

---

# Quels modèles économiques et institutionnels pour les centres de santé ?

---

Une contribution des professionnels de santé des centres de santé

---

Juin 2013

---

# Quels modèles économiques et institutionnels pour les centres de santé ?

## SOMMAIRE :

<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>II. ETAT DES LIEUX</b>	<b>4</b>
1. Raisons objectives de promouvoir les centres de santé	4
2. Les atouts des centres de santé	5
3. La question économique au cœur de la promotion et du développement des centres de santé	8
4. Rappel : le cadre réglementaire des centres de santé	10
<b>III. LES FREINS AU DEVELOPPEMENT DES CENTRES DE SANTE</b>	<b>13</b>
1. Les insuffisances et les manquements des textes législatifs et réglementaires	13
2. Une couverture territoriale hétérogène à améliorer	17
3. Une gouvernance inadaptée, à réformer	19
4. Repenser le modèle économique des centres de santé	20
<b>IV. LES CENTRES DE SANTE DANS UN NOUVEAU PAYSAGE SANITAIRE NATIONAL</b>	<b>23</b>
<b>V. BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>24</b>
<b>VI. ANNEXES</b>	<b>25</b>

Ce texte a été élaboré par Alain Brémaud, Lydia Caillaud, Fabien Cohen, Jean-Victor Kahn, Eric May, Danièle Messant, Véronique Racine, Louis-Albert Steyaert, représentants des instances de l'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé, du Syndicat National des Chirugiens Dentistes de Centres de Santé et du Syndicat National des Kinésithérapeutes de Centres de Santé.

Ce document, élaboré par les organisations représentant les professionnels soignants des centres de santé, s'adresse à tous ceux qui sont concernés par les problématiques abordées dans celui-ci ; organisation et qualité sanitaires, réponses aux besoins des populations, gouvernance des centres de santé, viabilité financière et moyens, structuration des financements, territorialité. Ce document-débat s'adresse à tous ceux qui travaillent dans les centres de santé, à tous ceux qui les promeuvent, aux représentants de ceux à même de les utiliser et aux différents échelons nationaux et locaux-régionaux des pouvoirs publics concernés par les questions de santé des populations dont ils ont la charge. Il se veut outil de débat, d'échange, de négociation et de construction.

## L'INTRODUCTION

L'offre de soins ambulatoire, dite de premiers recours, médicale, para médicale et bucco dentaire, est amenée à connaître dans les prochaines années une profonde mutation. Elle doit faire face en effet aux nouveaux besoins de santé des populations, aux maladies chroniques et aux poly pathologies chez des patients toujours plus âgés. Ces maladies, par leur fréquence, posent la question d'une politique de santé qui mette en lien soins et prévention à la hauteur des enjeux sanitaires. Elles justifient aussi le développement de nouvelles pratiques médicales, pluri professionnelles et coordonnées, moins axées sur les seules interventions curatives. Mais dans le même temps, le paysage sanitaire se prête peu, en l'état, aux transformations nécessaires: désertification médicale, aggravation des inégalités sociales de santé, modèle d'exercice libéral isolé à bout de souffle et inadapté aux besoins... L'adoption par un certain nombre de nos confrères libéraux de nouvelles pratiques médicales d'équipe en structures regroupées participe à ce constat : l'offre de soins de premiers recours doit être totalement repensée, en partant des besoins des populations et des territoires. Mais pour que cette refondation soit réussie, qu'elle réponde aux attentes, elle devra associer tous les acteurs de santé mais aussi les élus et les usagers. Elle devra faire le bilan de l'existant et examiner toutes les expériences, passées et présentes, d'offre de santé originale ou alternative.

Parmi celles-ci, les centres de santé français ont aujourd'hui une place unique dans l'offre de santé. Seules structures ambulatoires à garantir l'accès aux soins pour tous, ils sont aussi des acteurs de santé publique et de promotion de la santé auprès des populations. Ils ont développé des pratiques innovantes au service des usagers. Pourtant, au moment où tout le monde s'accorde sur la modernité des centres de santé, que de nouvelles créations sont annoncées dans des zones rurales et suburbaines, de nombreux centres sont paradoxalement menacés dans leur existence par manque de financements. Et s'il est un frein au développement des centres qui est souvent évoqué, c'est celui de leurs coûts.

Une réflexion sur les modèles économiques des centres de santé s'est d'ailleurs engagée depuis plusieurs années, menée tant par les pouvoirs publics que par les promoteurs et gestionnaires des centres.

Les organisations des professionnels de santé des centres ne pouvaient rester en dehors d'un débat qui va déterminer l'avenir des centres mais aussi des pratiques des soignants qui y exercent. Elles ont donc décidé d'apporter leur contribution par ce document, fruit du travail collectif de plusieurs de leurs représentants. Ce document a pour objectif d'ouvrir le débat avec les promoteurs des centres et les pouvoirs publics pour créer avec eux de nouveaux modèles médicaux-économiques de développement des centres de santé. Cette démarche est apparue d'autant plus nécessaire que la multiplication de ces structures dans le pays serait une solution efficace, tant pour répondre aux besoins des populations précitées, qu'aux aspirations nouvelles des professionnels de santé alors que l'on s'alarme (à juste titre) de la problématique de la démographie médicale et de la crise de vocation des soignants.

## **II. ETAT DES LIEUX**

### **1. Raisons objectives de promouvoir les centres de santé**

Notre démarche vise à prendre en compte, développer et faciliter la réponse sanitaire que représentent les Centres de Santé. Il ne s'agit pas de les promouvoir pour eux-mêmes, mais bien parce qu'ils répondent à des besoins de santé exprimés, étudiés et répertoriés..

- a) Les centres de santé correspondent aux besoins des populations :
  - ✓ en facilitant l'accessibilité sociale aux soins contribuant ainsi à réduire les inégalités sociales de santé.
  - ✓ en réduisant les inégalités territoriales de réponses aux besoins de santé.
  - ✓ en étant un outil de santé publique, associant compétences et proximité, adapté localement aux populations.

- ✓ en plaçant, l'usager au centre des préoccupations des acteurs de santé ( en termes de soins, de prévention et d'accessibilité sociale) et en développant des pratiques de santé communautaire.
- ✓ en sécurisant les usagers et leurs parcours de santé dans une unité de lieu et de pratiques avec un plateau technique adapté et une équipe pluri-professionnelle compétente.

b) Les centres de santé proposent une pratique moderne

- ✓ En répondant aux exigences de la médecine du 21eme siècle, nécessitant coordination des soins et pluridisciplinarité,
- ✓ En permettant la prévention et l'éducation sanitaire dans et hors les lieux de soins,
- ✓ En améliorant l'efficience des soins par un dossier médical commun
- ✓ En contribuant à la formation initiale et continue des professionnels.

c) Les centres de santé apparaissent comme une réponse pertinente aux attentes des professionnels de santé

- ✓ En proposant des conditions d'exercice regroupé, un travail d'équipe, le salariat, et de conditions de travail et de vie plus adaptées à l'époque actuelle.

d) Les centres de santé favorisent une organisation sanitaire rationnelle

- ✓ En étant à la fois complémentaires et alternatifs aux autres modes d'exercices ambulatoires, ils sont facilitateurs pour le travail en réseau et le nécessaire lien ambulatoire-hôpital.

## 2. Les atouts des centres de santé

Les centres de santé présentent de multiples avantages liés à leurs spécificités.

a) Atouts pour la population

- ✓ Ils sont des structures sanitaires de service public, pluridisciplinaires, de proximité qui pratiquent le tiers-payant et souvent l'avance mutuelle, les tarifs conventionnels. Ils accueillent les bénéficiaires des CMU, de l'Aide Médicale d'Etat et de l'Aide Complémentaire Santé sans discrimination. Ils facilitent ainsi l'accès aux soins pour tous, limitent le renoncement aux soins et participent à la réduction des inégalités sociales de santé.

- ✓ Ils permettent une réduction des inégalités territoriales : la pluridisciplinarité présente l'avantage d'offrir en un même lieu des soins diversifiés et un plateau technique adapté. Leur implantation au plus près des populations et leur capacité d'adaptation à leurs besoins permettent d'offrir des soins faisant défaut dans leur territoire géographique. Ils sont, aujourd'hui pour nombre d'entre eux, le dernier rempart contre la désertification médicale rurale et urbaine. Ils sont identifiés par les différents groupes sociaux et ethniques présents sur ces territoires comme une réponse pertinente à leurs besoins et répondent ainsi aux enjeux sociaux. En offrant à ces populations souvent vulnérables, une médecine de qualité pour tous, les centres évitent les ghettos sanitaires et contribuent ainsi à une meilleure intégration sociale.
- ✓ Ils peuvent être des outils de démocratie sanitaire au niveau local en permettant d'associer des usagers à leurs actions par des pratiques de santé communautaire.

#### b) Atouts pour les pouvoirs publics

- ✓ Leurs pratiques d'équipe coordonnées favorisent l'optimisation des soins et l'amélioration de leur qualité, et in fine sont source d'efficience sanitaire( Référence étude Epidaure, 2010, IRDES). Le paiement à la fonction est un des facteurs qui contribuent à cette efficience, évitant toute dérive productiviste en terme d'actes et de prescriptions.
- ✓ Ils réduisent le nombre de consultations non pertinentes comme le recours aux urgences hospitalières inopportunes.
- ✓ Ils jouent un rôle unique en santé publique ambulatoire : ils participent et organisent des campagnes d'éducation sanitaire, de dépistage et de promotion de la santé auprès de la population et/ou à destination de publics ciblés.
- ✓ Ils améliorent la prise en charge des maladies chroniques en optimisant par le dossier unique partagé, la coordination des différents acteurs ..
- ✓ Ils facilitent la formalisation des échanges professionnels ( staffs, systèmes d'information internes et externes) qui contribuent à la qualité et à la sécurité des soins. Ces échanges facilitent également l'accès aux circuits hospitaliers par l'intermédiaire de praticiens spécialistes travaillant dans les centres de santé.

#### c) Atouts pour les professionnels soignants.

- ✓ Les centres de santé offrent un exercice salarié aux professionnels qui les libère des tâches administratives et de gestion et une rémunération, pour beaucoup d'entre eux, à la fonction. Dans ce cas, cette déconnection entre les actes et la

rémunération favorise la prise en charge globale du patient indépendamment de toute dimension lucrative.

- ✓ Ils permettent, par l'exercice regroupé : un travail d'équipe, une rupture de l'isolement, des échanges, un sentiment de sécurité plus important et, probablement, une diminution du burn-out.
- ✓ Ils rendent possibles de meilleures conditions d'exercice par la délégation d'une grande partie de l'organisation logistique inhérente à l'activité médicale (locaux, charges du personnel, mise en conformité, investissements ou remplacement de matériel médical, informatique...) et à l'organisation de l'accueil des patients (interface avec caisse sécurité sociale pour le paiement des actes et la gestion comptable).
- ✓ Ils permettent, grâce à l'appui des personnels administratifs et sociaux, une prise en charge globale des patients. Ainsi le "temps praticien", médical, dentaire, paramédical, n'est pas dispersé. Il est utilisé pour des soins, des actes de prévention, de recherche clinique ou d'épidémiologie . Les différents personnels d'appui contribuent, par ailleurs, à l'accompagnement global des patients et à l'efficacité des actions de santé publique.
- ✓ Ils sont fondés sur un exercice en équipe qui permet, par une organisation du travail adaptée, de répondre aux spécificités des publics à accueillir. Le brassage social et ethnique participe à la « richesse » de l'exercice du soignant, qui doit y faire preuve de son adaptabilité.

d) Des atouts qui ont montré leur efficacité

- ✓ Le dossier médical commun, les réunions d'équipe entre les différents métiers, les réunions de pairs où l'expérience des uns, les connaissances spécifiques des uns et des autres et leurs complémentarités sont autant d'atouts pour les patients et les professionnels.
- ✓ Les centres de santé sont un maillon de la chaîne sanitaire locale. Ils sont en lien avec les structures médico-sociales, municipales, départementales, les hôpitaux et les réseaux. Ils ont su tisser aussi des relations avec les médecins libéraux et les pharmaciens locaux.
- ✓ Les centres de santé sont des partenaires des universités et des acteurs de la formation médicale initiale. De nombreux médecins généralistes de centres de santé sont maîtres de stages et accueillent des étudiants en médecine, externes et internes de tout niveau. Les équipes des centres accueillent aussi des étudiants en kinésithérapie, des élèves infirmier(e)s, ... Aujourd'hui, des chefs de clinique en

médecine générale sont intégrés dans les centres et contribuent à développer et à dynamiser le travail de recherche de leurs équipes.

e) Un atout pour la population, les pouvoirs publics, la qualité et l'efficacité sanitaires : le paiement à la fonction.

Contrairement au paiement à l'acte, le paiement des soignants à la fonction encourage le travail d'équipe, la prise en charge globale des patients et leur accompagnement sanitaire, social et culturel dans le parcours de soin. Il évite les tentations de dérives de productivisme pour améliorer les équilibres financiers des professionnels ou des structures aux dépens du budget de la sécurité sociale. Le paiement à la fonction, facilitateur de santé publique, favorise le juste soin au juste coût et évite les actes et prescriptions redondants inflationnistes pour l'assurance maladie.

### **3. La question économique au cœur de la promotion et du développement des Centres de santé**

a) Une diversité de gestion mais des contraintes économiques identifiables et semblables.

Les centres de santé constituent un vaste ensemble de structures de soins très diverses tant dans leur fonctionnement que dans leur gestion.

La loi reconnaît plusieurs types de centres de santé, polyvalent, infirmier ou dentaire, quel que soit le gestionnaire : municipalité, organisme mutualiste, association, établissement de santé ou caisse de sécurité sociale. Les centres de santé polyvalents peuvent offrir médecine générale ou spécialisée, chirurgie dentaire, rééducation, soins infirmiers et examens complémentaires dans le cadre d'une pratique du tiers payant sans reste à charge.

Quel que soit le type de centre de santé, il doit faire face au défi économique que constitue une insuffisance de recettes limitées quasi exclusivement aux seuls actes de soins, qui ne couvrent pas l'ensemble des missions obligatoires des centres, en particulier les missions sanitaires et sociales. :

- ✓ Les soins ambulatoires sont économiquement comparables à ceux de la médecine « de ville » libérale de secteur 1 (sans dépassement), tout en ayant les contraintes économique d'un établissement de soins, sans leur financement. En effet, leur taille, le regroupement des spécialités, le nombre de patients pris en charge fréquentant les lieux, sont autant de contraintes qui les obligent à se doter de



moyens de facilitation de la circulation, de nettoyage des locaux, de désinfection des matériels, d'élimination des déchets, garantissant un haut niveau de sécurité mais représentant un coût bien supérieur à celui de la médecine « de ville » libérale.

- ✓ Les personnels administratifs des centres de santé participent à l'accueil et à la prise en charge sociale des usagers. Par cette fonction, ils apportent la dimension sociale « d'éducation au parcours de santé » voire « d'orientation vers les interlocuteurs sociaux » caractéristique des centres. Celle-ci à un coût supplémentaire à ceux des actes médicaux, mais elle est considérée, aujourd'hui encore injustement, comme une mission relevant de la volonté politique du gestionnaire.
- ✓ Le tiers payant, a un coût spécifique évalué (cf. étude cds parisiens, R. Bouton) et représente un transfert de charges important. Plus encore, la prise en charge du ticket modérateur représente une avance de trésorerie et un risque d'impayé conséquent. Ces deux points, tant dans leur gestion que pour le suivi des impayés comme pour le montant des créances non recouvrées, sont une composante importante du surcoût non compensé de l'acte en centre de santé.
- ✓ Le risque d'impayés devrait être couvert par ceux qui bénéficient de la démarche mise en œuvre dans les centres de santé : les assureurs complémentaires (mutualistes ou privés) pour la part qui les concerne et l'assurance maladie pour la sienne.
- ✓ La pratique du tiers payant, l'accueil des patients ainsi que la récupération du montant des actes tant auprès de l'assurance maladie que des complémentaires, obligent les centres de santé à majorer le nombre de leurs personnels administratifs et d'accueil. Au regard de l'économie de gestion qu'elle représente pour les divers assureurs maladie et complémentaires, nous considérons comme légitime qu'ils contribuent à leur financement.
- ✓ Les actions de santé publique font partie des missions des centres de santé, et à ce titre doivent bénéficier d'un financement pérenne. Ces actions de proximité auprès des populations, nécessitent de recruter des acteurs complémentaires et compétents et pour être efficaces doivent s'inscrire dans la durée. Les financements des actions de santé publique doivent prendre en compte pour chacune, formation, organisation, réalisation, évaluation, élaboration de dossier ainsi que les moyens d'associer a ces actions soignants et paramédicaux, administratifs et accueil, groupes de malades ou d'habitants et partenaires occasionnels ou durables.

b) Des contraintes d'organisation inadaptées aux impératifs économiques d'aujourd'hui.

- ✓ Si l'avenir n'est plus aux offres de soins morcelées mais les plus complètes possibles, l'augmentation de l'activité est à la fois une justification de l'offre de soins des centres de santé et une nécessité économique. Les centres de santé remplissent les conditions qui permettent d'offrir une permanence des soins optimisée, du fait de l'exercice regroupé et du travail d'équipe (éventail des plages d'ouverture dans la semaine comme au quotidien, remplacement des praticiens en congés ou en maladie, ouverture pendant les vacances et les ponts). Mais cela nécessite un assouplissement des conditions d'exercice des soignants salariés en termes de volumes horaires et de répartition de ceux-ci, pour permettre les nocturnes, l'ouverture en continue, l'accès direct aux soins de premier recours. Les dépenses ainsi engendrées pour répondre à ces besoins nouveaux, doivent pouvoir faire l'objet de nouveaux financements de l'Etat.
- ✓ Le juste soin au juste prix, le travail d'équipe et la coordination des soins évitant la redondance de prescriptions comme l'hospitalisation ou le renvoi inutiles aux urgences, la prise en charge de populations défavorisées (souvent plus difficiles pour communiquer, expliquer, faire adhérer aux traitements, convaincre de se soigner, ayant des priorités vitales autres), la diversité des problématiques sociales, culturelles, linguistiques auxquelles les équipes sont confrontées, représentent des investissements en temps, des compétences et des qualités de recrutement qui ont un coût certain et spécifique aux centres de santé. Celui-ci devrait être reconnu et financé par les pouvoirs publics au regard du bénéfice sanitaire qu'il représente pour les patients et du bénéfice économique pour la société.

#### 4. Rappel : le cadre réglementaire des centres de santé

a) Loi et décrets régissant les centres de santé

- ✓ les missions définies par la Loi (Code de Santé Publique, article L6323-1)
  - Soins sans hébergements
  - Santé publique et prévention, éducation pour la santé, éducation thérapeutique des patients et actions sociales
  - Pratique de la délégation du tiers payant (code de la sécurité sociale, article L322-1)
  - Formation initiale des soignants (accueil des stagiaires en formation des différentes professions de santé)
  - IVG ambulatoires (CSP, article L2212-2)

- Peuvent appliquer des protocoles de coopérations interprofessionnelles (CSP, articles L4011-2, L4011-3)
- ✓ Conditions de création et de gestion d'un centre de santé après validation par l'Agence Régionale de Santé:
  - Par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales ou des établissements de santé.
  - Par l'établissement d'un projet de santé tendant à favoriser, l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.
  - Par un règlement intérieur
  - Par un mode de rémunération des « médecins »<sup>1</sup> basé sur le salariat

b) Les rapports avec l'assurance maladie : L'Accord National

- Si la loi accorde à tout centre de santé une subvention dite « Teulade » (compensant partiellement ce qui est fait pour les libéraux) pour dédommager en partie la part patronale des charges sociales liées au salariat, l'application des conventions « médicales » négociées avec les libéraux, ainsi que l'application du tiers payant, elle a néanmoins considéré utile de lier directement les centres de santé à l'assurance maladie par un accord national négocié paritairement, l'Etat par décret ayant décidé d'exclure les professionnels de santé . Celui-ci a été signé le 19/11/2002 pour 5 ans, prorogé en 2008, et reconduit en 2013 sans aucune renégociation ni mise à jour au détriment des centres de santé.
- Il est destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie :
  - Respect des tarifs conventionnels
  - Liberté de choix des usagers
  - Structures de proximité au plus près des assurés et de leurs besoins
  - Pratiques spécifiques et organisation des soins
  - Promotion de la qualité et mise en place d'une démarche d'évaluation
  - Contribution des centres aux évolutions du paysage sanitaire français

---

<sup>1</sup> Ainsi formulé dans la loi mais qui recouvre pour nous l'ensemble des praticiens

- participation à une régulation concertée et médicalisée des dépenses de santé.
- pour les assurés bénéficiant d'une complémentaire, les caisses chercheront à favoriser par le biais d'accords conclus avec les régimes complémentaires des conditions permettant aux assurés d'être également dispensé du règlement direct du ticket modérateur.
- Télétransmission des FSE
- D'autres dispositions
  - relatives aux tarifs :
    - ils doivent être conformes aux tarifs de la convention des professionnels de santé libéraux.
    - Les conditions d'application au centre de santé des conventions nationales des professionnels de santé libéraux feront l'objet d'un examen au sein des instances conventionnelles prévues dans l'accord national.
    - Le centre de santé dentaire s'engage à dispenser aux assurés sociaux l'ensemble des soins conservateurs, prothétiques, chirurgicaux, radiologiques courants. Il s'engage à ne pas développer une pratique exclusivement centrée sur les actes hors nomenclature.
  - Formation professionnelle conventionnelle :
    - financement par la CNAM de formations agréées ouvrant droit à indemnité des centres pour pertes de ressources. Celle-ci a été supprimée et remplacé par le DPC ( dispositif hors convention)
  - Options de coordination médicale, dentaire et infirmière. Facultatives, elles devaient contribuer à favoriser :
    - la qualité des soins
    - la prévention et les actions de santé publique
    - le suivi médical et la continuité des soins
    - l'amélioration des conditions d'accès aux soins
    - l'optimisation des dépenses de santé
    - elle offre un financement forfaitaire par patient signataire l'option de coordination
  - Aide à l'informatisation :
    - une subvention forfaitaire unique.
  - Aide à la télétransmission
    - Forfaits structures et forfait professionnel de santé annuels qui visent à compenser exclusivement les surcoûts liés à la télétransmission.

- Instance nationale de concertation : celle-ci devait associer Etat, Assurance Maladie, Promoteurs des centres de santé et Professionnels soignants de ceux-ci. Elle devait étudier l'adaptation des conventions libérales aux centres de santé et la mise en place de mesures et projets spécifiques aux centres de santé. Décidée par le législateur, sans décret d'application, elle n'a jamais vu le jour malgré sa pertinence.

### **III. LES FREINS AU DEVELOPPEMENT DES CENTRES DE SANTE ET DES PROPOSITIONS POUR Y REMEDIER**

Les centres de santé sont l'objet de discriminations variées par rapport à une profession médicale, odontologique et para médicale libérale majoritaire jusqu'à maintenant. Ainsi, ils sont écartés du droit à percevoir le forfait pour la coordination des soins des patients en Affection Longue Durée, de la reconnaissance de la pratique salariée de la maîtrise de stage de médecine générale, de certains financements pour la formation, de la rétribution pour les dépistages des cancers colorectaux, des possibilités de financements pour participer à la permanence des soins, des dispositifs d'aides financières à l'installation en zones désertifiées... Ils sont oubliés ou relégués aux strapontins dans diverses instances... La liste est longue, sur des champs nombreux et dépendants de divers textes.

Au-delà de ces désagréments conséquents, les freins principaux au développement des centres de santé sont de quatre ordres : législatifs et réglementaires, territoriaux, organisationnels et financiers.

#### **1. Les insuffisances et les manquements des textes législatifs et réglementaires**

Les textes ont défini avec une relative précision les missions des centres et leurs conditions réglementaires de fonctionnement de même que les relations avec les caisses d'assurance maladie. Mais ils restent insuffisants et ne sont pas incitatifs à la création de nouvelles structures. Ils n'ont pas déterminé des modèles institutionnels homogènes. La diversité qui caractérise les différents cadres statutaires des centres est perçue par beaucoup de décideurs, d'élus, ou de professionnels de santé comme un facteur d'incertitude, une difficulté, un handicap au moment des choix (création, aide au développement, promotion...). Elle doit être gommée par le traitement d'un certain nombre de points qui constituent autant de freins ou de difficulté au développement des centres.

Ainsi à l'examen de quelques grands chapitres de ces textes, sur quoi le législateur doit-il revenir ?

○ **Les missions :**

Il nous semble important de faire en sorte que le législateur garantisse par la loi, l'effectivité et l'homogénéité d'application des missions multiples et identitaires des centres. Elles ne font pas débat en l'état. Il est donc important que notamment les missions de santé publique, sociales et de coordination des soins soient remplies par tous les centres de santé existants ou à créer. Bien entendu, dans le même temps, il faudra en garantir les financements.

○ **Les conditions de création d'un centre de santé :**

Les conditions rendant nécessaire la création d'un centre sont totalement absentes des textes de loi au même titre que rien ou presque ne répond à ces questions pourtant essentielles : **quand et ou créer un centre de santé, pourquoi, par et avec qui ?** Nous envisagerons dans une annexe spécifique les critères autorisant ou nécessitant la création ou l'ouverture d'un centre de santé ainsi que les critères ouvrant droit à des financements spécifiques. Bien que la convention rappelle que les centres de santé doivent participer à l'évolution du paysage sanitaire français et donc répondre avec d'autres aux besoins identifiés des populations et à leurs évolutions, de nombreuses questions restent en suspend.

- ✓ **Quand et à quels besoins doit répondre la création d'un centre de santé ?** Indépendamment de l'absence d'une politique nationale et régionale (via les ARS) de développement des centres, notons l'absence d'obligation de réponse à des besoins identifiés, sanitaires ou d'accessibilité aux soins (désert médical, accès social), sur le territoire d'implantation d'un centre : si le projet de santé d'un centre doit inclure la notion de réponse aux besoins, cette notion n'est néanmoins pas opposable ni précisée suffisamment.
- ✓ **Qui doit créer un centre et avec qui?** Notion à préciser pour garantir l'adéquation entre le promoteur, ses objectifs, son projet, sa viabilité économique, et celui du centre et des besoins de ses usagers. Ainsi, un centre créé par une clinique et intégré dans ses locaux devrait-il avoir pour objet principal l'accès aux soins de la population du territoire où la clinique est implantée plutôt que celui d'assurer le recrutement pour l'activité de celle-ci (plateau technique, chirurgie, hospitalisation...). Il s'agit de prendre en compte les besoins d'une population dans une dimension de santé publique, sur un territoire déterminé et de donner leur place aux élus territoriaux, aux usagers, aux syndicats, aux représentants de l'Etat dans la création et la gouvernance d'une structure gérée par une association, un établissement de santé, une mutuelle, une municipalité ou plusieurs de ces entités associées.

- ✓ **Autre point de la loi aux conséquences importantes** : la loi HPST a substitué, à l'agrément sous conditions techniques, la seule obligation de déclaration et d'enregistrement auprès de l'ARS pour l'ouverture d'un centre de santé. Cette décision à visée simplificatrice et d'apparence facilitatrice, laisse la porte ouverte à la création de centres par des promoteurs peu préoccupés par la qualité des prestations, la sécurité sanitaire, et par la réponse médicosociale que devrait apporter leur structure. Une nouvelle procédure d'agrément est sans doute à imaginer. Celle-ci devra définir des critères d'autorisation d'ouverture et de création des centres de santé ouvrant droit à des financements : critères territoriaux, sanitaires et sociaux, critères d'objectifs et de projets, critères d'évaluation,...

- **Le statut des structures :**

Municipales, mutualistes, associatives, de caisses d'assurance maladie, ces structures souffrent de la diversité de leur cadre statutaire, public ou privé. Elle en trouble la perception et détermine des modes de fonctionnement et des activités très différentes selon les structures. Le modèle économique des structures et leur viabilité sont impactés par leur statut, de même celui des personnels médicaux et administratifs : les obligations en terme de résultat des comptes d'exploitation d'un centre n'est par exemple pas le même entre celui géré par une association et celui géré par une municipalité.

Un nouveau modèle de centre est à rechercher qui mette en adéquation, statut, missions et financements pour assurer la pérennité de leur action, en ne faisant pas porter à un seul promoteur local le coût de cette structure et en concevant une autre gestion respectueuse de la diversité des attentes.

- **Le statut des professionnels de santé de centre de santé :**

- Au regard de l'entreprise

Il n'en existe pas. La loi ne définit qu'une obligation, celle du mode de rémunération des « médecins », le salariat. Qu'entend-on par « médecins » ? Terme trop restrictif à élargir à tous les professionnels de santé. Qu'entend-on par salariat ? Cela va de la rémunération à la fonction à celle exclusivement à l'acte.

Les « statuts » des professionnels de santé sont seulement déterminés par les statuts juridiques des centres: de droit privé pour les associations et les mutuelles, de droit public, celui de la fonction publique territoriale pour les collectivités (mais non titulaires) ... Malgré le respect du code du travail et/ou du code des collectivités par les centres, il existe une situation hétéroclite pour les soignants des centres qui se caractérise par:

- ✓ Une réelle précarité

- ✓ Des droits très différents d'une structure à l'autre (congés, formation...) même au sein d'un même groupe de centres de santé (ex : les centres municipaux ou mutualistes)
- ✓ Un statut de salarié à géométrie variable entraînant, selon les structures, des rémunérations à la fonction (surtout dans les centres municipaux), proportionnelles à l'activité ou mixtes (fixe et à l'activité) (pour partie des centres associatifs ou mutualistes).
- ✓ Des niveaux de rémunérations qui peuvent varier du simple au double, pour certaines disciplines, d'un centre à l'autre, pour toutes les catégories de personnels médical ou para médical et, par ailleurs, en dessous de ceux des professionnels libéraux, à activité et fonction équivalentes.
  
- ✓ Dans le contexte de la crise de la démographie médicale, l'attractivité des centres et de leur pratique d'équipe est réelle mais inégale. Elle s'exerce surtout sur les médecins généralistes et les chirurgiens dentistes. Elle est insuffisante, compte tenu de cette absence de statut, pour les spécialistes et les paramédicaux (kinés, infirmiers, mais aussi manipulateurs radios...). Pour inscrire les centres dans le paysage sanitaire, il leur faut pouvoir recruter des professionnels de santé et renouveler leurs équipes. Il faut aux centres des moyens nouveaux pour faire face à la concurrence de fait créée par la chute des effectifs de soignants qui menacent de les vider de leurs spécialistes et de nombreux autres personnels soignants.
  
- ✓ Il faut donc définir une base statutaire commune aux professionnels de santé des centres de santé, attractive, qui reconnaît leurs spécificités, garantit des droits homogènes et des modes et niveaux de rémunérations adaptés par discipline (qui tiennent compte des responsabilités, des pratiques des praticiens, des contraintes et de l'environnement sanitaire). Le salariat à la fonction doit être privilégié pour garantir un exercice de qualité prenant en compte les diverses missions et le rôle social des centres.

- Au regard de leur profession

Les professionnels de santé des centres sont exclus d'un certain nombre de dispositifs bien qu'ils s'y inscrivent malgré tout par leurs actions, leur mise en œuvre n'ayant été prévue par la loi que pour les libéraux. Ainsi, l'accueil et l'encadrement des stagiaires de médecine générale par des maîtres de stages exerçant en centre de santé est inscrit comme une mission des centres de santé dans la loi. Mais le mode de rémunération prévu exclusivement par honoraires ne prévoit pas celui de médecins salariés. Pour ce qui concerne les chirurgiens-dentistes des centres de santé, l'Ordre les en écarte.



○ **L'Accord national :**

La renégociation de cet accord prévue initialement en 2013, sans modifications des décrets de 2002, devait se faire entre la CNAMTS et les organisations gestionnaires représentatives.

Nous continuons à considérer comme inadmissible et contraire à l'intérêt des patients l'exclusion des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé à cette table de négociation, pour le moins sur tout ce qui relève de leur exercice professionnel, soit des champs importants de cet accord national.

D'une manière générale, nous pensons que de nombreux points de cette convention sont aujourd'hui dépassés et constituent des freins au développement des centres et à l'accomplissement de leurs missions :

- ✓ Cet accord ne doit pas être, au regard des missions des centres de santé, une simple transposition des conventions libérales. Nous demandons à sortir de ce cadre et exigeons l'élaboration d'une convention spécifique comprenant :
  - La prise en compte de la mission d'accessibilité sociale des centres (tiers payant et gestion du ticket modérateur)
  - l'éducation au parcours de soins faite auprès de chaque usager des centres.
  - Le refus de toute discrimination dont sont victimes les centres par rapport aux libéraux dans le financement de missions pourtant communes, de certains actes, des charges sociales.
  - La mise en place de financements dédiés et spécifiques à ces structures.
- ✓ L'option de coordination des soins est obsolète, insuffisamment financée et ne correspondant pas à notre pratique. Il faut définir un nouveau dispositif et un mode de financement plus efficace de la coordination des soins (en prenant exemple sur l'expérience des Nouveaux Modes de Rémunération-NMR)
- ✓ La mise en place du DPC hors convention a fait disparaître le dispositif de la Formation Professionnelle Conventionnelle qui permettait à tous les professionnels de santé des centres (médecins, chirurgiens dentistes, infirmiers) de bénéficier de formations de qualité financée par la CNAM, jusqu'à huit jours par an. Aujourd'hui, les forfaits alloués dans le cadre du DPC ne permettent plus la mise en place de programmes de formation de qualité suffisante et réduisent le temps de formation à quatre jours pour les médecins et à moins d'une journée et demie pour les dentistes.

- ✓ Il faut réévaluer les aides financières à la télétransmission et à l'informatisation au regard du coût des investissements nécessaires en équipement, logiciels et maintenance. C'est particulièrement vrai pour ce qui concerne le dossier médical informatique pluri professionnel et commun, qui participe à l'amélioration de la qualité des soins et à leur évaluation (démarche qualité, EPP,...) prônées par la convention.

## 2. une couverture territoriale hétérogène à améliorer

1500 à 1 700 centres de santé sont répartis de manière très inégale aujourd'hui sur tout le territoire français. Leur implantation, globalement hétéroclite, résulte de l'histoire, de la volonté politique des communes, des associations ou des mutuelles, de l'aspiration des professionnels de santé ou des usagers à créer de nouvelles structures de soins adaptées à certains besoins mais fondées sur des valeurs communes.

Globalement, on trouve :

- ✓ Les centres de soins infirmiers, les plus nombreux, essentiellement en zone rurale, et dans l'ouest de la France.
- ✓ Les centres médicaux et polyvalents concentrés sur à peine plus d'une vingtaine de départements en Ile de France (la Ville de Paris et la petite couronne), dans le Nord-Pas-de-Calais, dans l'est, la région Rhône-Alpes, et la région PACA.
- ✓ Les centres de santé dentaire plus largement répartis sur le territoire français.

Il faut repenser cette couverture territoriale :

- ✓ Par une meilleure répartition par bassin de santé ou territoire de santé, afin de proposer une accessibilité sociale et géographique aux soins. Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique au moment où les renoncements aux soins explosent et où la désertification médicale est une réalité que connaissent de nombreux territoires. Il s'agit parfois de répondre à des besoins populationnels identifiés et spécifiques (centres de santé communautaires) e/ou pour réorganiser une offre plus complémentaire entre la ville et l'hôpital (centres de santé hospitaliers)
- ✓ En apportant une réponse équitable aux attentes des usagers par le respect des tarifs opposables en médecine, tarifs sociaux en chirurgie dentaire, une pratique

de la dispense d'avance de frais, une prise en charge réelle des bénéficiaires de la CMU, l'AME ou les complémentaires-santé, sans discrimination.

- ✓ En luttant contre la désertification médicale par l'attractivité que représentent ces structures pour les jeunes praticiens. Les expériences récentes ont montré que ces derniers revenaient dans ces territoires vidés de leurs soignants quand un centre de santé y était créé (centres municipaux de santé de La Ferté Bernard, de Conneré dans la Sarthe). En 2012, ce sont près d'une vingtaine de projets de ce type finalisés ou en cours qui ont été recensés par nos organisations.

Il faudrait pour cela, plus de démocratie sanitaire, à l'échelle nationale qui, dans le cadre d'une réorganisation de l'offre de santé sur tout le territoire, garantisse à tous l'accès à des soins de qualité et de proximité. Dans ce cadre, une implantation de centres selon un maillage territorial qui prenne en compte l'offre de soins territoriale, les besoins des populations, l'accessibilité géographique aux soins répondrait à une partie des problématiques de santé publique posées.

### 3. Une gouvernance inadaptée, à réformer

#### a. Pour une meilleure prise en compte des centres de santé au niveau des instances nationales et régionales

Les pouvoirs publics doivent repenser la place des centres de santé à l'échelle nationale comme régionale. Cela passe par :

- ✓ Une augmentation de leur nombre pour que le service public de soins de premier recours qu'ils représentent soit plus important dans l'offre globale de santé. (les centres emploient aujourd'hui seulement 14000 professionnels de santé dont environ 4000 temps pleins pour 1700 structures et ne représentent que 1,5 % des dépenses de santé ambulatoires).
- ✓ Une réelle place dans les diverses instances (comme l'ARS), en revoyant la loi HPST qui ne consacre aujourd'hui aux représentants des centres de santé que des strapontins consultatifs (dans le meilleur des cas).
- ✓ Le rétablissement de « l'Instance Nationale de Concertation des Centres de santé » (sur le modèle adopté dans les deux assemblées en 2002) , annulée par la loi HPST en 2009. Cela permettra d'élargir la représentation actuelle de ceux-ci, hétérogène et limitée à ses seules composantes gestionnaires regroupées au sein du Regroupement National des Organisations Gestionnaires des Centres de Santé

(RNOGCS), auprès des pouvoirs publics. La représentation des professionnels de santé dans ces instances est indispensable pour le débat, la réflexion et les décisions sur de nombreux champs les concernant : orientations et organisation sanitaires, priorités, formation, enseignement, recherche, déontologie, équipements,...

- ✓ La prise en compte des comités représentant les usagers des centres de santé qui sont les premiers témoins de la contribution des centres à leur santé et premières victimes quand ceux-ci sont fermés.

Dans le cadre d'une démocratie sanitaire pleinement exprimée, la représentation nationale des centres de santé devra être repensée et donner place aux côtés des organisations de gestionnaires, des élu-es, aux organisations de professionnels dans les champs qui les concernent comme à celles des usagers.

### **b. Pour une réforme de la gouvernance au sein des centres eux-mêmes**

Il ne peut y avoir de véritables projets de centre, de suivi de leur mise en œuvre, d'évaluation et de promotion, sans repenser la gouvernance des centres eux-mêmes, aujourd'hui totalement hétéroclite. Celle-ci est à différencier de la seule gestion du centre, plus restrictive et qui n'a pas pour objet que de mettre en œuvre les actions conformément aux projets validés par la gouvernance, dans un cadre budgétaire déterminé.

Cette gouvernance locale doit associer les promoteurs ou personnes morales responsables des centres, les financeurs, les directions médicale et administrative, des représentants des personnels soignants et non-soignants et des usagers. Le fonctionnement sera assuré par une direction médicale associée à une direction administrative.

Ceci est à différencier des instances réservées aux personnels comme les Comités Médicaux d'Etablissement, les commissions consultatives ... aujourd'hui peu ou pas présentes dans tous les centres.

Une telle démarche nous semble conforme avec l'idée de projet de structure caractérisée par la pluri professionnalité, le travail en équipe, l'accompagnement social, quand il s'agit de s'assurer de la pertinence sanitaire de ces projets, de leur concordance avec les attentes des usagers, quand il s'agit de faire du centre de santé un lieu d'expression de la démocratie sanitaire.

Dans le cadre d'un nouveau modèle institutionnel de centre de santé, une gouvernance nouvelle paraît devoir être définie, statutairement créée pour être commune aux

structures, indépendamment de leur personnalité morale et de leur type de gestion, et reflétant aussi les apports divers de financements souhaitables.

## 4. Repenser le modèle économique des centres de santé

### a. Par de nouvelles mesures financières

Les centres de santé, du fait de leurs missions de soins doivent continuer de par la loi, à bénéficier, dans le cadre du tiers payant, du financement par le paiement des actes, mais doivent accéder à d'autres modes de financements complémentaires.

Il faut donc que la Loi soit revue pour leur permettre une latitude conventionnelle propre dégageant de nouveaux modes de financements pérennes, sous couvert de bilans et d'évaluations)et tels que :

- ✓ La prise en compte du coût du tiers payant, pratiqué pour les patients, pour ce qui concerne les dépenses Assurance Maladie et Assurances Complémentaires.

Cette pratique légale et indispensable qui contribue à l'accessibilité aux soins des usagers est une source d'économie pour l'Assurance Maladie et les Complémentaires mais est coûteuse pour les centres. C'est pourquoi sa prise en charge par un financement est légitime. Celui-ci devra être négocié et évalué en tenant compte du coût par patient, par passage ou par dossier ainsi que du bilan d'activité de chaque centre.

- ✓ Prise en compte du coût de la prise en charge des publics vulnérables et de celui de la coordination des soins.

Le dossier médical commun, le travail d'équipe et la coordination des soins d'une part, et la prise en charge sanitaire de publics en difficultés sociales, linguistiques et culturelles d'autre part, représentent un investissement de compétences, de temps, de postes et donc de finances. Nous proposons que ces dépenses soient reconsidérées par les pouvoirs publics, par la création de nouveaux actes forfaitaires. Il faudra ainsi inscrire dans un accord national renouvelé, par la loi et de manière réglementaire, le champ des missions qui feront l'objet de financements forfaitaires(en fonction du nombre de patients fréquentant le centre). Cela remplacera le secteur optionnel, tel qu'il est conçu actuellement, et évitera les risques et dérives possibles d'une démarche d'une filiarisation, pour devenir un financement par objectifs (coordination des soins, modernisation du plateau technique, formation, tiers payant, ...). Par ailleurs, un indicateur de prise en charge des personnes les plus en difficulté, tant médicale que sociale, devrait favoriser des financements complémentaires forfaitisés.

- ✓ Financement spécifique et pérenne des missions de prévention, d'éducation sanitaire, de promotion de la santé et d'une manière plus large de santé publique. Pour cela il doit être prévu un financement pluri annuel destiné aux centres de santé par l'Etat et les ARS.
- ✓ Un financement d'aide à l'ouverture ou à l'équipement des centres de santé dans les zones étiquetées « déserts médicaux » ou dans les zones ou les difficultés d'accessibilité sociale pour les soins équivalant à un « désert médical » ne serait qu'équité ( par rapport à l'aide à l'installation pour les cabinets libéraux) et contribuerait à la réduction des inégalités sociales de santé.
- ✓ Par ailleurs, les rôles joués par les équipes des centres de santé dans la permanence des soins et aussi dans la formation des différents professionnels de santé doivent aussi être financés.
- ✓ Les différents échelons des collectivités (locales, départementales et régionales) doivent être parties prenantes du financement des centres de santé, participer aux décisions d'implantation de ceux- ci sur leurs territoires et par conséquent envisager leurs contributions à ces financements.
- ✓ Du fait de son rôle de prévention et d'assurance complémentaire la Mutualité doit contribuer à un fonds de péréquation destiné aux centres de santé.

#### **b. Par un nouveau type d'établissement à gouvernance partagée**

La responsabilité des promoteurs actuels des centres de santé (collectivités locales, mutuelles, associations,...) demande à être examinée. Ils pourraient se dessaisir partiellement, selon leur choix et à leur rythme, de la gestion directe de leurs centres de santé. Il paraît nécessaire de créer dans le code de la santé publique un nouveau statut pour les centres de santé ( à venir ou existant) de type « *établissement de santé ambulatoire de service public* ». Celui-ci sera géré par un conseil d'administration comprenant, des représentants de toutes les structures apportant un financement, de la collectivité (élu) où est implanté le centre (commune, département, région), des représentants élus des personnels (administratifs et médicaux) et des usagers. Ce type de structure, pour les nouveaux centres de santé, pourrait prendre la forme juridique d'établissement, de Groupement d'Intérêt Public, de Groupement de Coopération Sanitaire, de Groupements de Santé Territoriaux, ... Il sera accessible à tous les centres existants déjà pour les promoteurs qui le désireront. Ceux-ci accéderont ainsi, pour leur centre, au partage des coûts et financements, ainsi que des responsabilités et de la gouvernance. Tous les promoteurs actuels (municipaux, associatifs, mutualistes, assurance maladie, privés et hospitaliers à but non lucratif) pourront ainsi poursuivre la gestion directe et exclusive de leur centre ou progressivement transformer leur structure

---

#### **Quels modèles économiques et institutionnels pour les centres de santé ?**

vers le nouveau type proposé, bénéficiant ainsi de financements et du partage des coûts et de la gouvernance tout en restant membre néanmoins du nouveau conseil d'administration. Les nouveaux centres créés seront soit autorisés par l'ARS sur critères d'ouverture et sur la base d'un schéma régional sanitaire (SROS ambulatoire) et bénéficieront des financements, soit non autorisés sur la base de ces critères et donc seraient des centres portés par des promoteurs volontaristes ne bénéficiant pas de la totalité de ces financements.

### **c. Par des dispositions favorisant la démocratie sanitaire**

La carte sanitaire de l'offre de santé sur un territoire, incluant les centres de santé et tenant compte de leurs spécificités, dans le cadre d'un SROS ambulatoire permettra de garantir une réponse pertinente aux besoins de santé, prenant en compte une meilleure accessibilité sociale et contribuant à une offre de santé complémentaire et alternative.

L'instance de concertation devra être mise en place au plan national ainsi que régional. Cette dernière doit pouvoir regrouper, des représentants des élus locaux et des promoteurs des centres, des organisations syndicales des professionnels (en particulier des soignants), des Comités d'usagers, de l'Etat, de la CRAM, de la Mutualité, ...

L'instance nationale, sera la représentation nationale de l'Etat, de la CNAMTS, des représentants des comités d'usagers, des représentants des promoteurs gestionnaires des centres de santé et des syndicats des professionnels qui y exercent (en particulier des soignants). En effet, les professionnels soignants qui sont particulièrement concernés par les choix opérés par les directions des centres et par les orientations définies dans les instances doivent y être représentés. Ainsi, ils sont directement engagés pour les sujets des champs suivants : formation médicale, stratégie sanitaire, priorités médicales, choix éthiques et déontologiques, modalités de l'exercice médical, ...

## **IV. LES CENTRES DE SANTE DANS UN NOUVEAU PAYSAGE SANITAIRE NATIONAL**

Les centres de santé doivent trouver leur place dans un nouveau paysage sanitaire et social qui, dans le cadre d'un service public territorial de santé de premier recours, garantisse l'accès aux soins et à la prévention de tous. Ce paysage devrait pour cela évoluer sur plusieurs points :

- Assurance maladie et prise en charge pour la population : pour le maintien et le redéploiement d'un système général solidaire et pour un système complémentaire, si celui-ci persiste, non discriminant.
- Maillage sanitaire : une offre de soins (soins, examens complémentaires) ambulatoires accessible à tous sur l'ensemble du territoire (démographie, tarifs opposables, tiers payant).
- Soins de qualité pour tous sur la base des critères et recommandations reconnues (compétence, coordination des soins, travail d'équipe, matériels médicaux adaptés, médecine basée sur des preuves).
- Prévention, éducation sanitaire, promotion de la santé réellement organisées, tenant compte des problématiques des populations et s'appuyant sur les acteurs de proximité identifiés.
- Organisation territoriale des soins et de la prévention (objectifs, programmes acteurs et financements définis).
- Formation initiale et continue redéfinies.
- Organisation réelle de la permanence des soins et des urgences dans le cadre d'un service public.
- Indépendance médicale par rapport aux intérêts commerciaux.

Dans ce contexte, les missions des centres de santé seront confortées pour:

- Pouvoir répondre d'une manière alternative et complémentaire aux besoins de soins nécessaires pour tous dans un territoire donné,
- Mettre en œuvre, sur la base d'un cahier des charges, des actions de prévention et de promotion de la santé, en lien avec la vie associative et les institutionnels du dit territoire et dans le cadre d'une politique nationale de santé publique,
- Travailler en réseau médical et paramédical, et répondre aux besoins sociaux liés à la santé, en lien avec les structures sociales du territoire,
- Etre un lieu de formation et de recherche.

Dans ce paysage sanitaire et social national les missions et les qualités des centres de santé contribueront à la réalisation de celui-ci. D'ores et déjà, ils sont des outils d'une politique sanitaire au service des populations. C'est ainsi :

- qu'ils représentent une offre de soins de qualité (médecine coordonnée, travail d'équipe, dossier médical commun, plateau technique de niveau adapté, missions de santé publique), accessible à toutes et tous (tarifs, tiers payant y compris pour part complémentaire, accueil social) et économe (pratiquant le juste soin au juste prix).
- que leurs qualités justifient une définition et une organisation qui régissent leur distribution et leur implantation territoriales.
- que leurs équipes, du fait de leurs engagements, leur pluralité et leurs connaissances des problématiques des populations de proximité, constituent des acteurs privilégiés pour promouvoir et réaliser des actions de santé publique



- pertinentes. La réalisation de ces actions est d'autant plus efficace que ces équipes sont à la fois actrices du soin et de la prévention.
- qu'ils représentent des lieux de stage et sont de plus en plus des partenaires privilégiés de l'université.
  - qu'ils représentent un corps de soignants salariés, mode d'exercice correspondant aux souhaits des nouvelles générations et adapté aux financements des actions de santé publique comme aux expérimentations de nouveaux modes de rémunérations des soins.
  - que leurs structures, leurs équipes pluridisciplinaires (avec imagerie et examens biologique), leurs plages d'ouverture, en font des éléments à prendre en compte pour la permanence des soins et la prise en charge des urgences de niveau ambulatoire.

\*\*\*\*\*

Les centres de santé, forts de leur expérience, s'inscrivent dans le présent et l'avenir sanitaire de notre pays, dans l'intérêt des populations. Cette contribution, à enrichir et approfondir avec nos pairs, nos partenaires et les pouvoirs publics, peut participer à cet avenir.

## V. Bibliographie

## VI. Annexes

- ANNEXE 1

### *Critères d'autorisation, de financements et d'évaluation*

**1-II faut envisager, pour l'avenir, des critères autorisant ou nécessitant la création ou l'ouverture d'un ou plusieurs centres et des critères de financements.**

**Ceux- ci pourront-être de plusieurs ordres : sanitaires, sociaux et territoriaux.**

**2-II faut catégoriser les critères en 3 groupes :**

**-critères de constats :**

**.typologie sociale : critères habituels ( taux de CMU, d'AME, revenu moyen par habitant ) mais aussi, peut-être, le taux de renoncement aux soins,**

**.répartition territoriale des soignants et des soignants accessibles socialement avec nécessité d'envisager un maillage des centres de santé du fait de leurs spécificités,**

**.besoins sanitaires**

**-critères de réponses :**

**.accueil social, amplitude d'ouverture**

**.minimum d'offre à définir et pertinence de celle-ci**

**.santé publique**

**.matrice de maturité à considérer**

**-critères d'objectifs et de projets**

**3-II faut envisager également, en particulier pour les critères de financements , des critères d'évaluations de l'accessibilité sociale, de l'organisation et du parcours de soins, de l'offre de soins et de santé publique,..**

**4-II semble nécessaire de redéfinir quels sont ceux qui peuvent (ou doivent) être les promoteurs exclusifs ou associés pour la création et la gestion d'un ou de plusieurs centres de santé.**

- **ANNEXE 2**

*Lexique des abréviations*

-AME : Aide Médicale d'Etat

-ARS : Agence Régionale de Santé

-CMP : Centre Médico-Psychologique

-CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

-CMU ; Couverture Maladie Universelle

-CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

-CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

- CSP : Code de la Santé Publique
- DPC : Développement Professionnel Continu
- EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- FSE : Feuille de Soins Electronique
- HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
- IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- PMI : Protection Maternelle et Infantile