

La Sentinelle De la SANTÉ

Les centres de santé

Historique

L'histoire des centres de santé commence au XVII^e siècle avec Théophraste Renaudot nommé par Richelieu commissaire général des pauvres du Royaume et qui institue des **consultations charitables** pour « pauvres malades ».

Puis la loi du 15 juillet 1893 organise **l'assistance médicale gratuite**, basée sur le financement obligatoire de la commune, du département ou de l'état.

En 1901, à Lille, Albert Calmette crée le **premier dispensaire** « d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse ».

Le 15 avril 1916, la loi « Léon Bourgeois » marque le début de l'intervention de l'état dans la lutte contre la maladie, puisqu'elle prévoit l'obligation pour les collectivités de créer des dispensaires d'hygiène sociale et de prévention antituberculeuse et antivénérienne.

En 1920, Robert-Henri Hazemann initie le concept de « centre de santé » comme lieu qui regroupe des services d'hygiène, de prévention et de service social. Mais il doit le soutenir face aux administrations, aux politiques et aux médecins. En effet, déjà à l'époque, les centres de santé représentaient une concurrence déloyale et le salariat des médecins « une hérésie ».

La loi du 5 avril 1928, complétée par la loi du 30 avril 1930, crée le premier système complet et obligatoire d'assurances sociales pour les salariés du commerce et de l'industrie.

Et ce sont les ordonnances du 4 et 19 octobre de 1945 qui créent la Sécurité Sociale, mise en place par Ambroise Croizat, ministre du Travail.

Par la suite, c'est le décret du 12 mai 1960, modifié par le décret du 7 janvier 1966, qui propose pour la première fois une référence tarifaire nationale de la consultation médicale, en fixant des conventions régionales.

Puis la loi du 3 février 1971 impose la première convention médicale nationale qui organise les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

C'est le décret 91-655 du 15 juillet 1991 « relatif aux conditions de prise en charge des soins délivrés dans les centres de santé » qui est la première étape de la reconnaissance des centres de santé.

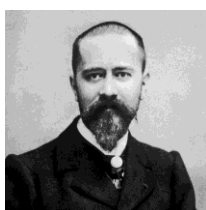
Et en 1999, c'est l'article L6323-1 du Code de la santé publique qui donne la première définition des centres de santé :

« Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. »

Par dérogation à l'alinéa précédent, un centre de santé peut pratiquer à titre exclusif des activités de diagnostic.



Théophraste Renaudot



Albert Calmette



Léon Bourgeois



Centre de santé 1920

Tout centre de santé, y compris chacune de ses antennes, réalise à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie.

Les centres de santé sont ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels y exerçant ».

La loi HPST du 21 juillet 2009 facilite l'ouverture des centres de santé et, notamment, transforme l'agrément préfectoral préalable en une déclaration auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) par le centre de santé (qui doit présenter un projet de santé ainsi qu'un règlement intérieur).

L'année 2018 est l'année de réforme pour les centres de santé. C'est d'abord un renforcement du contrôle de l'ARS sur les activités du centre de santé, puis une modification du caractère obligatoire de certaines activités en optionnel du fait du manque de ressources.

Enfin, la loi du 19 mai 2023 « visant l'amélioration de l'encadrement des centres de santé » prévoit : la constitution d'un comité médical qui se réunira en présence du Représentant des Usagers et du personnel, la transmission des diplômes et des contrats de travail des personnels à l'ARS, de nouvelles obligations envers les patients.

1. Définitions

a. Le premier recours est "le premier niveau de contact entre la population et le système de santé ».

Son périmètre et les intervenants sont définis par l'article L.1411-11 du code de la santé publique :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
- l'éducation pour la santé.

L'ensemble de ces soins sont dispensés par le médecin traitant, le spécialiste accessible en accès direct et les paramédicaux.

Le législateur tend à inscrire de plus en plus le premier recours dans un format d'exercice regroupé dans lequel interviennent différents espaces de coopération territoriale entre les acteurs de santé :

Maison de santé pluriprofessionnelle

La sentinelle de la santé | N°19- 14 Novembre 2024

(MSP)Pôle de santé (PS)
Communautés professionnelles territoriales de santé
(CPTS)Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)
Equipe de Soins Primaires
(ESP)Centre de santé (CS)

Le centre de santé est donc une structure d'exercice regroupé de premier recours (médecins généralistes et professionnels de santé en accès direct), ouvert à tous et permettant une prise en charge coordonnée de la santé de proximité.

b. Le centre de santé est défini sur la base de 3 obligations de fonctionnement :

- les professionnels de santé sont salariés,
- le centre doit pratiquer l'avance des frais ou Tiers Payant :
il applique les tarifs de secteur 1 et pratique le tiers-payant sécurité sociale voire le tiers payant intégral (pas d'avance de frais),
- le centre ne peut pas pratiquer de Dépassement d'Honoraires.



Santé
publique
France

c. Son organisation peut être mono ou pluriprofessionnelle (ce qui est différent de la pluridisciplinarité) :

- activité monoprofessionnelle : centre infirmier, centre médical, centre dentaire.
- activité pluriprofessionnelle : centre polyvalent avec intervenants médicaux et paramédicaux.

Les soins sont assurés par une équipe de professionnels de santé salariés qui selon le contexte peuvent être : en médecine générale, médecine spécialisée, radiologie, soins dentaires, soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie, diététique.

La gestion est assurée par une équipe administrative, soit de manière autonome dans le cadre d'une convention avec le financeur, soit en étant rattachée à un hôpital, une collectivité territoriale ou un intervenant de l'économie sociale et solidaire (une mutuelle par exemple).

Par ailleurs, le centre de santé peut intégrer un plateau technique, notamment en radiologie et en biologie.

Si les médecins généralistes qui y exercent sont généralement à plein temps, les spécialistes sont souvent des consultants hospitaliers (en provenance de l'hôpital de référence du territoire) qui viennent sur des plages horaires dédiées en fonction des besoins.

Le centre de santé peut également accueillir dans ses locaux des Services de Soins Infirmiers à Domicile (Ssiad) et des services sociaux.

Il peut par ailleurs être en lien avec un hôpital local ou une structure d'hébergement pour personnes âgées, pour lequel il assure la permanence médicale.

d. Les missions qui lui sont dévolues sont :

- obligatoires :
 - dispensation des soins de premier recours (prévention, diagnostic et soins)
 - réalisation à titre principal, de prestations remboursables,
 - ouverture à tout public (large amplitude horaire, plages de soins non programmés, permanence des soins).
- facultatives :
 - actions de santé publique, actions sociales et formation étudiants
 - IVG

e. Création et gestion par

- des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales, des établissements publics de coopération intercommunale, des établissements publics de santé, des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé à but lucratif et non lucratif.
- des Sociétés Coopératives d'Intérêt Collectif (SCIC)

f. Les **bénéfices financiers** ne sont pas partagés entre les associés gestionnaires mais mis en réserve ou réinvestis.

2. Contexte de croissance

Le nombre de centres de santé en exploitation à fin 2020 est estimé à 2 498.

La croissance du nombre de ces structures correspond à une convergence d'intérêts des pouvoirs publics, d'une partie des professionnels de santé, des patients et des gestionnaires :

a. Les pouvoirs publics ont volontairement assoupli le cadre législatif et réglementaire des centres de santé qui représentent aujourd'hui un moyen de développement rapide et efficace de l'accessibilité à l'offre de soins de proximité notamment dans des zones dites « déserts médicaux ».

b. Les centres de santé proposent aux **professionnels** de nouvelles conditions d'exercice qui répondent mieux à leurs aspirations :

- la possibilité d'un exercice coordonné, regroupé et pluriprofessionnel,
- une pratique davantage dédiée aux soins, allégée de tâches administratives,
- l'accès à une meilleure protection sociale,
- un compromis acceptable entre la vie professionnelle et la vie personnelle, la maîtrise du temps de travail.

c. Et proposent aux patients :

- une prise en charge globale avec dispensation de soins pluridisciplinaires et de prévention,
- l'accès à des plateaux techniques mutualisés,
- une coordination entre professionnels de santé, soins de ville et hôpital,
- des réponses concrètes aux problématiques d'accès aux soins, financières et physiques.

d. De nouveaux gestionnaires apparaissent sous la forme de réseaux d'associations regroupées sous une enseigne gérée par une société privée commerciale, grâce à l'assouplissement du cadre législatif de création.

3. Perspectives de croissance

La croissance continue des besoins de soins de premier recours accessibles est inéluctable. Elle repose sur plusieurs arguments :

- une progression généralisée de la population de seniors âgés de 65 ans ou plus ou géronto-croissance,
- une accessibilité financière toujours problématique du fait de la croissance de la précarité,
- des déficits d'offre structurels aggravés par la dynamique socio-démographique,
- le développement des maladies chroniques et l'augmentation continue de personnes en Affection de Longue Durée,
- le niveau d'urbanisation, la taille et la part de la population de personnes âgées de 65 ans et plus des territoires métropolitains

4. Freins à la croissance

a. Le modèle économique

La plupart des centres de santé présente un déficit structurel entre 12 et 15 %. La Cour des comptes met en évidence, dans son dernier rapport, une « absence de maîtrise suffisante des coûts ». L'ensemble des représentants du mouvement des centres de santé souligne la difficulté à maintenir un budget équilibré.

Un centre de santé qui assure une qualité de soin avec une prise en charge pluriprofessionnelle de la prévention et de l'éducation à la santé est aujourd'hui forcément déficitaire, parce que son modèle de financement est structurellement dysfonctionnel.

En effet, même s'ils sont salariés, la grande majorité des médecins travaillant dans les centres de santé sont payés à l'acte et non à l'heure. Pourtant les centres de santé accueillent 20 % de patients dits vulnérables, contre 8 % pour les professionnels libéraux.

Un tiers des centres médicaux et polyvalents sont implantés dans des quartiers où les patients reçus sont plus fragiles et malades que la moyenne. Ce sont des personnes qui ont des pathologies compliquées et chroniques. Leur prise en charge est lourde car elle doit être globale et coordonnée. Mais les centres ne reçoivent pas pour autant de moyens supplémentaires.

Ce type de financement est donc inadapté aujourd'hui car il ne prend pas en compte les particularités de chaque patient.

Seul un financement global dont la négociation doit se faire annuellement en fonction de l'activité constatée est donc réaliste.

Pour répondre à ces problématiques et dans le cadre d'une expérimentation permise par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018, une dizaine de centres de santé est passée d'une rémunération à l'acte vers un système de paiement forfaitaire annuel, dit par capitation.

Il s'agit d'une rémunération au forfait par patient et quel que soit le nombre d'actes réalisés. C'est donc l'activité qui est prise en compte et non pas la productivité.

Ce système serait donc plus vertueux et représenterait une opportunité pour améliorer la prise en charge globale des patients en favorisant la prévention.

Pourtant, cette démarche est loin de faire l'unanimité au sein de la profession médicale. Elle tendrait même à opposer médecine libérale et médecine salariée.

Il faut par ailleurs insister sur le fait qu'en fonction du territoire dans lequel se situe le centre de santé et des caractéristiques de sa population, les besoins ne sont pas les mêmes. Il est donc nécessaire que le financement de la structure prenne en compte cette réalité avec une véritable analyse des besoins et des objectifs et un financement adapté qui ne sera pas forcément le même d'un territoire à l'autre.

b. Nouveaux acteurs : les investisseurs privés

Les centres de santé sont désormais convoités par des investisseurs privés à but lucratif.

En effet, l'ordonnance de 2018 autorise les organismes à but lucratif à ouvrir des centres de santé.

Mais le risque est la capitalisation des centres de santé avec l'arrivée de ces nouveaux acteurs tels que les fonds de pension qui cherchent une rentabilité d'au moins 10 %, ce qui pourrait nuire à la qualité de soin.

En effet ces investissements dans le secteur posent question car il y a un intérêt économique en jeu.

Par exemple, un gestionnaire de clinique privé qui investit dans un centre de santé pourrait alors s'adresser directement les patients dans sa propre clinique.

Et avec le modèle économique inadapté du paiement à l'acte, la crainte est celle d'avoir des consultations à la chaîne et une orientation ciblée des patients, c'est à dire garder les patients les moins lourds.

c. Pénurie de personnel médical et problème de recrutement des médecins

Le conseil de l'ordre des médecins a mis en place le principe du « numerus clausus » pour endiguer la demande qui explosait : baisser l'offre pour baisser la demande. Mais cela a provoqué un effet pervers. En effet, la demande persistant et l'offre rendue rare, la pénurie de médecins a entraîné une surenchère voire une inflation sur leurs salaires.

d. Un nouvel outil de régulation

La possibilité est donnée aux autorités de tutelle de limiter l'ouverture des centres de santé ou l'accroissement d'activité par le recrutement d'un nouveau professionnel de santé salarié dans des zones sur-dotées définies par l'ARS.

5. Questions

Aujourd'hui, les centres de santé sont confrontés aux questions suivantes :

- comment s'intégrer dans la logique de coopération inscrite dans la loi, avec les autres acteurs du premier recours mais également du second recours ?
- comment continuer à répondre aux enjeux d'accès aux soins pour tous (dont les plus pauvres et les plus fragiles...) ?
- faut-il être ouvert à tous et entre autres à ceux qui ont les moyens ?
- comment faire évoluer son modèle financier tout en assurant un équilibre économique qui nécessite notamment, l'accès à une patientèle solvable ?
- un système libéral de santé, en recherche constante d'équilibre financier voire de rentabilité, peut-il offrir une prise en charge des patients sécurisée et de qualité ?
- la libéralisation des centres de santé est-elle une solution pour l'avenir ?

6. Pistes de réflexion

- proposer une consultation avancée dans les centres de santé assurée par des médecins hospitaliers,
- favoriser un maillage du territoire avec des centres de santé autour d'un Centre Hospitalier qui organise son premiers recours, c'est à dire basé sur les besoins de la population,
- préconiser un adossement du centre de santé à un établissement hospitalier,
- développer l'intérêt intellectuel et financier du médecin à travailler dans un centre de santé,
- faire connaître la Complémentaire Santé Solidaire, aide de l'état depuis 2019 qui remplace la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS), gratuite ou à moins de 1 euro par jour et par personne,
- continuer à défendre la santé comme un droit et ne pas contribuer à en faire un bien de consommation. En favorisant une surconsommation médicale injustifiée (exemple Doctolib), l'usager empêcherait lui-même l'accès aux soins qu'il défend,
- militer pour le service public.

7. Revendications

Si on considère que l'État est responsable des déserts médicaux par son inaction, la création de centres de santé gérés par des collectivités territoriales ou des associations à but non lucratif, donc basées sur le modèle du service public, irait dans le sens d'une garantie d'accès aux soins pour tous.

L'État a la responsabilité de mettre en place un service public ambulatoire, pour la médecine de ville et de premier recours, à l'image du service public hospitalier.

Ysabel Argence
Po/le collectif Santé