnels libéraux (La Sure 38 et Pierre-Bénite 69)
- Accueil de professionnels de santé libéraux à l'intérieur d'un centre de santé
- Hébergement d'un centre de prélèvement pour un laboratoire d'analyses médicales
- Benchmarking avec des MSP
- Consultations avancées : des spécialistes attachés à un hôpital assurent des consultations avancées dans des centres de santé polyvalents.
- L'Éducation Thérapeutique est mise en oeuvre par des réseaux de santé au sein de centres de santé. (Conventions)
- Télésurveillance de patients chroniques en lien avec un CHU
- Coopération avec un établissement de santé mentale (réunions communes de coordination et mise en commun de moyens)
- Accueil d'un réseau de santé dans les locaux d'un centre de santé
- Coordination autour des cas complexes avec les réseaux gériatrie (ex Amadis, Visage), MAIA ou Coordination gériatrique territoriale dans le 38
- Études cliniques [VIBROS, PROTEOGENE, GENERATIONS; ...]
- Mutualisation par convention de matériels (IRM, scanner, ...)
- Collaboration avec des H.A.D.
- SSIAD : mise en commun de moyens, coordination et prise en charge globale des patients.
- Ateliers Santé Ville : coordination des acteurs (CMP, MDR, éducateurs, CCAS, ...), partage de cas complexes, mises en oeuvre d'actions de prévention.
- Conseil général : coordination et accueil de permanences d'assistantes sociales et de consultations PMI dans des centres de santé
- CDHS : accueil d'une consultation de vaccination gratuite à l'intérieur de centres de santé
- CLIC

- Collectivité locale: projet d'un gérontopôle

- Annexe - Position présentée par la FEHAP à Mme Touraine en juillet 2012

La FEHAP souhaite que le retour en grâce des centres de santé soit l'occasion d'en moderniser ou d'en clarifier le cadre de fonctionnement :

- en apportant un financement aux centres de santé pour les missions de service public qu'ils assument et qui ne sont pas financées, d'accessibilité financière, à savoir le tiers payant et la télétransmission, ce qui représente un coût de 5 euros par passage : cet écart entre les missions assumées et les financements est l'une des principales raisons de la structure déficitaire de nombre de centres de santé,

- en permettant aux centres de santé d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération, au titre de la coordination, de l'exercice regroupé et d'un « paiement au parcours de soins » et non à l'acte dans certaines orientations (maladies chroniques, etc.)

- en rappelant aux ARS que les centres de santé peuvent fonctionner sur des plages horaires limitées durant la semaine (ce qui permet des logiques « d'antennes » pour des territoires excentrés, ou des partenariats avec des établissements de santé pour la permanence des soins ambulatoires : c'est le cas actuellement de l'Hôpital Foch (92) qui met à disposition gracieusement des locaux de consultation,

- en autorisant la possibilité de schémas « mixtes », associant dans certains centres de santé et pour certaines spécialités des médecins libéraux et des médecins salariés, dès lors que les médecins libéraux sont aussi en secteur 1 (il y a lieu alors de sécuriser la non-requalification en contrat de travail et la non-perte des abattements conventionnels de sécurité sociale),

- en permettant la facturation de consultations de prévention en insuffisance rénale effectuée par des médecins salariés des associations de dialyse, (en dehors des seuls centres de santé),

- en prenant en compte dans les dispositions du code de la santé publique sur les centres de santé, l'existence de centres de prévention du vieillissement issus de l'action sociale des régimes de retraite complémentaire, qui ne sont pas directement dans la délivrance de soins mais dans l'accompagnement vers le « bien vieillir » et la prévention de la perte d'autonomie (demande élaborée en lien avec la fédération AGIRC-ARRCO) : la complémentarité entre les centres de santé « traditionnels » et les centres de prévention du vieillissement est intéressante car elle peut permettre d'associer la réalisation d'un bilan pluridisciplinaire périodique et à financement forfaitaire (assurance-maladie), avec un programme d'accompagnement personnalisé qui est le fait des régimes complémentaires (activités physiques adaptées, soutien à la vie sociale, stimulations cognitives, etc...) ;

- en structurant un programme d'accompagnement national (à l'équivalent du programme et des financements ayant accompagné le déploiement en 2011 des maisons de santé pluridisciplinaires. Ce programme pourra comporter des rapprochements avec des établissements de santé, pour un adossement utile aux plateaux techniques et un partage des coûts fixes.

Liens et bibliographie

Soins de premier recours

- Rapport Bernier et Paul de Septembre 2008 sur l'égal accès aux soins de premiers recours <http://www.coordination-nationale.org/Activites%20de%20la%20coordination/mission%20parlementaire/Rapport%20avec%20propositions.doc>
- Denise Silber, « l'exemple inattendu des Vets : comment ressusciter un système public de santé » Institut Montaigne, juin 2007
- Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf>
- Précarités, risque et santé « Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits » Publication IRDES 2003 <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes63.pdf>

Centre de santé

- Décret n° 2010-895 du 30 juillet 2010 relatif aux centres de santé : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022630479&dateTexte=&categorieLien=id>
- Arrêté du 30 juillet 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé mentionnés aux articles D. 6323-1 et D. 6323-9 du code de la santé publique <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022630572&dateTexte=&categorieLien=id>
- Un modèle de projet de santé et de règlement intérieur proposé par le RNOGCS (Regroupement National des Organisations Gestionnaires de Centres de Santé) sur le lien suivant : http://www.fncs.org/medias/pdfs/Trame_Projet_Sant%C3%A9_RNOGCS_Lien23.pdf
- Rapport de Dominique Acker http://www.bdsp.tm.fr/fulltext/show.asp?Url=/Ministere/Dhos/Publications/2007/Rapport_Acker_juin_2007.zip
- Site AMELI <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/gestionnaires-de-centres-de-sante/gerer-votre-activite/vous-vous-installez/vous-vous-installez.php?page=print>
- GIE Sesam Vitale http://www.sesam-vitale.fr/editeurs/cdc_specifications_131.asp
<http://www.sesam-vitale.fr/editeurs/pdf/cdc/pdf-cdc-012-addendum-cdc131cs.pdf>

- **Fédération Nationale des Centres de Santé** <http://www.fnccs.org/Accueil>

- **Fédérations et unions** regroupés au sein du Regroupement National des Organismes Gestionnaires de Centres de Santé (**RNOGCS**) 8 organismes

Les centres de santé,

- CNLCS le comité national de liaison des centres de santé <http://www.lescentresdesante.com/>
- FNMF la fédération nationale de la mutualité française <http://www.mutualite.fr/>
- FMF la fédération des mutuelles de France <http://www.mutuelles-de-france.fr/>
- UNIOSS <http://www.uniopss.asso.fr/>

Les centres de soins infirmiers

- Union Nationale des Associations d'Aide à Domicile en Milieu Rural (UNADMR), <http://www.admr.org/>
- Union Nationale des Associations Coordinatrices de Soins et Santé (UNACSS)
- association REPSA (Religieuses en Professions de Santé)
- UNIOSS <http://www.uniopss.asso.fr/>
- Croix-Rouge Française <https://www.croix-rouge.fr/>

- **La liste des centres de santé** : <http://www.lescentresdesante.com/article130.html>

- **Référentiel d'évaluation des centres de santé** : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_491246/referentiel-d-evaluation-des-centres-de-sante

Maisons de santé et pôles de santé :

- Rapport interministériel : 19 Janvier 2010 « Bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour le déploiement » http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maison_de_sante.pdf

- Rapport Grall de 2006 sur les MMG http://www.sante.gouv.fr/html/actu/grall_jy/rapport.pdf

- Rapport Flagolet relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire http://www.espt.asso.fr/images/rapport_flajolet.pdf et rapport Bernier sur « l'égal accès de tous aux soins de premier recours » du 30 septembre 2008 <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1132.asp>

- Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? Rapport Juilhard du 4 octobre 2007 <http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-014.html>

- Circulaire prévoit un référentiel des maisons de naissance pouvant bénéficier des financements du FIQCS (Circulaire DHOS/03 –DSS-CNAMTS-MSA de juin 2008) http://msr.msa.fr/wp-content/uploads/referentiel_financement_mspversion-en-ligne-

[urcam.pdf](#)

- Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins du 12 décembre 2008 (Docteur François SIMON) "Maisons de santé pluriprofessionnelles et déontologie médicale".

<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/maisonsdesantepluriprofessionnelles.pdf>

- Séminaire national de Besançon Recommandations : Concevoir et faire vivre une maison de santé <http://pagesperso-orange.fr/femasac/Blessemaille%20Magnin%20221108.pdf> et http://www.franche-comte.fr/fileadmin/Demo/PDF/Conseil_Regional/politiques_regionales/sante/Synthese.pdf

- Etude juridique relative à la création de maisons médicales pluridisciplinaires <http://pagesperso-orange.fr/femasac/MMP%20etude%20juridique.pdf>

- Les Maisons de santé en Franche-Comté : présentation et évaluation de leur activité <http://www.annuaire-secu.com/pdf/SyntheseEtudeMMP2007vers1.pdf>

- Référentiel de Bourgogne

- Lien sur le site la Fédération Française des maisons de santé et des pôles de santé : <http://www.ffmps.fr/>

- Fédération des Maisons de Santé Comtoises : <http://www.femasac.org/> contact Président : Dr Patrick VUATTOUX, Maison Médicale St Claude, Besançon contact@femasac.org

- Fédération des maisons de santé Bourguignonnes - Contact : Michel SERIN m.serin@medsyn.fr

- Fédération des Maisons de Santé en Rhône-Alpes – FEMASRA - Contact Président : Dr Pierre DE HAAS p.dehaas@medsyn.fr

- Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones <http://www.maisonmedicale.org/>

- Exercice coordonné et protocolé en maison, pôle et centre de santé. Une démarche d'amélioration des pratiques – HAS - 2007

- ROBIN Christelle, Les maisons de santé. A propos d'une expérience de création de maison de santé dans l'Ain. Origine et objectifs, comparaison de deux expériences de création de maison de santé, procédure de création d'une maison de santé. Thèse de médecine soutenue le 26/10/2006, Université Claude Bernard Lyon 1, 129 p.

- Pôles de santé libéraux – Partenariat URML Bretagne – Pays de la Loire – Basse Normandie.

<http://www.urml->

paysdelaloire.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=76

[http://www.urml-paysdelaloire.fr/upload/polesantelibURML\[1\].pdf](http://www.urml-paysdelaloire.fr/upload/polesantelibURML[1].pdf)

- Pôle de Santé Libéral Ambulatoire développé par l'URML de Basse Normandie,
Charte de Partenariat – Fiche comment créer un PSLA – Statuts juridiques

<http://www.urml->

[bn.org/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=59&Itemid=108](http://www.urml-bn.org/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=59&Itemid=108)

- Les pôles de santé libéraux en Bretagne

http://www.bretagne.sante.gouv.fr/publications/rapports/2008/janvier/egos/pole_d_e_sante_pluridisciplinaire_egeos.pdf