Les centres de santé en mouvement

Sous la direction du Docteur Michel Limousin

Avec la participation de

Dr Alain BEAUPIN, Dr Brigitte BOLNER, Dr Alain BREMAUD, Mme Véronique CHARTIN, M. Claude CHAVROT, Dr Fabien COHEN, Dr Marie-Pierre COLIN, M. Loïc COUDRAY, Dr Mohad DJOUAB, M. Laurent EVEILLARD, Mme Victoria FEDIAEVSKY, Dr Jean-Louis GODIER, Dr Charles HAMBOURG, M. Jérôme HOST, Dr David HOURI, Dr Jean-Louis HOURTOULE, Dr Jean-Victor KAHN, Dr Gilles LAZIMI, Dr Alain LESIOUR, Dr Richard LOPEZ, Dr Guirec LOYER, Dr Eric MAY, Mme Danièle MESSANT, Dr Anne MOULIN, Dr Catherine RONCIN, Dr Véronique SOLANO, Dr Fréderic VILLEBRUN, M. Patrice VOIR.

Edition du Temps des Cerises

Sommaire

Index des auteurs

Introduction — Limousin

Un présent mais aussi une histoire longue et riche

La réalité des centres de santé aujourd'hui — May
Historique des centres de santé — Solano

Le mouvement des centres de santé s'est progressivement structuré

Historique de l'Union syndicale des médecins — Brémaud & Godier
Le syndicat des chirurgiens dentistes — Kahn
L'Association des Kinés — Coudray
La FNCS — Houri
Le RNOGCS — Eveillard
Quel rôle pour les usagers d'un centre de santé ? — Chavrot
Le congrès des centres de santé — May

La mission sociale des centres de santé

Les centres de santé dans la protection sociale française — Cohen
Inégalité sociale de santé et recul de l'accès aux soins — Brémaud
La promotion de la santé, un outil pratique de lutte contre les inégalités sociales de santé — Host
Les personnels d'accueil au cœur du dispositif — Brémaud
La prise en charge de la précarité / L'étude Epidaure — Villebrun & Lopez
L'accueil des étrangers précaires — Lazimi
L'accueil des femmes victimes de violences — Lazimi

La gestion diversifiée des centres de santé

Mutualité et centres de santé — Roncin
Les centres de santé associatifs — Colin
Les centres de santé infirmiers — Fediaevsky
Les centres de santé miniers — Hourtoule
Les centres de santé dentaires — Cohen
L'accord national / le tiers payant — Lesiour
L'intérêt des communes à avoir des centres de santé — Voir

Les centres de santé comme lieu de formation

La formation des personnels — Loyer
Le lien avec l'Université — Djouhab
Le Prix Jean François Rey, une initiative originale de la FNFCEPPCS — Limousin

De nouvelles pratiques professionnelles

Centres de santé & révolution informationnelle — May
Exercice coordonné et protocolé / Les pratiques professionnelles en centre de santé — Moulin
Délégation de taches — Moulin
Le contrat des praticiens en centre de santé : histoire, état des lieux et enjeux — May
Les centres de santé sont des acteurs économiques — Limousin

Un centre, des métiers de santé

La santé buccodentaire en centre de santé — Kahn
La Kinésithérapie en centre de santé — Messan
Le travail infirmier en centre de santé polyvalent — Chartin
Les laboratoires d'analyse médicale — Limousin
Santé publique et centres de santé — Brémaud
L'engagement des centres de santé dans le programme national de dépistage des cancers — Bolner

Conclusion : — Beaupin

Index des abréviations :
Bibliographie :

Index des auteurs

Dr Alain BEAUPIN : Médecin généraliste, médecin directeur du centre municipal de santé de la ville de Vitry (94), ancien médecin directeur du CMS Marc Chagall de Clichy (92). Président de l'Union confédérale des médecins salariés de France. CMS 12-14 rue du Général de Gaulle, 94400 VITRY-SUR-SEINE. Ancien Président du Conseil National de la Formation Médicale Continue des Médecins Salariés.

Dr Brigitte BOLNER : Médecin électro-radiologue, responsable du service d'imagerie médicale du CMS de Malakoff (92) et médecin à l'Hôpital de la Croix Saint Simon à Paris ; membre de la direction de l'ADK 92.

Dr Alain BREMAUD : débute comme médecin généraliste au CMS de La Courneuve en 1974, année où il adhère à l'USMCS. Dans les années 90 il fait partie du bureau de ce syndicat pour en devenir secrétaire général de 1996 à 2003. Il est médecin directeur du CMS de la ville de La Courneuve depuis 1996, date à laquelle il devient administrateur du CNLCS et membre du bureau de 2007 à 2009. Il fait partie du groupe de pilotage de l'étude Epidaure-CDS. Il est retraité actif et membre du bureau de la FNCEPPCS (FEDEFORMA) depuis mi-2010.

Mme Véronique CHARTIN : 1980 à 1981: fac de psychologie à Tours, 1981 à 1984 : IFSI Charles Foix d'Ivry sur Seine (DE en 1984), 1984 à 1992 : Hôpital Broca (Gériatrie) Paris 13ème (membre du collectif de rédaction du journal interne, cours dans les IFSI, stage au Québec sur la « charte des droits et libertés des personnes âgées », 1992 à ce jour : Centres municipaux de Champigny-sur-Marne (1992 à 2000 : infirmière, 2000 à 2006 : mi temps infirmière/ fonction de cadre sur l'un des centres, à partir de 2006 : cadre infirmière à plein temps sur les deux centres).

M. Claude CHAVROT : Cadre EDF retraité, Secrétaire général de l'IHS-UGICT-CGT, Président du Conseil de l'IUT Paris Descartes, Maire adjoint honoraire à Gennevilliers, Administrateur de la FNCS, Vice Président de AGATA (structure toxicomanies), Président du comité de Gennevilliers de l'Amicale de Châteaubriant, Membre de la Commission nationale santé / protection sociale du Pcf, animateur d'une association d'usagers de la santé à Gennevilliers.

Dr Fabien COHEN : Chirurgien Dentiste au CMS d'Ivry/seine(94), parodontologiste, chef du service dentaire du CMS, chef du Service de promotion de la santé bucco-dentaire du Conseil général du Val-de-Marne, Secrétaire général du Syndicat National des Chirurgiens-Dentistes des Centres de Santé (SNCDCS), Secrétaire général de la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-dentaire(ASPBD), Président de la Société Odontologique des Centres de santé (SOCS), membre du CA de la FNCS, Membre du Bureau du Réseau d'Addiction Val-de-Marne Ouest (RAVMO), Collaborateur de la Haute Autorité de Santé(HAS), de la commission « Cancers Buccaux » de l'INCa, de la MILDT, Membre du Conseil d'Administration de l'Association Dentaire Française.

Dr Marie-Pierre COLIN : médecin généraliste exerçant au centre de santé associatif Léon Blum à Belfort depuis sa création. Chargée des actions de santé publique au centre de santé de 1984 à 2005. Médecin directeur depuis 2005. Vice présidente de la FEMASAC, fédération des maisons de santé, centre de santé comtoise.

M. Loïc COUDRAY : Diplôme de Masso-kinésithérapie en 1983 (école de Nantes), Diplôme de kiné du sport 1999 (école ST Maurice), Ecole d'ostéopathie CIDO St ETIENNE (1993 - 1998), Secrétaire General de l'ARACS (association de recherche pour l'amélioration du capital santé), Trésorier du syndicat de kinés des CMS depuis 1991, Salarié du CMS ST OUEN depuis 1989.

Dr Mohad DJOUAB : médecin généraliste au CMS de Saint-Ouen depuis 1996, diplôme de capacité en addictologie clinique, DU de médecine agréée, Directeur de la Santé-Prévention de la ville de Saint-Ouen depuis 2009, Enseignant Clinicien Ambulatoire, Département de Médecine Générale Paris 7 depuis 2006, Secrétaire général adjoint de la FNCS.

M. Laurent EVEILLARD : Président du Regroupement National des Organismes Gestionnaires de Centres de Santé, Membre titulaire de la Commission Paritaire Nationale mise en place dans le cadre de l'Accord National régissant les rapports des centres de santé avec l'Assurance Maladie, Responsable du Secteur Santé de la Fédération des Mutuelles de France, Ancien Directeur Général de l'Union des Mutuelles d'Ile de France

Mme Victoria FEDIAEVSKY : Infirmière libérale jusqu'en 2002, directrice de l'Association « Centre de soins de Mauron » depuis 2004, chargée de mission auprès du réseau de santé d'Oust à Brocéliande depuis 2006. Diplôme universitaire en santé communautaire à Paris 13 en 1996/1997, DESS Droit, Santé, Ethique à Rennes 1 en 2002/2003, Master éthique des pratiques de la santé, et des soins, espace éthique de l'AP-HP/Paris 11 en 2009/2010.

Dr Jean-Louis GODIER : Médecin généraliste, médecin directeur du centre municipal de santé de la ville de Livry-Gargan (93), ancien médecin directeur du CMS de Dugny puis des Centres de Santé de Drancy. Ancien directeur général adjoint au secteur santé – social de la ville de Drancy. Ancien secrétaire général de l'Union des Syndicats des médecins de Centre de Santé. Ancien rédacteur en chef du « *Nouveau Centre de Santé* ». Membre du bureau de la FNCS et responsable du « *Doc Info* » de la FNCS. Président de l'association des médecins directeurs des centres municipaux de santé de la Seine-Saint-Denis.

M. Jérôme HOST : est sociologue de formation. Après un bref passage à l'Education Nationale, il participe à la réalisation de plusieurs films documentaires sur des questions de sociétés (Racisme, monde ouvrier, altermondialisme….). En 2005, il rencontre Charles Hambourg, médecin généraliste, avec qui il forme une première équipe qui créé « la Case de Santé », où il exerce depuis en tant que travailleur socio-juridique notamment auprès des publics migrants.

Dr David HOURI : Président de la Fédération Nationale des Centres de Santé, Docteur en chirurgie dentaire de la Fac de médecine de Paris VII, CESA de management de la santé - HEC – 2005, Président de l'Association pour l'Accès aux soins des Personnes Handicapées APASH & de l'Association Medic'Halles.

Dr Jean-Louis HOURTOULE: Thèse en 1977 à Montpellier, médecin généraliste salarié du régime minier en 1978, puis médecin responsable d'une unité de 60 Lits de SSR, médecin conseil en 1985, régional en 1997, national en 2004, reconnu spécialiste qualifié en gériatrie en 2007, actuellement directeur médical de la CARMI Nord-Pas-de-Calais. Travaux:

Mémoire de Capacité en gériatrie : "Les démences dégénératives, études des symptômes non cognitifs chez les personnes âgées vivant à domicile" en 1993. Publications: revue de gériatrie 2002 (27,235-242) "Recommandations pour la prise en charge en unités Alzheimer". Editions Berger Levrault, juin 2002: "handicap dépendance évaluation". Membre du Conseil National de Gérontologie, de la Société Septentrionale de Gérontologie Clinique et du Syndicat National de Gérontologie Clinique.

Dr Jean-Victor KAHN :
Vice président du Syndicat National des Chirurgiens-Dentistes des Centres de Santé. Dentiste Coordinateur du centre de santé municipal d'Aubervilliers. Membre du bureau de la Fédération Nationale de Formation Continue et d'Evaluation des Pratiques des Centres de Santé.

Dr Gilles LAZIMI : médecin généraliste, directeur du centre municipal de santé de Romainville, chargé d'enseignement UPMC Pitié-Saint-Antoine. Coordinateur des campagnes contre les violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis. Administrateur de l'association SOS Femmes 93. Membre du Réseau « Victimo ».

Dr Alain LESIOUR : Médecin généraliste. Directeur du Centre Municipal de Santé d'Arcueil (94) de 1976 à 2008. Ancien secrétaire général du Comité National de Liaison des Centres de Santé (CNLCS), devenu depuis 2009 la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS). Négociateur à ce titre, et notamment avec Claudie GILLOT-DUMOUTIER, alors présidente du CNLCS et du RNOGCS et dont le rôle fut déterminant, de l'accord national. Actuellement conseiller technique de la FNCS.

Dr Michel LIMOUSIN : Médecin généraliste libéral à Clichy (92) de 1976 à 1989 puis Médecin Directeur au CMS de Malakoff (92). Conseiller municipal puis maire-adjoint de 1983 à 2001 à Clichy, chargé de la santé puis de l'urbanisme. Il rénove complètement le centre de santé Marc Chagall, le centre psychiatrique La Chaise Bleue ; il crée le centre de santé du Bac d'Asnières et une école pour enfants polyhandicapés. Animateur de l'Association nationale pour le développement de la médecine d'équipe dans les années 80. Aujourd'hui Président de la FNFCEPPCS. Coauteur du livre « La protection sociale en danger, Etat des lieux et Stratégie pour une alternative » avec Catherine Mills paru au Temps des cerises (réédition en septembre 2010). Rédacteur en chef des « Cahiers de Santé Publique & de Protection Sociale » édités par la Fondation Gabriel Péri.

Dr Richard LOPEZ : Études de médecine à Lyon Grange Blanche, thèse de Médecine générale en 1985, Directeur de la Santé et médecin généraliste dans les CDS depuis 1985 de la Ville de Champigny sur Marne, Administrateur de la FNCS. Chef de projet EPIDAURE – CDS.

Dr Guirec LOYER : Médecin généraliste en centre de santé depuis 1990, d'abord au CMS de Drancy sous la direction du Dr Jean-Louis GODIER, puis à celui du Blanc Mesnil sous la direction du Dr Joël LE CORRE. Médecin directeur au CMS de Dugny de septembre 2005 à novembre 2010. Médecin directeur de la santé de la ville de BEZONS depuis novembre 2010. Administrateur de la FNCS depuis 2005. Membre fondateur de la FNFCEPPCS dont il est aujourd'hui le secrétaire général.

Dr Eric MAY : médecin généraliste au Centre Municipal de Santé de la ville de Malakoff depuis 1996, Médecin directeur depuis 2010, Président de l'Union Syndicale des Médecins de

Centres de Santé depuis 2006, Membre du comité d'organisation du congrès national des centres de santé depuis 2006, Vice-président de la Fédération Nationale de Formation Continue et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles des Centres de santé depuis 2007, coadministrateur du site www.lescentresdesante.com.

Mme Danièle MESSANT : Etudes de kinésithérapie école de Saint Maurice, 1975 Diplôme D'Etat, 1975-1976 Centre de rééducation de Taverny, Septembre 1976 service de kinésithérapie centre municipal de santé Ville de La Courneuve, 1977 Adhésion au syndicat des kinésithérapeutes des centres de santé municipaux, 1990 succède à Yvonne Philippe à la Présidence du Syndicat des kinésithérapeutes salariés des centres de santé municipaux.

Dr Anne MOULIN : Médecin généraliste depuis 2006, exerçant au sein du centre de santé associatif de Belfort (90) puis des centres de santé municipaux d'Orly (94). Thèse sur une démarche d'amélioration du suivi des patients diabétiques de type 2 en centre de santé. Diplômes universitaires de journalisme médical et santé publique. Actuelle secrétaire générale de l'Union syndicale des médecins de centres de santé et co-administratice du site des centres de santé.

Dr Catherine RONCIN : Médecin généraliste à temps plein à partir de septembre 1985 au centre de santé de Gardanne, puis médecin directeur depuis 1999. Présidente de l'association de formation médicale des médecins exerçant en centre de santé des Mutuelles-de-Provence créée en 1994 jusqu'à ce jour, Vice-Présidente de l'Intersyndicale Nationale pour la formation médicale des médecins salariés jusqu'en 2003, Nomination au Conseil Régional de FMC en 2007 qui n'a jamais existé en réalité compte tenu des aléas de la FMC, membre du Bureau de la FNFCEPPCS.

Dr Véronique SOLANO : Médecin Généraliste, diplômée en Santé Publique. Travaille depuis 10 ans dans les Centres de Santé comme Médecin Directeur. A participé, sur la ville de Bagneux à la mise en place d'un Atelier Santé ville, volet santé des Contrats urbains de Cohésion Sociale, visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Membre fondateur & Trésorière de la FNFCEPPCS.

Dr Frédéric VILLEBRUN: Médecin généraliste exerçant depuis 2008 aux centres municipaux de santé de Champigny-sur-Marne. Thèse sur la perception de l'évaluation des pratiques professionnelles par les médecins généralistes à Paris. Master 2 en Santé Publique (faculté Paris 11, Pr B.Falissard). Chargé de projet pour l'étude EPIDAURE-CDS (protocole, suivi, présentation). Chef de projet à la Haute Autorité de Santé sur la sécurité des soins en ville depuis novembre 2010.

M. Patrice VOIR : Infirmier au bloc opératoire des urgences du CHU de Grenoble. Membre du conseil national du PCF, président du groupe communiste à la municipalité à Grenoble et maire adjoint en charge de la santé. Conseiller régional de 1998 à 2010 et membre durant ces 2 mandats de la commission santé du CR Rhône-Alpes et à ce titre représentant de la région de 2004 à 2010 à l'ARH. Par ailleurs adhérent de l'association ESPT et représente la ville au Réseau Français des villes OMS dont Grenoble assure la vice-présidence.

Introduction

Les valeurs, le sens, le mouvement.

par le Dr Michel Limousin

Les centres de santé en mouvement ? L'idée de ce livre sur les centres de santé nous est venue au cours des stages que nous avons organisés depuis quatre ans dans le cadre de la Fédération Nationale de Formation Continue et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles des Centres de Santé. Nous avons eu plus de 400 stagiaires, que ce soit des médecins, des chirurgiens-dentistes, des infirmiers, des kinésithérapeutes, des directeurs administratifs ou médicaux des établissements : la constatation est faite que la plupart travaillent dans un milieu qu'ils ne connaissent pas bien. Bien souvent ils ignorent les principes de fonctionnement de leur propre structure mais encore plus, ils ne connaissent ni l'histoire du mouvement ni son organisation générale. Il faut bien dire qu'à leur embauche, on ne les informe pas et qu'ensuite rien n'est fait pour combler cette lacune. La littérature est maigre sur le sujet. Il faut remonter à 1999 pour retrouver deux numéros de la revue Prévenir[1] consacrés à cette question et encore, ils sont introuvables aujourd'hui. Quant à la presse professionnelle, engagée bien souvent dans les idées dominantes de l'exercice libéral, et financée par l'industrie pharmaceutique, elle donne peu à connaître des centres de santé : leur marché n'est pas là. Nous avons décidé, parce que c'est notre vocation d'organisme de formation, d'essayer de combler cette lacune.

Nous avons donc sollicité des acteurs du milieu, connus et reconnus, et nous les avons transformés en auteurs. Chacun a écrit sa partition dans le domaine qu'il connaît le mieux : son champ d'expérience. Nous avons essayé de donner la parole à chaque organisation, à chaque type d'acteurs, sans discrimination. Chacun s'exprime à titre personnel ou au titre de son organisation et engage sa propre responsabilité. Notre travail de coordinateur a simplement consisté à veiller à couvrir l'ensemble des problématiques et à faire en sorte que les redites soient les moins nombreuses possibles. Je remercie toutes les personnes qui ont fait l'effort de participer et qui nous ont fait confiance. J'espère que nous répondrons de façon précise et pertinente à la commande et à l'attente.

Alors le titre ? Il faut bien voir que les centres de santé sont en mouvement et ceci d'un double point de vue. A la fois ils évoluent en permanence et le mouvement est incessant depuis leur origine : ils sont donc en mouvement. Et à la fois ils sont organisés en mouvement : c'est-à-dire qu'ils constituent une organisation complexe, souple, adaptable mais tenace, de type réseau, où chacun, gestionnaire, professionnel, usager trouve sa place, son mode d'organisation, son mode de représentation et sa façon de régler avec les autres partenaires ses conflits. Tout ceci dans un cadre commun de valeurs partagées, de luttes communes pour faire vivre les centres, et d'expérience concrètes, ici et là. Cette organisation en mouvement crée de la dynamique, des rapprochements, des convergences.

En effet les centres de santé du fait de leur ambition novatrice et sociale ont toujours été un lieu de rencontre, de partage et de lutte. Ils sont presque toujours nés de la rencontre de professionnels motivés par une pratique médicale d'équipe innovante et de représentants

[1] Les centres de santé : Missions et Pratiques 1, premier semestre 1999 de la revue Prévenir, cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, N° 36 et Pertinence et Modernité 2, deuxième semestre 1999 N°37.

d'usagers intéressés par le développement de structures facilitant l'accès aux soins. A Marseille c'est par exemple la rencontre entre un jeune médecin – Jean-François Rey – et un dirigeant mutualiste hypertonique – Louis Calisti – qui donnera naissance aux centres de santé mutualistes des Bouches du Rhône. Ailleurs ce sera la rencontre d'élus municipaux et d'autres médecins qui donnera la vie à des centres communaux. Ailleurs encore, des militants associatifs ou congréganistes avec des professionnels sauront mettre en place des centres associatifs. Nous consacrerons une partie entière du livre à faire le tour de cette diversité née de l'histoire sociale de notre pays. Les centres suivent la politique : lors du Front Populaire et à la Libération, ils progressent. Lorsque les forces réactionnaires avancent, leur influence recule.

Mais les valeurs sont probablement ce qui nous rassemble le mieux ; elles font consensus et fondent l'originalité de notre mouvement. Consensus parce qu'elles sont partagées, nées de ce qu'il y a de meilleur de nos traditions républicaines. Originalité parce que reposant sur autre chose que l'attrait de l'argent ou de la carrière et l'exaltation de l'intérêt individuel. Les apports des chrétiens, des communistes, des sociaux démocrates, des philosophes et des humanistes, des mutualistes, des syndicalistes, des élus de progrès se sont fondus dans cette histoire et cette pratique communes et aujourd'hui personne ne reconnait le tien du mien.

Ces valeurs ont su s'inscrire dans des processus concrets qui sont devenus la règle commune :

- **Le tiers payant** qui permet à chacun par la dispense d'avance de frais d'accéder aux soins. Cette disposition pratique est devenue une obligation légale et marque fortement l'identité des centres. A l'heure où le renoncement aux soins fait retour[2], le tiers-payant reste un atout précieux pour tous. Les malades les plus vulnérables accèdent ainsi plus facilement aux soins : selon l'Etude Epidaure le taux de vulnérabilité oscille entre 62 et 64% dans la patientèle des centres contre 20 à 25% dans la population générale.
- **Le respect strict des tarifs conventionnels** qui évite les restes à charge pour les familles. Cette disposition légale est obligatoire et marque notre identité. Cela suppose donc une protection sociale de haut niveau, mais correctement financée pour son fonctionnement. Il n'y a pas de secteur privé dans aucun de nos centres alors que même l'hôpital public n'a pas su se départir de cette pratique discriminatoire !
- **La prise en charge des personnes dans leur globalité** est de mise. La médecine spécialisée d'organe y est bien sûr accessible mais c'est la médecine générale qui est tout de même le pivot des établissements polyvalents. Tout est centré autour de la personne et de la famille ce qui facilite d'autant mieux la prise en charge préventive et l'éducation à la santé. On peut parler alors d'une véritable politique de promotion de la santé. De plus en plus les centres de santé s'engagent dans ce domaine et leur action locale est alors reconnue. Ils constituent une référence en matière de soins de premiers recours.
- Le choix a été clairement et constamment réaffirmé d'une **médecine scientifique**. Ainsi les centres ont-ils été protégés des évolutions récentes vers la « patamédecine de marché » que certaines formes de médecine libérale ont cultivées dans la mesure où une clientèle existait pour cela. L'existence de plateaux techniques intra muros donne les outils technologiques et met à disposition les savoir-faire des spécialistes pour une grande efficacité médicale. Les liens avec l'hôpital sont nombreux y compris par la présence de médecins hospitaliers dans les centres et avec l'Université par la présence d'internes et maintenant de chefs de clinique.

[2] Il est passé de 11% à 23% en un an selon un sondage récent.

- Enfin la démarche scientifique implique **l'évaluation**. Celle-ci est présente dans le domaine de la prise en charge médicale. Elle l'est également dans le domaine de la prise en charge sociale : l'étude Epidaure donnera témoignage du travail réalisé dans le champ de la précarité sociale. Oui les centres de santé aident les gens les plus en difficultés, sociales et personnelles, pour accéder aux soins !
- **La participation des usagers** a été structurée et intégrée depuis les débuts: les centres ne sont pas la propriété des professionnels comme le sont les cabinets libéraux mais l'objet concret et démocratique des citoyens de la commune, des mutualistes ou des membres des associations. Toutes ces organisations sociales fonctionnent avec des élections, des candidats et des programmes soumis au débat et des organismes dirigeants soumis à un contrôle démocratique. Tout ceci permet l'intervention des gens, leur participation aux choix et aux orientations prises et est de nature à garantir la réponse aux besoins, à leurs besoins. C'est un système fait pour la population où les professionnels voient aussi leur dignité garantie.
- **La pratique d'équipe** est un fondement incontestable du travail des professionnels. Le fait de ne pas être en concurrence pour la prise en charge d'un patient mais dans une coopération autour de celui-ci, donne une sécurité pour les malades et repositionne le professionnel sur une hauteur de vue détachée de l'intérêt personnel ou de considérations financières.
- **Le salariat** lorsqu'il est possible contribue à ce désintéressement en réduisant la relation d'argent entre le professionnel et le patient.
- Les centres inscrivent leur activité dans le champ social et ainsi restituent la dimension sociale de l'individu. Certains ont pu parler des centres de santé comme **carrefour de la cité**. La santé est alors réintroduite dans un espace plus global, celui de la culture humaine : le centre de santé comme maison de la culture humaniste.
- Bref, ce sont des valeurs de **service public ;** il y a de la laïcité et de la République là-dedans.

Tout ceci se fait avec une économie de moyens et les centres n'ont pas à rougir de leur efficience ni de leur efficacité. La tradition est celle d'une gestion économe, transparente et bien souvent obligée à peu de moyens. Mais nous demandons aussi qu'on regarde les coûts induits : nous sommes prêts à soutenir la comparaison en particulier sur nos prescriptions. Le Dr Lopez indiquait dans son interview parue dans Espace Social Européen en octobre 2010: *« On sait déjà que les patients qui ont choisi leur médecin traitant au sein d'un centre de santé ont une moindre consommation médicamenteuse d'environ 30% ».*

Cependant ces centres traversent une crise. Crise de financement. Manque de perspective de développement. Perversion de la crise de la démographie médicale. Et l'évolution actuelle de la crise économique, sociale et systémique due au déferlement des réformes libérales fait craindre de nouvelles difficultés.

La réforme des collectivités territoriales en cours va appauvrir les municipalités : comment aideront-elles alors les centres de santé ? Des perfectionnistes ont même envisagé de supprimer le principe de compétence générale des collectivités : il s'en suivrait une interdiction des centres municipaux et aussi une interdiction de subvention des centres associatifs. Ils y ont renoncé provisoirement. La réforme du code des mutuelles en 2001 et l'irruption des assurances privées dans le champ des assurances complémentaires santé induisent une démutualisation et mettent en difficultés les centres mutualistes.

Certains critiquent l'Etat Social dont les centres de santé seraient un élément, ils parlent de déclin de l'Etat Providence. Or nous récusons l'expression même d'Etat Providence. Cette

formule est utilisée depuis des décennies y compris par ceux qui devraient défendre le financement solidaire de la protection sociale et des services publics (Rosanvallon)[3]. L'utilisation de ce terme vise à discréditer le système de protection sociale (Barbier, Théret)[4] et les outils qu'il a su financer. C'est une locution terrible qui assassine son sujet avant même toute réflexion. Elle implique l'idée que l'individu, le groupe social en difficulté se tourne vers l'Etat pour résoudre ses problèmes. Comme si tout ce qui concernait les missions non régaliennes de l'Etat était porteur d'irresponsabilité et finalement de gaspillage auquel il faudrait mettre fin. N'est-ce pas le sens déjà de la mise sous contrôle par l'appareil d'Etat de la Sécurité Sociale et de l'Hôpital Public? Ceux qui disent avec mépris qu'il faut faire reculer l'Etat Providence sont souvent les mêmes qui venaient au début de la crise de 2008 / 2009 demander des sommes astronomiques pour financer les banques en faillite pour cause de spéculation. Faut-il revenir à ce que l'historien anglais Tony Judt[5] nommait l'Etat Concierge : un Etat qui garde l'immeuble, surveille les entrées et les sorties et s'occupe de la police intérieure ? Dans ce cas-là, il n'y aura pas de place pour la santé.

Beaucoup de médecins libéraux cherchent des voies nouvelles pour moderniser leurs pratiques : l'idée des maisons libérales de santé fait florès. Pratiques d'équipe ? Oui. Médecine rigoureuse et scientifique ? Oui. Mais qu'en sera-t-il du tiers-payant, des dépassements d'honoraires, de la pluridisciplinarité, de la santé publique et de la participation des usagers ? Les centres de santé seraient-ils à réinventer ? L'avenir n'est pas encore écrit.

Mais dans ces conditions on voit bien que le mouvement est nécessaire. Et le passage obligé de cette résistance est la formation, la connaissance, le partage. La seule force des centres, c'est leurs professionnels, leurs usagers, leurs gestionnaires. Leur unité et leur utilité. Et la transmission des savoirs aux nouvelles générations. C'est l'idée de ce livre.

***

Un présent mais aussi une histoire longue et riche

[3] Rosanvallon : **La nouvelle question sociale, Repenser l'Etat-Providence**, Le Seuil, 1995, Coll. Points Essais, 1998.

[4] Barbier, Théret : **Le système français de protection sociale**, collection Repères, n°382, La Découverte, nouvelle édition, avril 2009.

[5] Tony Judt : **Après Guerre : une histoire de l'Europe depuis 1945**. Page 90. Armand Collin.

« La lutte contre tel ou tel fléau ne peut être que partie et fonction d'un programme complet portant sur le mode de vie des populations »
Robert-Henri Hazemann
***In* Lion Murard, Patrick Zylberman, L'hygiène dans la République, Fayard, 1996.**

« La médecine d'équipe est probablement une des formules qui pourrait aider les médecins à sortir des difficultés actuelles en amorçant une réorganisation de la médecine »
Professeur Nédélec, Le Concours Médical, 1er février 1958.

« Vivre n'est pas assez : il faut avoir une histoire »
Antonio Gramsci, Ecrits politiques, Tome II.

« Il est certain que nous ne jugeons des rêves que par les récits que nous en faisons »
Aragon, Traité du style.

Chapitre 1

La réalité des centres de santé d'aujourd'hui.

Par le Dr Eric May

1. Réalité numérique

- Les centres

Déterminer clairement et sans erreurs le nombre de centres de santé en France en 2010, c'est pour tous ceux qui se penchent sur cette question, tenter de résoudre un problème qui s'il n'est pas insoluble, n'apportera que des solutions insatisfaisantes par leur approximation... Il n'existe pas de recensement unique et régulièrement réactualisé. Il faut donc rapporter les chiffres donnés par des sources très différentes. Mais essayons quand même…

La seule **enquête de référence** concernant le dénombrement des centres de santé a été réalisée en 1995 par la CNAMTS, puis actualisée en 2004. Elle est la source des données rapportées par le rapport de Mme Dominique Acker sur les centres de santé publié en 2007. Ce rapport a servi de principale source à ce chapitre, étant le dernier document institutionnel paru décrivant de façon exhaustive et précise les centres de santé d'aujourd'hui.

En 1995 la CNAMTS dénombrait 1460 centres de santé (chiffre actualisé à 1439 hors DOM en 2004) se répartissant ainsi :
- 29 centres de santé médicaux
- 357 centres de santé polyvalents ou pluridisciplinaires
- 377 centres de santé dentaires
- 691 centres de soins infirmiers (561 en 2004)

Il faut ajouter aujourd'hui les centres du régime minier qui ont adopté en 2004/2005 le statut des centres de santé et se sont ouverts aux affiliés des autres régimes: ces centres étaient au nombre de 234 entités (dont 164 centres polyvalents) en 2007.
Mais, l'écart entre les chiffres de 1995 et 2004 cache un double mouvement d'ouvertures et de fermetures : les ouvertures concernaient alors plutôt les centres dentaires ou polyvalents et les fermetures ont touché plutôt les centres de soins infirmiers dont le nombre avait fortement augmenté en 1998.[6] Aujourd'hui, en 2010, 434 implantations de centres de santé dentaires sont revendiquées par la seule Mutualité. Quand aux centres de santé du régime minier, ils ne sont plus que 149 centres de santé médicaux et polyvalents, dont 16 intégrant des médecins spécialistes, et 26 centres dentaires.

Au total, c'est bien toujours 1400 à 1500 centres de santé qui existent en 2010.

- Les professionnels des centres

Sur le plan national, leur poids peut apparaître dérisoire et là encore les chiffres varient. Il est admis que 1,5% des médecins français exerceraient en centres de santé. 14 000 professionnels de santé salariés seraient recensés dont 4000 seraient à temps plein. Ils ne sont à l'origine que de 1% des dépenses nationales de santé ambulatoire.

Mais s'ils sont peu nombreux à l'échelle du territoire national, l'adéquation et la complémentarité des centres de santé avec les organisations sanitaires hospitalières et de ville révèlent leur totale pertinence là où ils sont implantés. Les centres sont souvent le dernier rempart à la désertification médicale dans des zones urbaines socialement en souffrance, rurales abandonnées par les médecins libéraux ou face à la marchandisation de la médecine en

[6] rapport IGAS sur les centres de santé 1999

offrant dans toutes les régions (et de façon flagrante en Ile de France) les derniers lieux d'accès conventionnés sans dépassements d'honoraires.

2. Réalité géographique

Les centres sont très inégalement répartis sur le territoire français. Les centres de soins infirmiers, les plus nombreux, sont essentiellement en zone rurale et dans l'Ouest de la France. Les centres médicaux et polyvalents sont concentrés sur un peu plus d'une vingtaine de départements en Ile-de-France (Paris et petite couronne), dans le Nord-Pas-de-Calais, dans l'Est, la région Rhône-Alpes et Paca. Les centres de soins dentaires sont plus largement répartis sur le territoire français. Le rapport Acker estimait que moins d'une dizaine de départements en étaient dépourvus. Cette répartition ubiquitaire témoigne qu'une dynamique est conservée pour ce type de centres dont les caractéristiques répondent à un besoin et sont particulièrement attractives (tiers-payant et maîtrise des coûts) pour les usagers, et probablement plus facilement équilibrables sur le plan financier pour les gestionnaires.

3. La réalité des gestionnaires

En 2007, le rapport Acker rappelait que les centres de santé étaient définis comme des organismes à but non lucratifs pouvant être gérés par des associations, des mutuelles, des organismes d'assurance maladie, des congrégations ou encore des communes. Depuis 2009, la loi HPST a donné le droit de gérer un centre de santé aux établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés (à but lucratif ou non). Les effets de cet élargissement ne peuvent être encore perçus en 2010 puisque les décrets d'application de la loi ne sont parus au Journal Officiel qu'au mois de juillet 2010. Il peut offrir une nouvelle vague de développement des centres même si les plus grandes interrogations sont déjà posées sur les missions d'un centre de santé dont le gestionnaire serait un établissement privé, une clinique par exemple. Le centre de santé ne sera-t-il qu'une plate forme de consultation externalisée ou intégrée visant à alimenter les activités lucratives de l'établissement? Qu'adviendra-t-il des missions de santé publique et d'accueil des étudiants en médecine (mission reconnue par la loi HPST) dont la rentabilité directe et indirecte seront bien plus faibles que les activités précitées ?

En attendant de pouvoir juger sur pièces les prochains centres créés par ces établissements, revenons à ceux qui gèrent depuis longtemps et majoritairement les centres d'aujourd'hui.

- Les associations régies par la loi de 1901 qui a permis la constitution de nombreux centres de santé soit à l'initiative d'organisations caritatives comme la Croix Rouge française (centre de Boulogne), soit d'associations créées spécifiquement pour reprendre une gestion initiée par la Commune (centres de santé polyvalents de Grenoble). D'autres sont nées d'initiatives de groupes de médecins et d'acteurs médicosociaux à l'exemple de l'un des derniers nés, La Case de Santé à Toulouse, centre de santé communautaire ou de son ainé, le centre de santé de Belfort. On peut citer aussi le cas particulier du centre de santé du COMEDE, Comité Médical pour les Exilés, qui est aussi régi par une association humanitaire. En 1995, l'enquête CNAMTS a recensé 450 associations gestionnaires.

- Les mutuelles ont développé les centres de santé dans un cadre d'offre de soins complémentaires (cliniques, pharmacie, centres optiques … etc.) destinée initialement à leurs adhérents. L'ordonnance du 19 avril 2001 a transposé dans le Code de la Mutualité les directives européennes des assurances. Les mutuelles ont dû alors séparer, dans des entités juridiques différentes, les activités de soins des activités assurancielles. L'effet est paradoxal puisque si cette séparation a mis en grave péril certains centres qui doivent désormais assurer

seuls leur équilibre financier, elle a entrainé l'accroissement global du nombre de centres dentaires. En 1995, 354 centres étaient gérés par une mutuelle, 417 en 2007 et aujourd'hui 434 centres de santé dentaires mutualistes sont recensés ! Dans le même temps, les centres de santé polyvalents et médicaux, dont les comptes sont dans le rouge en raison du poids de la gestion du tiers payant non couverte pas les organismes gestionnaires (la mutuelle elle-même) ou de tutelles (la CNAMTS) se meurent à petits feux. Les centres de santé mutualistes des Bouches du Rhône et de la Mutualité Parisienne sont les témoins de cette réalité.

- En 2007, le rapport Acker disait à propos des centres des organismes d'assurance maladie : « la même obligation leur est faite, (ils) gèrent, quelques 318 centres de santé (dont 234 centres du régime minier). Le régime minier est confronté au problème de l'équilibre financier de ses centres, ce qui incite les nouvelles caisses régionales gestionnaires (CARMI) à travailler sur une restructuration importante de leur offre de soins. » Nous l'avons rapporté précédemment : les effets de cette restructuration est assez radicale puisque le nombre de centres miniers recensés 2 ans plus tard n'est plus que de 164. Mais l'examen plus précis de la réalité témoigne aussi d'un autre mouvement : les centres de santé miniers portent des projets de restructuration, regroupement et de développement dans le cadre d'une réponse adaptée aux problèmes d'offres de soins dans les territoires où ils sont implantés, souvent désertifiés, en concertation avec l'offre hospitalière et ambulatoire, à l'exemple du projet des centres de Monceau - les - Mines.

- Les congrégations étaient assez largement représentées dans l'enquête de 1995 rapportée par le rapport Acker avec 19% des centres gérés. Il s'agit essentiellement des centres de soins infirmiers.

- Les **communes**, enfin, représentaient 12% des gestionnaires en 1995, notamment en région parisienne. Elles ont créé de nombreux centres de santé au lendemain de la deuxième guerre mondiale, par la volonté politique de leurs élus et par l'engagement de médecins pionniers. Il s'agissait d'offrir un espace nouveau aux usagers qui répondent à leur aspiration au droit à la santé, « pour tous selon ses besoins », en harmonie avec la sécurité sociale nouvellement née. Les dispensaires dont les communes avaient la charge et dont les missions s'étaient considérablement réduites furent souvent reconvertis avec succès en dispensaires de soins puis centres de soins avant de devenir les centres de santé. Plus de 40 centres de santé municipaux, la majorité polyvalents, sont encore recensés en Ile de France. Ils associent souvent offre de soins primaires (médecins généralistes, chirurgiens dentistes, infirmiers), consultations spécialisées, soins paramédicaux (kinésithérapie, …), plateaux techniques (radiologie, laboratoires d'analyse médicales ou à tout le moins centre de prélèvements, cabinet intégré de prothèse dentaire...)

4. Concepts et réalités des centres de santé

Si se regroupent sous le vocable « centres de santé » des structures aux concepts extrêmement différents, elles restent toutes liées par des statuts communs fixés par la loi mais aussi par des valeurs partagées :

1. non lucrativité de la structure,
2. accessibilité sociale à la santé, par la pratique du tiers payant souvent intégral (appliqué à la part complémentaire, et rendu possible par le conventionnement généralisé des centres avec les mutuelles) qu'il vaudrait mieux appeler dispense d'avance de frais, par le respect des tarifs opposables et la modération des tarifs hors nomenclatures en pratiques dentaires,
3. défense de promotion de l'accès à la santé de tous

4. salariat des professionnels de santé des centres
5. Médecine d'équipe, coordonnées autour du dossier médical commun, outil identitaire des centres et structurant les pratiques.

Ce socle interdépendant et commun de règles et de valeurs a permis l'émergence de centres de santé de toutes formes, de toutes dimensions, sur tout le territoire français et surtout adaptés aux besoins des populations.

Conclusion :

Ce qui peut frapper pour le profane qui porterait son intérêt sur les centres de santé en 2010, c'est l'hétérogénéité de ses composantes. Mais ce polymorphisme était déjà souligné par Jean Régnier dans les années 60 qui en faisait un des points forts des centres. Il apparaît dans cette description que tous les centres, quelle que soit leur taille, unité réduite à un professionnel ou une discipline offerte, ou pluridisciplinaire et/ou pluri-professionnel, ont tous en commun la volonté d'offrir un service de qualité au plus grand nombre (par le tiers payant et le refus des dépassements d'honoraires), par un exercice collectif et partagé en interne (dossier médical commun) ou en externe (travail en réseau). C'est donc d'abord de la grande diversité qu'il faut parler, témoignage de la capacité d'adaptation des structures aux besoins sanitaires des populations locales où elles sont implantées. Les centres ont su ainsi accompagner les bouleversements de la société française et les progrès, comme les contraintes, de la médecine moderne sans jamais à ce jour renoncer à leurs valeurs de solidarité et de service public. Les centres de santé ne peuvent se résumer au seul modèle des centres polyvalents. Cette diversité prouve bien que le principe fondateur des centres de santé, l'égalité d'accès aux soins par tous, peut être décliné par des centres de toute taille, de tout mode de gestion et sur tout le territoire, y compris dans les zones rurales dont on voudrait les exclure au profit des maisons de santé d'exercice libéral. Pour peu que les autorités sanitaires prennent enfin la mesure de la crise organisationnelle des soins et y répondent par des réformes à la hauteur des enjeux et non par des mesures homéopathiques ou « libéralement » correctes, les centres de santé seraient une réponse adaptée pour une offre de soins de proximité pour tous dans le cadre de leur implantation dans un maillage sanitaire et de service public du territoire.

Chapitre 2

Historique.

Par le Dr Véronique Solano

Il faut bien le dire, l'histoire des centres de santé reste à écrire. Les textes, les documents ne manquent pas pour faire ce travail. Ce qui manque aujourd'hui, ce sont de véritables historiens qui puissent s'investir sur le sujet. En attendant il conviendrait de bien conserver les sources ; en effet les acteurs du mouvement ont tendance à ne pas conserver ce qui semble inutile pour l'action immédiate et l'informatique qui dématérialise les données laisse des données éparses, éclatées, sans souci historiographique. Le texte que nous donnons ici s'inspire largement de l'article publié par Joël Le Corre publié en 1999 dans la revue Prévenir, en particulier de son découpage en périodes importantes; nous utilisons aussi le mémoire de DEA de santé publique de Mme Claude Rouxin (†) sous la direction de M. Didier Fassin en 1997 et référencé plus loin dans la bibliographie. Nous nous appuierons enfin sur un essai publié dans le journal Le Nouveau Centre de Santé d'octobre 1998.

Nous appelons le mouvement des centres de santé à s'organiser pour que le travail d'histoire puisse se faire en commençant par la préservation des sources.

1ère période : 1884-1945 : au service de l'indigent et de l'hygiène publique

L'histoire des dispensaires et centres de santé municipaux en France trouve ses racines dans la confluence qui s'opère au début du XX è siècle entre les courants de l'hygiénisme et de l'assistance sociale, dans le contexte d'une montée en puissance des communes, des associations (Loi de 1901), des syndicats et du mouvement ouvrier.

La **loi du 15 juillet 1893**, sur « l'assistance médicale gratuite », dans son article 35, autorise les communes, sous certaines conditions, à disposer d'une organisation spéciale, c'est à dire à créer des dispensaires, services municipaux à part entière. Dans le même temps, les villes naissent à l'hygiénisme. Le premier bureau d'hygiène est fondé au Havre en 1879. La loi du 15 février 1902 donne obligation aux villes de plus de 20 000 habitants de créer un tel service.

La **loi du 15 avril 1916** impose aux collectivités locales la création de dispensaires publics d'hygiène sociale et de prévention antituberculeuse lorsque la prévalence locale de la maladie le requiert. Etablissements publics, ces dispensaires peuvent recevoir indigents et malades payants, et être financés par l'Etat, les départements, les communes. Dans ce contexte, naissent les premiers dispensaires municipaux de soins, dans les villes ouvrières de banlieue parisienne.

En 1926, à Vitry-sur-Seine, un jeune médecin hygiéniste, Robert-Henri Hazemann, au principe que *« la lutte contre tel ou tel fléau ne peut être que partie et fonction d'une programme complet portant sur le mode de vie des populations »*, met en place une coordination médico-sociale des services d'hygiène, de prophylaxie et du service social. A partir de cette expérience, va se développer en France le concept de « centre de santé ». Formé plus tard à la santé publique aux Etats Unis, il en reviendra avec une vision offensive de l'organisation et de la planification sanitaires, dans le cadre de l'expansion urbaine. *« Le problème consiste non seulement à canaliser l'extension des agglomérations, à lui fournir un cadre, mais aussi à prévoir l'existence de « centres » qui constituent des sortes de citadelles abritant le personnel et l'armement destinés à lutter contre la misère physique, intellectuelle*

et morale, rançon de la vie en commun, afin d'obtenir dans le cadre collectif et sans paternalisme le plein épanouissement des possibilités physiques, intellectuelles et morales des individus et des familles qui constituent la cité, la font vivre ou la font mourir ».

Depuis 1930 les dispensaires municipaux sont conventionnés avec les caisses d'assurances sociales et pratiquent le tiers payant.

La circulaire du 26 août 1936 définit le centre de santé comme : « l'ensemble des différents organismes d'hygiène et d'aide sociale d'un secteur donné ».

Devenu médecin-inspecteur de l'Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine, Robert-Henri Hazemann sera, sous le gouvernement du Front Populaire, directeur technique d'Henri Sellier, Ministre de la Santé Publique et maire de Suresnes, défenseur du service public et de l'action sociale. Pour Henri Sellier : *« on trouvera au centre de santé, non seulement le service de médecine préventive mais encore un gymnase, un bassin de natation, une salle de billard, d'escrime, de jeux d'intérieur ; les mères amèneront leur bébé à la nursery, leurs enfants plus âgés au jardin aménagé en plaine de jeux, elles passeront l'après midi à causer, à coudre, à lire, à apprendre la cuisine et la coupe de vêtements ; elles reviendront au centre le soir avec leur mari ».* Acceptation étonnamment moderne de la santé, 10 ans avant sa proclamation universelle par l'OMS.

Après la guerre, Robert-Henri Hazemann est le directeur départemental de la Santé de la Seine et président de la Commission régionale d'action sanitaire de la Sécurité Sociale, compétente pour les cinq « départements » de la Région. Il est certain qu'à ce titre, il a aidé les dispensaires publics, leur faisant octroyer des subventions lorsque cela était possible, les défendant devant les instances médicales et administratives, voire politiques, faisant réaliser par ses services les premières études sur ces établissements et proposant les premiers éléments d'une réglementation.

Pour souligner l'importance de l'hygiénisme et sa diversité, on peut prendre l'exemple de Clichy-La-garenne où un centre est créé en 1927 entre la rue Fanny et la rue Simoneau en même temps que le premier ensemble d'H.L.M. de la ville ; un établissement municipal de bains-douches est attenant au dispensaire. Les locataires qui n'ont pas à l'époque de salles de bains, ont ainsi accès à l'hygiène et doivent en même temps qu'ils paient leur loyer mensuel faire la preuve qu'ils utilisent les douches municipales en montrant leurs tickets. Deux médecins resteront célèbres dans ce service : le Dr Grégoire Ichok, médecin chef et le Dr Louis Ferdinand Destouches alias Céline qui espérait prendre la direction du dispensaire. Le conflit restera célèbre, Céline écrivant à propos d'Ichok : « Au dispensaire municipal sur lequel je m'étais rabattu, je vis arriver un certain Idouc (sic), lithuanien (...) imposé par les dirigeants communistes (...) La direction du dispensaire, confiée à ce médecin probablement faux, n'étant sans doute qu'un camouflage… ». Ichok défendait une conception sociale de l'hygiénisme tandis que Destouches se lancera dans la commercialisation de médicaments, allant jusqu'à démarcher ses confrères à domicile... Destouches reçu des bourses du Comité d'Hygiène de la Société des Nations pour séjourner dans divers pays et passa par les Etats-Unis à la Fondation Rockefeller. On sait ce qu'il advint de ses idées et il sombra dans l'antisémitisme. Les fascistes avaient aussi leur conception d'un certain hygiénisme ! Céline finira par refuser de soigner « le juif Chagall » dans sa lettre de démission. La municipalité de Clichy a donné le nom de Maurice Chagall au centre de santé lors de sa rénovation de 1989.
Remarquons aussi en avril 1923, la création du dispensaire des P'tits Poulbots par Francisque Poulbot, dessinateur humoriste de talent qui était aussi un homme généreux et précurseur dans l'action sociale. En mai 1923, c'est la pose de la première pierre du dispensaire, œuvre de la

République de Montmartre. Quatre mois plus tard les consultations démarraient : le jeudi matin les soins dentaires et l'après midi les consultations médicales. Sauvegarder et améliorer la santé physique et morale des enfants de Montmartre, tels en étaient les buts assignés. Bref, c'était l'époque de la création des dispensaires.

2ème époque : 1945-1960 : de l'assistance publique au droit à la santé

Citons les textes fondateurs :

* Loi du 16 août 1946 et décret n°46-1834 du 20 août 1946 : l'Agrément qui fixait les conditions d'autorisation des « établissements privés de cures et de prévention » pour les soins aux assurés sociaux.

* Loi du 9 mars 1956 et annexes n°56.284: Conventionnement prévu par l'article L 162-5 du Code de la sécurité Sociale qui fixait les tarifs d'honoraires des soins. La majorité des centres fonctionnait avec le système du tiers-payant sur la base de la convention modèle fixée par la circulaire n° 61 du 19 juillet 1960.

Ces dispensaires municipaux se trouvent quasi exclusivement dans les départements de la Seine et de la Seine-et-Oise, dans cette « banlieue rouge » où s'expérimentent le socialisme et le communisme municipal. Ce sont des **établissements de fait** dont le Conseil d'Etat a reconnu la légitimité, ne les autorisant cependant à assurer des visites médicales à domicile qu'en l'absence de médecins privés. Comme souvent, l'initiative précède le droit.

Après la libération bon nombre de villes de la Région parisienne développent ou créent des dispensaires. La période est propice, la demande sociale est forte, la Sécurité Sociale instituée en 1945, ambitieuse, les tutelles administratives relativement bienveillantes. Les maires des communes « laborieuses » inscrivent ces réalisations dans leurs programmes électoraux. *« Les municipalités ont eu aussi un but de politique locale : promouvoir des organismes qui aboutissent à une réduction des dépenses individuelles et tendre vers une organisation socialisée de la médecine »*. La faible densité médicale, l'absence de spécialistes contribuent au succès de ces services, avec lesquels nombre d'œuvres privées et unités de prévention coexistent.

Une évaluation de 1951 chiffre à 54 le nombre de villes gérant des dispensaires de soins sur les 80 communes suburbaines de la Seine et à 96 leur nombre total en France.

Les médecins libéraux sont hostiles aux dispensaires de soins qu'ils accusent de concurrence déloyale. Les syndicats médicaux, en 1927, en réaction aux menaces de mise en place d'une « médecine de caisses » selon leur slogan réducteur et méprisant ont adopté la Charte de la médecine dont les principes sont : le libre choix du praticien ; l'entente directe pour la fixation des honoraires et le paiement direct à l'acte ; la liberté de prescription ; le respect du secret médical.

Ces principes repris par l'Ordre des Médecins lors de sa création, sont inscrits dans les textes portant code de déontologie, en particulier le décret du 28 novembre 1955. Ils seront utilisés pour contester le salariat des médecins de soins, au nom du paiement à l'acte, et pour imposer un contrat entre le gestionnaire et le praticien. Pour l'Ordre il ne saurait y avoir de subordination d'un médecin de soins à d'autres impératifs que ceux de la Charte.

Le Syndicat National des Médecins de Dispensaires, fondé en 1946, est cependant d'emblée adhérent à la Confédération des Syndicats Médicaux Français. C'est au sein même de la profession que ces praticiens veulent faire entendre leur voix.

La position des pouvoirs publics au sujet des dispensaires municipaux est contradictoire. Pour le directeur départemental de la Santé de la Seine, il y a peu de différence dans ce département entre les consultations externes des hôpitaux publics et les dispensaires de soins. Il explique d'ailleurs l'inexistence de dispensaires dans certaines communes par la présence d'un hôpital communal ou intercommunal. L'évaluation de « l'armement sanitaire » tient compte de l'offre et de l'activité conjointe des hôpitaux publics et des dispensaires publics de soins. Les connexions sont nombreuses entre les deux formes d'exercice. Ainsi, selon François Goulène, médecin-chef du « Centre de Diagnostic et de Traitement » d'Argenteuil, les coopérations étroites établies entre son établissement et l'hôpital communal *« préfigurent le noyau de l'organisation sanitaire de demain, avec un hôpital central et des polycliniques décentralisées où seront assurées les investigations cliniques et les soins pour les malades ambulatoires ».*

Les services centraux de l'Etat sont plus réservés quant à la nécessité de ces équipements. *« Depuis quelques années, un grand nombre d'établissements à caractère social et sanitaire se sont développés sans plan préalable, souvent en vertu de simples considérations locales. Dans la Seine, notamment, le développement constant des dispensaires de soins, leur nombre, leur outillage, leur action provoquent certaines réflexions, car leur existence met en cause le principe même des conditions libérales d'exercice de la médecine par substitution de la médecine d'équipe avec tiers-payant et pratique de rémunération fixe à la médecine individuelle avec entente directe et rémunération individualisée ; ce qui explique que le problème des dispensaires de soins revêt une importance doctrinale considérable dont l'application est particulière au département de la Seine »..* De l'avis du Ministre de la Santé Publique et de la Population (1956), *« on ne saurait favoriser le développement normal de ces dispensaires alors qu'ils ne devraient pas exister ou qu'ils devraient disparaître dans un délai raisonnable, lorsque l'initiative privée, après un temps de carence, devient à même de fournir les services demandés ».*

L'administration souhaite que tout au moins, ces services municipaux soient soumis techniquement aux mêmes obligations que les dispensaires privés (décret du 9 mars 1956), que leur création ou leur extension soit approuvée par les Préfets, qu'un statut du corps médical soit arrêté, qu'une commission médicale consultative ainsi qu'une commission de surveillance soient définies auprès de chaque établissement.

Le décret du 12 mai 1960 relatif aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux va conduire la C.S.M.F. à signer la première convention nationale de la médecine libérale. L'arrêté du même jour relatif à la Commission Interministérielle des Tarifs impose aux dispensaires des abattements de tarifs de 10 à 30%, selon leur classement, ce qu'une circulaire du 19 juillet viendra confirmer ; à celle-ci est jointe une convention-type à intervenir entre les caisses régionales de Sécurité Sociale et les établissements. Cette discrimination permanente vis-à-vis d'une médecine libérale avantagée sans raison particulière constituera un marqueur constant de l'identité des centres de santé : elle perdure encore aujourd'hui y compris dans les textes réglementaires les plus récents. Ainsi la lutte contre les abattements de tarifs sera un leitmotiv des organisations représentatives des dispensaires et centres de santé, jusqu'à leur suppression par la loi du 3 janvier 1985 sous l'impulsion de Jack RALITE alors ministre de la Santé (22 juin 1981-22 mars 1983).

3ème période : 1960-1980 : les centres comme structure alternative ou complémentaire

a) Cette période sera marquée par des grands noms des centres de santé qui permettront l'inscription des centres de santé dans le paysage sanitaire français.

Nous citerons deux noms importants:

> **Jean Reignier :** Résistant, déporté, il devient à 28 ans, en 1948, le médecin chef du centre médico-social de Blanc-Mesnil. En 1950 il est élu Secrétaire Général du Syndicat national des médecins des dispensaires. 1963-1983 : Président de l'Union des syndicats de médecins de centres de santé (soins et prévention). Dans le même temps il organise au sein de la C.S.M.F., l'union confédérale des médecins salariés, dont il est pendant de nombreuses années le secrétaire général. 1952 : il crée le comité de liaison des dispensaires et centres de santé, qu'il préside jusqu'en 1991. En 1982, il fonde l'institut Renaudot. Homme de dossiers et de synthèse, très au fait de l'actualité de la médecine dans ses mouvements internes et ses rapports avec les institutions, il est l'interlocuteur des principales organisations médicales et des pouvoirs publics. 1954 : c'est la création de la revue « Le Centre de santé » et en 1961 la création des congrès nationaux des médecins de dispensaires et centres de santé. La revue et le congrès véhiculeront sa pensée et celle de l'équipe réunie autour de lui ; ce seront aussi des lieux de débat sur la médecine et son avenir. Le syndicat, le Comité de liaison constituent indéniablement une école dont il est le chef de file incontesté. Comme l'a déclaré le Dr May lors du cinquantième congrès des centres de santé en 2010 : « *Cet homme a tout fait !* »

Dés 1950, le concept de « centre de santé » au sens où l'entendait Hazemann, se substitue peu à peu à celui de dispensaire. Dans l'esprit de Jean Reignier, l'idéal-type est d'abord celui des principaux centres médico-sociaux municipaux de la région parisienne que les relations privilégiées nouées entre les maires et leurs médecins-chefs ont porté à un point de développement extrême et dans lesquels l'intégration des fonctions de soins, de prophylaxie, de prévention, de réhabilitation a été objectivement recherchée.

Dans les faits néanmoins, le modèle masque de grandes disparités de formes, de gestion, de politiques. Cependant dans le contexte d'un profond bouleversement du système de santé, marqué par la première convention de la médecine libérale, la réforme du statut des hospitaliers, l'émergence de la médecine de groupe, il va devenir le vecteur d'enjeux professionnels puissants.

En effet, les médecins salariés des « dispensaires » de soins ou de prévention, publics ou privés ont des raisons de se sentir maltraités. L'Etat est désinvolte à leur égard. L'inexistence de textes permet tous les abus. Les sarcasmes et les perfidies des médecins libéraux sont constants. La fusion en un même concept de réalités fort différentes relègue les histoires singulières, les genèses politiques, les logiques constatées à l'origine de tel ou tel équipement. Les gestionnaires, communes ou mutuelles, seront dits « mécènes » ou au mieux « partenaires ». Dans cet esprit, le centre de santé est d'abord l'affaire des médecins qui y travaillent, et particulièrement celle des médecins-chefs.

> **Georges Godier** : Le médecin-chef du dispensaire municipal de Drancy apparaît

au bureau du syndicat en 1955. Il sera chargé ultérieurement de la section syndicale des « dispensaires municipaux », présidera en 1964 les syndicats des médecins de centres de santé de la Seine puis le Fédération nationale des médecins de centres de santé municipaux, et enfin jusqu'en 1985, le Syndicat des médecins des centres de santé municipaux. Pragmatique, sa bonhomie goguenarde cache un redoutable négociateur. Ses combats seront pour la reconnaissance du salariat des médecins, l'amélioration de leur rémunération, l'adoption du contrat syndical. La revalorisation des vacations obtenues de haute lutte en 1963, est liée à la valeur de la lettre clé C, devant préserver l'indépendance professionnelle des médecins. La situation matérielle des médecins de soins des services municipaux s'améliore sensiblement par rapport à celle des médecins de prévention.

Georges Godier sera toujours hostile à la perspective d'un statut des praticiens, a fortiori à un statut des établissements. Il créera le groupe de travail des médecins-chefs des centres de santé: "Intercentres 93", qui essaimera plus tard dans les deux autres départements de la petite couronne, l'un de ses objectifs étant de convaincre localement les maires et les interlocuteurs institutionnels, par la maîtrise de la gestion, l'élaboration de projets nouveaux, la mise en évidence des réalisations. Objectif toujours d'actualité compte tenu des difficultés actuelles de nos collectivités territoriales, de nos nouveaux interlocuteurs (ARS) et de l'importance de l'évaluation.

La circulaire du 24 août 1961 des ministres de la Santé Publique et de la Construction, relative à la place de l'équipement sanitaire et social dans les structures urbaines, vise à planifier, dans les grands ensembles immobiliers, la mise en place de services sanitaires et sociaux, parmi lesquels des cabinets de groupe et des centres de médecine collective pouvant être géré par l'hôpital de secteur, la municipalité, la caisse de Sécurité Sociale, une société mutualiste.

b) Structures alternatives ou complémentaires?

La question n'a pas cessé de se poser. Alternatives à la médecine libérale. A l'échelon local, national? Quelques obstacles restent à franchir et encore faudrait-il que soit réglé le problème de la permanence et de la continuité des soins. C'est sur ce terrain que va s'engager la polémique entre les médecins de l'U.D.M.T et l'union des syndicats des médecins des centres de santé et plus particulièrement les médecins des centres municipaux, généralement sur la défensive à ce sujet.

Complémentaire? De quelle façon? En termes de clientèle, d'offre de services, de compétences? Dans la méconnaissance des choix stratégiques opérés à l'échelon local, il est difficile de le savoir. Pour Marc Schoene, directeur de la santé de la ville de Saint Denis, "*les articulations entre programme politique local et missions des centres de santé sont soit inexistantes, soit limitées et implicites et rarement explicites*". Des interventions comme celle du Maire de Bezons lors du IIe congrès sur "Le cadre général par lequel les collectivités locale contribuent à la santé sont trop rares"

A l'échelon national, en tout cas l'Etat reste muet. Parmi les partis politiques, le Parti Communiste se prononce pour une pluralité des formes d'exercice; le Parti Socialiste élabore le concept de "centre de santé intégré" pour la campagne présidentielle de 1981 mais il abandonnera vite ce concept en fermant le seul centre qu'il avait créé dans la région de Saint Nazaire.

Après le tournant de 1960, l'attente de textes régulateurs, d'une planification sanitaire qui étaieraient cette forme d'exercice est constante. Plusieurs Congrès successifs portent sur la planification, la sectorisation, la carte sanitaire, l'organisation sanitaire. Des groupes de travail au Ministère, au Commissariat au Plan, au Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale, se constituent pendant la décennie qui suit, auxquels participe Jean Régnier, dont l'objet est de forger, une réglementation satisfaisante et un "statut" des praticiens. Plusieurs projets de loi sont élaborés qui n'aboutiront pas. L'Etat utilise à sa convenance les centres de santé dans ses négociations comme moyen de pression avec les syndicats médicaux libéraux...

4ème époque : 1980-2000 : Villes et santé, structuration du mouvement.

La venue de la gauche au pouvoir en 1981 soulèvera des espoirs en partie déçus. Elle n'empêchera pas la fermeture ou la réduction d'activité d'un certain nombre de centres municipaux par la droite revenue aux affaires dans quelques villes en 1983. Quelques autres verront le jour. Les centres intégrés de François Mitterrand ont fait long feu. Les abattements de tarifs ne seront supprimés qu'en 1985. La loi du 6 janvier 1986 fait l'obligation aux centres de santé municipaux d'obtenir un agrément devant la Commission Régionale. La décentralisation renforce le pouvoir des maires mais ne leur accorde que peu de compétences en matière sanitaire et sociale et aucun moyen. L'essentiel de celle-ci va aux départements.

Les villes se préoccupent cependant de santé. Un certain nombre d'équipes de centres de santé municipaux se sont lancées dans des activités nouvelles: PMI, Lutte contre l'alcoolisme, les toxicomanies, le Sida, les soins aux personnes âgées, la prévention bucco-dentaire... Les politiques de la Ville les conduisent à sortir des établissements pour aller vers les autres services, la population. La réforme du statut de la fonction publique territoriale va limiter le recours au contrat pour le recrutement des agents communaux. La règle est le statut, l'exception le contrat. Le syndicat national des médecins des centres de santé municipaux à cette époque rejette cette hypothèse.

1991: c'est un rapport de l'IGAS puis les décrets de 1991 qui reconnaissent les centres de santé et définissent leurs conditions de conventionnement avec la Sécurité Sociale. Peu de moyens nouveaux leur sont cependant octroyés. Les missions restent floues et n'engagent pas l'Etat. Mais dans le même temps les centres s'organisent mieux. Les organismes des gestionnaires voient leur reconnaissance établie par les pouvoirs publics et l'accord national est signé sous la responsabilité particulière de Mme Claudie Gillot-Dumoutier, élue de Seine Saint Denis et Présidente du CNLCS. Cet accord ouvre la voie à une nouvelle période où la pertinence des centres de santé est enfin mieux reconnue du fait de la crise économique qui touche les populations et de la crise démographique qui touche les professionnels. Des chapitres entiers de ce livre sont consacrés à ces aspects les plus récents de notre histoire: nous ne développerons pas ces points.

Un double mouvement se développe.

* D'une part de nombreuses communes lors de changements de majorité ferment leurs centres. Derrière ces fermetures d'établissements c'est toute une nouvelle conception des villes qui est mise en cause. L'objectif est bien souvent de changer de population ; ainsi Levallois où le premier acte de nouveau maire en 1983 est de fermer le centre de santé du jour au lendemain, passe d'une ville ouvrière et populaire avec de nombreuses usines (Citroën par exemple) à une ville bourgeoise avec des loyers très élevés. La médecine sociale non seulement n'y trouve plus sa place mais encore gêne.

Nous donnons un extrait de la délibération 97/11 du Conseil Municipal d'Aulnay sous Bois du 30 janvier 1997 concernant la restructuration du CMES Louis Pasteur et la modification des activités de soins courants des services municipaux : *« A l'occasion d'un renforcement des actions de santé publique et de soins spécifiques… il est demandé au Conseil Municipal de se prononcer sur :*

1) *la réduction de 1100 heures annuelles de soins courants de médecine générale…*
2) *la suppression des activités suivantes et des 5 postes correspondants : acupuncture, allergologie, cardiologie, médecine fonctionnelle, rhumatologie.*
3) *La réduction de 1600 heures annuelles de soins courants en chirurgie dentaire..*
4) *La réduction de 2500 heures annuelles de soins courants en kinésithérapie.. »*

Sans commentaires. Cet exemple s'est reproduit de nombreuses fois.

* D'autre part de nombreux centres ont été modernisés. Des efforts réels de gestion et des investissements adéquats ont permis à certaines structures de continuer à se développer.

Les jeux ne sont pas faits. L'avenir passe par des efforts et des luttes. Il n'est pas écrit.

Le mouvement des centres de santé s'est progressivement structuré

« Le fondement de notre démarche repose avant tout sur un dialogue sans complaisance mais d'égal à égal, entre élus mutualistes et professionnels de santé »
Dr J.F. Rey, Revue Prévenir 1989, N°19.

« A notre époque, la mutation de la « non propriété » (du cabinet médical, NDLR***) libère de lourdes contraintes mais la maîtrise réelle démultiplie la responsabilité. »***
Rencontre Médicale, N°4, novembre 1983.

Chapitre 3

Historique de l'Union syndicale des médecins de centres de santé.

Par les Docteurs Alain Brémaud & Jean Louis Godier

Après la libération, s'ajoutant aux nombreux centres existants depuis le début du XXème siècle, une nouvelle vague importante de centres de santé voit le jour. C'est à ce moment là, le 18 décembre 1946 que quelques médecins pionniers créent l'union syndicale des médecins de centres de santé qui regroupe alors le syndicat des médecins de centres de santé municipaux, celui des médecins des centres privés et celui des médecins des œuvres des caisses.

Dès sa création et jusqu'à nos jours, le syndicat des médecins de centres de santé, seule organisation syndicale spécifique, s'affirme comme un syndicat non corporatiste, se faisant ainsi l'écho des médecins des centres de santé, engagés dans un choix d'exercice salarié, d'une médecine accessible socialement et conjuguée avec des actions de santé publique. Les activités de l'union syndicale se déploient de tous temps, dans diverses directions. Attachée à l'exercice particulier et choisi en centre de santé, une grande partie de ses actions et de ses orientations consiste à défendre et promouvoir les centres de santé, à contribuer à leurs progrès, leurs innovations et leur avenir. Le deuxième pôle d'action de l'union réside dans la défense des praticiens exerçant en centres de santé, autant pour ce qui est de leur statut et de leur rémunération que pour tout ce qui concerne leurs conditions d'exercice et leur responsabilité médicale. Bien sûr, l'union syndicale est également engagée dans la défense des droits des malades au plan local et national, et celle de la santé des habitants, dans sa globalité.

Cette organisation syndicale, indépendante, comme il se doit, de toute organisation politique, est enracinée dans le respect des valeurs sociales, sanitaires et humaines.

L'union est le syndicat des praticiens exerçant dans les centres de santé que ce soit à temps partiel ou à temps plein, que les gestionnaires des structures soient municipaux, mutualistes, associatifs ou privés, que les centres soient en Ile-de-France ou en province, que les médecins soient généralistes ou spécialistes, et quel que soient les divers types de rémunérations salariées.

Durant des décennies, l'union syndicale a été adhérente à la Confédération des syndicats des médecins de France (CSMF), comme alors la majorité des syndicats de médecins. Cette appartenance à cette confédération, si elle permettait d'être mieux reconnue des tutelles, mettait l'union sous l'égide du principal syndicat de la médecine libérale. Des débats houleux ont abouti, après de nombreuses années, à ce que l'union syndicale des médecins des centres de santé quitte la CSMF en mars 1984. Elle reste alors adhérente, comme aujourd'hui, à l'union confédérale des médecins salariés de France qui regroupe une douzaine de syndicats de médecins salariés divers. Sans entrer dans le détail, citons les syndicats des médecins du travail, de l'éducation nationale, des PMI, de la mutualité agricole, des praticiens conseils, des médecins inspecteurs de santé publique, de la RATP, des services d'hygiène …

L'union syndicale des médecins des centres de santé partage avec l'union confédérale des médecins salariés une même maison syndicale et un même secrétariat dont sont également partie prenante les deux autres syndicats de professionnels des centres de santé : celui des chirurgiens dentistes et celui des kinésithérapeutes. Un même lieu, donc, pour des

organisations partageant des valeurs communes. Le siège de l'USMCS se situe donc au 65-67 rue d'Amsterdam à Paris dans le 8ème arrondissement (Tél : 01.40.23.04.10).

La direction syndicale a, de tout temps, cherché à promouvoir des organisations représentatives de tout le mouvement des centres de santé puis à développer des partenariats avec celles-ci. C'est ainsi, qu'en 1962, des pionniers de la direction de l'union syndicale, comme les docteurs Jean REIGNER, Georges GODIER et GATINEAU SAILLANT (pour n'en citer que quelques uns) ont œuvré pour que se constitue le comité de défense et de liaison des centres de santé (CNLCS). Jean REIGNER, président alors de l'union syndicale, fut le président fondateur de ce nouveau comité de défense qui regroupait alors les syndicats des professionnels soignants (médecins et chirurgiens dentistes) et des gestionnaires (municipaux, mutualistes, et associatifs). Ce comité de défense se transformera en 1982 en comité national de liaison des centres de santé qui devint, au fil du temps, une organisation représentant exclusivement les gestionnaires ; les professionnels soignants étant représentés, par ailleurs, par leurs syndicats.

La CNLCS s'est transformée en fédération nationale des centres de santé en 2009. Evidemment, l'union syndicale des médecins de centre de santé entretient des relations partenariales pour des préoccupations et des intérêts partagés avec cette fédération.

Par ailleurs, considérant qu'un organisme de réflexion, d'étude, de promotion des centres de santé, hors de l'action syndicale, devait exister, la direction de l'union syndicale avec, là encore, Jean REIGNER s'impliqua au début des années 80 dans la création de l'institut Théophraste RENAUDOT qui depuis plusieurs années, vivant pour son propre compte, s'est particulièrement investi dans la recherche, l'étude et la mise en place d'actions de santé communautaire tout en gardant des liens privilégiés avec le monde des centres de santé.

A la fin du XXème siècle, la direction syndicale a encouragé la création d'une association des infirmières des centres de santé et a aidé au fonctionnement de celle-ci pendant quelques années. C'est d'ailleurs dans cette période autour de l'an 2000, dans le cadre des négociations pour l'accord national des centres de santé que s'est créé le regroupement national des organisations des professionnels des centres de santé dont l'union syndicale des médecins est partie prenante avec les organisations des chirurgiens dentistes, kinésithérapeutes et infirmières.

Cette mise en commun revoit d'ailleurs le jour depuis un an sous la forme d'un rassemblement intersyndical des soignants des centres de santé.

Pour mener les nombreuses batailles que USMCS a du engager, elle s'est dotée d'outils pour informer, médiatiser, permettre les échanges :

* le journal de l'USMCS qui voit le jour dès 1954 : « le centre de santé, revue de médecine moderne ». Après 240 numéros, celui-ci laisse la place en 1981 à une nouvelle version « le nouveau centre santé » qui fêtera prochainement la sortie de son 155ème numéro.

* Le congrès national des centres de santé, créé par l'USMCS en 1961, et dont c'était, en octobre 2010, la cinquantième édition, qui eu un grand succès. Depuis 50 ans, chaque année sans exception ce congrès a lieu à Paris autour de thèmes centraux ancrés dans la vie sociale et sanitaire des centres de santé et du pays et abordant les principaux enjeux et préoccupations d'actualité. Ce congrès est le seul événement national concernant les centres de santé. Il regroupe chaque année près de 500 participants : médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmières, paramédicaux, personnels administratifs et d'accueil, représentant des gestionnaires avec des élus municipaux, mutualistes, associatifs et des

représentants des tutelles. C'est un moment partenarial privilégié de réflexion sur les politiques sanitaires et sociales, d'élaboration d'orientations pour l'avenir de ces structures et de ceux qui y travaillent.

C'est aussi l'occasion de confronter les nombreuses expériences innovantes portées par les centres de santé en termes de soins, de santé publique et d'accessibilité sociale. L'USMCS n'organise pas seule ce congrès. Elle est soutenue par un comité d'organisation dont les membres sont issus, outre l'USMCS, de la FNCS, de la FNFCEPP, des syndicats des chirurgiens dentistes et des kinésithérapeutes, des diverses professions des centres de santé (infirmières, assistantes dentaires, administratives).

* Depuis bientôt 10 ans, l'USMCS, s'est dotée d'un site informatique enrichi depuis quelques mois, permettant l'échange et apportant de nombreuses informations régulièrement mises à jour : lescentresdesanté.com

* Au fil des années l'USMCS a été à l'origine de nombreux documents de références ou de réflexion. Citons seulement ici ceux sur :
- les circuits coordonnés de santé ;
- la charte des centres de santé ;
- les contrats types.

Pour une organisation syndicale, comme l'USMCS, l'essentiel sont les batailles à venir dans l'intérêt des centres de santé, de leurs usagers, et des professionnels dans leur grande diversité, qui y exercent. Mais il n'est pas inutile de rappeler quelques unes des grandes batailles portées durant ces dernières décennies par l'USMCS, en ne conservant que les plus emblématiques.

Il s'agit des batailles pour :
* défendre les contrats des médecins, leurs contenus, leur niveau de rémunération, les CDI et les statuts ;
* établir une rémunération de référence dès les années 50 ;
* Obtenir que la loi, précédant l'accord national des centres de santé, ne remette pas en cause les acquis de ceux-ci (qui ont été ainsi protégés par décret : subvention Teulade, pratique du tiers payant, condition d'agrément)
*veiller à ce que cet accord national reconnaisse bien les centres de santé sans filiariser les patients ;
* faire en sorte que les professionnels soignants soient partie prenante, pour les champs qui sont les leurs, des négociations nationales concernant l'avenir des centres et leurs exercices ;
* défendre la biologie dans les centres, problème toujours d'actualité ;

Mais aussi les batailles contre :
* les abattements discriminatoires des tarifs que subissaient les centres de santé (rappelons que dès 1945, la sécurité sociale a mis en place des abattements des tarifs autorisés dans les centres de santé de 10 à 30 % par rapport aux tarifs accordés à la médecine libérale. Ceci jusqu'en 1960, où les abattements ont été seulement diminués pour être de 7 à 20% selon les centres, leur suppression ayant eu lieu seulement, par étapes de 1982 à 1985).

* Les discriminations diverses dont les centres de santé ont été ou sont encore l'objet. Par exemple : le non paiement du forfait ALD, la non rémunération des dépistages par HEMOCULT, les entraves à la maîtrise des stages rémunérée, la pratique des examens de laboratoires en centres de santé, …

* Le rapport de l'IGAS diffamatoire contre les centres de santé au point que le ministère de la santé a du annexer à ce rapport nos réactions et démonstrations.
* Les tentatives nombreuses et renouvelées de réduire les acquis de la sécurité sociale solidaire.

Cette liste n'est pas exhaustive. L'essentiel pour le syndicat des médecins de centres de santé, ce sont les batailles à venir éclairées par les expériences d'hier. Elles ne pourront se mener qu'avec les médecins, ceux ci participant à la vie de leur union syndicale comme à celle de leurs centres de santé.

Chapitre 4

Le syndicat des chirurgiens dentistes.

Par le Dr Jean-Victor Kahn

Le syndicat national des chirurgiens dentistes de centre de santé à été crée au début des années 1960, alors que les « dispensaires » se multipliaient, notamment en région parisienne. Le syndicat national des chirurgiens dentistes de centre de santé a été un membre fondateur de l'ADF (Association Dentaire Française). Il est représenté à son conseil d'administration. Il entretien des relations de travail suivi tant avec le Conseil National de l'Ordre, qu'avec la CNSD, l'UJCD, et les syndicats dentaires libéraux. Il coopère étroitement avec les organisations d'assistantes dentaires pour que soit reconnu leur statut et que cette profession soit enfin inscrite dans le code de la santé comme une profession paramédicale.

Il intervient auprès des ministères et des parlementaires lorsqu'une réforme ou un projet de loi (qui interférerait sur les conditions d'exercice en centre de santé) est mis en discussion. Aujourd'hui, son action est dirigée dans deux directions.

Outre la défense des intérêts matériels des praticiens, qui ont choisi ces lieux d'exercice, il a à défendre aussi une conception d'une pratique en équipe, alternative à l'exercice libéral isolé, pour favoriser l'accès à la santé dentaire de la population souvent modeste des quartiers où ces établissements sont implantés. Il n'est pas possible en effet de dissocier cette défense des intérêts des praticiens de la défense des centres de santé.

Autant de structure gestionnaire, autant de situations différentes : absence quasi générale de statut, rémunération à l'acte pour les uns, rémunération à la fonction pour les autres, plateau technique performant à tel endroit, matériel moins souvent renouvelé ailleurs, équipe d'assistante permettant un travail à quatre-main ici, partage de l'assistante entre plusieurs cabinets là, implication des équipes dans le projet d'établissement ou projet porté par le seul gestionnaire où le praticien n'a lieu d'être que comme producteur d'actes…. Avec en toile de fond permanente les pressions liées aux difficultés financières pour la gestion des centres.

Notre syndicat, est conscient de sa responsabilité, pour l'avenir des centres de santé dentaires. Le besoin exprimé par nombre de professionnels de santé d'avoir une activité qui leur permette de vivre sereinement leur profession, de s'inscrire dans les 35h, d'avoir une activité coordonnée et partagée, et pour le moins de ne pas être isolés, rend notre pratique salariée attractive. La notion de forfaitisation se rapproche plus du concept de salariat que de celui de libéral. A cela s'ajoute, le souci de travailler à quatre mains, d'aller vers plus de délégation de tâches, au moment où l'IGAS est entrain de plancher sur la situation des Assistantes dentaires. La lourdeur des plateaux techniques va pousser au regroupement.

L'Etat lui-même, au travers des ARS vient de proposer de nouveaux décrets, dans le cadre de la Loi HPST, qui pour la première fois fait leur place aux centres de santé.

Plus que jamais, les chirurgiens-dentistes ont besoin d'un syndicat pour les défendre :

- La situation des municipaux est loin d'être enviable, pas d'évolution de carrière, des salaires qui restent différents des salaires des médecins, une retraite rognée, une évolution du point d'indice faible voir inexistante, des situations qui restent disparates, et pour faire bonne mesure des perspectives peu réjouissantes tant sur le plan financier

qu'institutionnel pour les collectivités territoriales, avec un horizon 2014, très incertain du fait de l'annonce de la réforme des collectivités territoriales.
- Celle des centres mutualistes n'est pas plus enviable, car dans la vie syndicale, nous ressentons que la Mutualité, plus que jamais, est un employeur de fer, qui refuse au plan national, comme la plupart du temps au plan local, de reconnaitre notre syndicat. Elle privilégie la division entre praticiens, avec une diversité infinie de contrat donc une diversité importante de situations salariales et sociales.
- Pour les autres centres Associatifs ou de Caisses, l'avenir n'est pas très rose non plus, avec des pressions et des incertitudes entretenues

D'une manière générale, le paiement à l'acte a plutôt tendance à se généraliser, alors que l'on parle de rémunération au forfait pour les pathologies. Au plan Universitaire, la mise en place du nouveau système, basé sur le LMD et le rapprochement entre les différentes disciplines, ne fera que renforcer la sélection sociale des futurs praticiens. L'organisation, à l'initiative du SNCDCS, 3 années de suite, au printemps, des Assises Nationales des Centres de Santé Dentaire a permis de confronter le point de vue des différents acteurs du secteur dentaire des centres de santé, comme a su le faire avec succès cet automne, le dernier Congrès des centres de santé. Dans la prochaine période, le SNCDCS propose la mise en place de stages sur les centres de santé dentaire, pour une formation syndicale.

Car les champs d'action ne manquent pas :
C'est la retraite, car la génération des années 50, y arrive progressivement.
C'est la délégation de tâche en lien avec les centres de santé. Le syndicat a proposé à la FNCS la mise en place d'un groupe de travail impliquant les employeurs, à ouvrir aux assistantes dentaires, nombreuses et combatives.
C'est la formation. Elle représente une demande importante. Cela passe par l'activité de la Société Odontologique des Centres de Santé.
Il y aussi tout ce qui concerne **la santé publique, le handicap, la gérodontologie, l'implantologie, la pédodontie avec l'accès à la sédation consciente.**
Il y a enfin tout ce qui concerne **la mise en commun**, comme la prothèse, des spécialités comme l'implantologie ou la MEOPA, ….**une mise en Réseau** comme le Réseau Social Dentaire du Val-de-Marne, …

La mobilisation de tous les confrères exerçant en centre de santé doit se faire avec le S.N.C.D.C.S :

➔ Pour répondre aux nombreux appels ou courriers que le syndicat reçoit pour apporter son aide ici ou là (Mutuelles de Provence, Mutualité du Puy de Dôme, Mutualité des deux Savoie, Saint Denis, Bagneux, Romainville, Chatillon, Bobigny, Montreuil, Ville de Paris, centre de santé ADDENTIS de Bondy, Mutualité de la RATP, centres mutualistes de l'Isère, centres FMP d'IDF, …).
➔ Parce qu'ils veulent défendre les centres de santé
➔ Parce qu'ils souhaitent que l'accès à la santé dentaire soit facilité
➔ Parce qu'ils refusent la précarisation des emplois
➔ Pour une défense efficace des intérêts matériels et moraux de tous
➔Pour une plus grande prise en compte de leur spécificité de praticiens de centre de santé soumis au code du travail mais surtout au code de déontologie qui, rappelons-le, est force de loi
➔Parce qu'ils veulent avoir les moyens de soigner leurs patients avec un plateau technique et un environnement professionnel correspondant aux données acquises de la science

Pour toutes ces raisons les dentistes de centre de santé doivent rejoindre le SNCDCS. L'activité et l'existence du SNCDCS sont incontournables.

Chapitre 5

L'Association des Kinésithérapeutes.

Par Monsieur Loïc Coudray

A propos du syndicat des kinés salaries des CMS….

Le syndicat des kinés des CMS a des statuts d'association loi 1901…Il est composé d'un bureau avec un Président et un Secrétaire Général et un trésorier. Ce bureau est élu par les membres de l'Assemblée Générale annuelle. Cette organisation est déclarée et enregistrée auprès de la Préfecture de PARIS. Elle déclare assurer la défense des intérêts moraux et matériels de ses adhérents. Elle représente ses membres auprès de toute instance nationale ou locale et déclare également collaborer avec les différentes organisations professionnelles de la santé….

Un peu d'histoire :

La création du syndicat remonte aux années 60 avec l'ouverture de plusieurs centres municipaux dans les communes de la petite couronne de PARIS…et surtout là où le Pcf veut donner un accès aux soins à la population de ces communes… René Rivoal, Jean-Marie Menkenset, Yvonne Philippe en furent les fondateurs. Yvonne Philippe est restée jusqu'à son départ en retraite aux commandes, a la fin des années 80.

Les kinésithérapeutes sont alors peu nombreux dans ces dites structures. Les contrats de travail sont aléatoires : souvent ils sont employés a la vacation, comme leurs collègues médecins et dentistes ; ils ont donc une activité libérale en complément... Leur rémunération est fixée a un taux horaire correspondant au 6 /10eme de celui des médecins.

Dans les années 70, les Centres Municipaux de Santé se développent et créent de nouveaux postes de kinésithérapeutes. Devant la disparité des situations de ceux-ci, le syndicat tente d'obtenir un alignement des salaires sur les 6/10eme et surtout essaie de pérenniser les contrats. Quelques municipalités tentent alors de mensualiser les exercices avec un statut s'inspirant de la fonction publique hospitalière. Cela reste heureusement marginal car peu valorisant. Il ne faut pas perdre de vue que le travail en centre est proche du travail en exercice libéral, de part les horaires et le rythme de travail.

Pendant toute cette période, le syndicat s'implique aux cotés des syndicats de médecins et dentistes dans la défense de l'existence des CMS et de leur pérennisation : nombreuses manifestations et interventions auprès du ministère de la Santé, sont nécessaires pour faire valoir l'importance de ces CMS et la spécificité des professionnels qui y exercent.

Sur un plan plus statutaire, le syndicat revendique l'obtention du paiement des jours fériés et des congés payés : applique plus ou moins rapidement avec la loi de janvier84 et les décrets de février 88. Mais de nombreuses municipalités, par ignorance ou volonté politique, montrent des difficultés à faire bénéficier les kinésithérapeutes de ces avancées.

Le syndicat continu bien sur à intervenir pour aider les collègues en difficultés avec leurs employeurs. Il engage une longue action lors de la création de la filière médico-sociale en 1991 pour faire reconnaître la particularité de fonction de ces kinés et donc le refus d'intégrer la filière. De nombreux rendez-vous avec les ministères de la sante et de la fonction publique

ont été nécessaires pour obtenir le décret d'octobre 92, qui autorise les CMS à recruter des kinés contractuels .Le syndicat interviendra aussi a propos du rapport sur les CMS auprès de l'IGAS. Encore actuellement, nous restons vigilants au sujet des contrats renouvelés ou pas et sur l'application des différentes législations (cf. CMS de VINCENNES, Champigny et Vitry….)

Comme toutes les organisations syndicales nous rencontrons des problèmes de finances, les cotisations peu nombreuses, par le peu d'intérêt pour les actions syndicales de bons nombres des kinés exerçants dans les CMS limitent nos actions. Nous poursuivons tout de même en renforçant nos coopérations avec les syndicats des médecins et des dentistes selon le principe de « l'union fait force »...

Et notre participation à la fédération de la formation continue initiée par les médecins, nous a permis de mettre en place en 2009 une formation spécifique aux kinésithérapeutes avec un franc succès.

Malgré nos difficultés, nous demeurons convaincus de l'intérêt majeur de faire vivre ce syndicat, en poursuivant nos actions et en renforçant notre association avec les syndicats des autres professionnels de santé des CMS….

Chapitre 6

La Fédération Nationale des Centres de Santé.

Par le Dr David Houri

La Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS)[7] est le nouveau nom que ses adhérents, réunis en Assemblée générale le 16 mai 2009, ont donné au **Comité National de Liaison des Centres de Santé** créé en 1954 à l'initiative de collectivités locales gestionnaires et de professionnels de santé de centres de santé municipaux de la région parisienne (appelés à l'époque « dispensaires »).

Depuis sa création il y a plus de cinquante ans, la Fédération Nationale des Centres de Santé a évolué et élargi son assise : elle a aujourd'hui vocation à fédérer les personnes morales gérant des centres de santé sans but lucratif, qu'il s'agisse de municipalités, d'associations ou d'organismes mutualistes. La FNCS regroupe à ce jour les institutions gestionnaires de cent cinquante centres de santé, polyvalents, médicaux ou dentaires.

La FNCS est constituée en association à but non lucratif (loi 1901), les cotisations annuelles des institutions adhérentes constituent son unique ressource. Son conseil d'administration est composé d'élus municipaux, associatifs ou mutualistes gestionnaires de centres de santé ou de leurs mandataires, responsables médicaux ou administratifs de ces centres de santé. Il se réunit régulièrement ainsi que le bureau de l'association pour étudier les dossiers en cours et assurer les nombreux engagements requis par une activité de plus en plus dense. L'assemblée générale de ses adhérents constitue un réseau solidaire.

Le premier Président fondateur de l'association (à l'époque le CNLCS) a été le Dr Jean Reigner, alors médecin-directeur du centre médico-social du Blanc Mesnil, auquel ont succédé le Dr Paul Gabay, médecin directeur du CMS d'Argenteuil puis Madame Claudie Gillot-Dumoutier, Maire-adjointe à la Santé de la ville de Saint Denis. Depuis 2008, la FNCS est présidée par le Dr David Houri, Président de l'Association pour la Promotion de l'Accès aux Soins des Personnes Handicapées (APASH) qui gère le centre de santé « Média » à Montreuil. Son secrétaire général est le Dr Pierre Brodard, Médecin directeur du centre municipal de santé de Pantin. Au siège social de la FNCS, Natalie Gruer et Ingrid Haller assurent la coordination et le suivi des activités de l'association.

Les priorités qui ont prévalu lors de la création des centres de santé restent les principes fondateurs de l'action de la FNCS : faciliter, à travers une pratique regroupée et coordonnée, l'accès de tous à des soins de qualité et privilégier une approche globale des problèmes de santé de leurs usagers, alliant le soin, la prévention et l'éducation pour la santé.

Les statuts de la Fédération Nationale des Centres de Santé lui confèrent les objectifs suivants :

- Fédérer les personnes morales qui gèrent les centres de santé,
- Promouvoir et représenter les centres de santé,
- Accompagner les centres de santé et défendre leurs intérêts,

[7] **FNCS - 261 rue de Paris 93100 Montreuil - Tel. 01.48.51.56.22 - Fax 01.48.51.72.16 - E-Mail : contact@fncs.org**

La FNCS informe régulièrement le réseau de ses adhérents : de ses actions, de l'actualité, de la législation et de la réglementation, par le moyen d'un « Flash-Info » et d'un « Doc-Info ». La fédération tend de plus en plus à devenir aussi un centre de ressources et de conseils pour ses adhérents et plus généralement pour les acteurs de la pratique regroupée et coordonnée.

Elle travaille en lien étroit avec les huit autres organisations nationales reconnues officiellement comme représentatives des gestionnaires de centres de santé, au sein du Regroupement National des Organisations Gestionnaires de Centres de Santé (RNOGCS). La représentativité des organisations membres du RNOGCS a été officialisée à la suite d'une enquête du Ministère de la Santé en 2002 et confirmée en 2008.

Dans le cadre du RNOGCS, la FNCS a participé aux négociations avec la CNAM et a été signataire de l'accord national (J.O. du 19/04/03), convention destinée à organiser les rapports entre les gestionnaires de centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie. Un important travail de fond a alors été mené auprès des Caisses d'assurance maladie afin de faire mieux connaître et reconnaître la pratique des centres de santé : l'accueil médico-social, le travail en équipe pluridisciplinaire, le dossier médical partagé, la coordination des soins, la prévention et la promotion de la santé : autant de spécificités qu'il était essentiel de valoriser et de transcrire en termes conventionnels. Cet accord étant arrivé à échéance en avril 2008, il a été tacitement reconduit et les partenaires conventionnels étudient ses perspectives d'évolution.

La FNCS est habilitée à représenter les centres de santé dans les instances paritaires nationales, régionales et départementales instaurées par l'accord national de 2003 pour en faciliter l'application par une concertation permanente entre les gestionnaires de centres de santé et les caisses d'assurance maladie.

La loi reconnaît aux centres de santé des missions, non seulement de soins, mais aussi de prévention, d'éducation pour la santé et de santé publique. La FNCS travaille pour que cette reconnaissance de principe se traduise par des mesures concrètes, donnant les moyens aux centres de santé de mettre en œuvre de ces missions.

Proche du terrain et de la réalité des centres de santé, la FNCS se tient en permanence prête à intervenir pour faire mieux prendre en compte leurs difficultés, leurs spécificités et leurs projets. La FNCS suit les débats parlementaires et assure une veille législative et réglementaire dans les domaines concernant de près ou de loin les centres de santé. Ses représentants ont des contacts réguliers avec les pouvoirs publics et les services ministériels.

Ces dernières années, la Fédération Nationale des Centres de Santé a régulièrement dénoncé auprès des autorités de tutelle l'absence de prise en compte des coûts de gestion du tiers-payant et le défaut d'application aux centres de santé de certains dispositifs prévus par les conventions du secteur ambulatoire libéral. Elle a accompagné les centres de santé pour la mise en place de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) et pour le passage au système SESAM-Vitale. Elle a contribué, dans le cadre du RNOGCS, à l'élaboration avec la Haute Autorité de Santé (HAS) d'un référentiel d'évaluation des pratiques organisationnelles en centre de santé.

En août 2009, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) a marqué une véritable refonte de l'organisation de notre système de santé avec la création des Agences Régionales de Santé. Les concertations et les nombreux débats autour de cette loi ont requis toute

l'attention et la réactivité des représentants de la FNCS qui ont pesé de leur force de conviction pour qu'une juste place soit faite à la pratique regroupée et coordonnée dont les centres de santé ont été les précurseurs. Les Agences Régionales de Santé sont, depuis leur mise en place en avril 2010, des interlocuteurs privilégiés des centres de santé qui constituent, notamment en région Ile de France, des acteurs incontournables du secteur ambulatoire en termes d'accès aux soins, de coordination des soins et d'actions de santé publique.

Pour ce qui concerne les centres de santé, la loi HPST introduit une modification fondamentale de leur cadre législatif et règlementaire par le passage d'une procédure d'agrément à une procédure déclarative. Les textes règlementaires d'application de la loi HPST prévoient que les centres de santé doivent adresser à leur Agence Régionale de Santé, un Projet de santé et un Règlement intérieur. Estimant qu'il serait dommage de réduire cette obligation à une simple contrainte administrative, la FNCS a proposé à ses adhérents de saisir cette occasion pour faire connaître et valoriser les pratiques des centres de santé dans la perspective de partenariats avec les Agences Régionales de Santé. Afin d'accompagner les centres de santé dans la rédaction de ces documents, la FNCS a contribué au sein du RNOGCS à un travail collectif visant à étoffer la trame minimale fournie par les textes officiels, dans la perspective d'une lecture commune et fédératrice de la pratique des centres de santé.

La vigilance de la FNCS se porte en permanence sur les évolutions du système de santé. Ses représentants sont intervenus par exemple à l'automne 2010, sur la question des laboratoires de biologie des centres, afin que de nouvelles dispositions règlementaires ne viennent pas mettre en péril la pratique par les centres de santé de la phase pré-analytique d'un examen de biologie médicale, qui fait partie intégrante de l'offre de soins proposée par ces structures de proximité et de premier recours.

Depuis leur lancement en 2008, la FNCS a été partie prenante des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations (ENMR) et la grande majorité des centres de santé qui se sont portés volontaires comme expérimentateurs font partie de son réseau d'adhérents. Dans ce cadre, la Fédération a été à l'initiative, en 2010, d'une journée de travail entre les sites expérimentateurs de NMR, réunissant pour la première fois des représentants de centres et de maisons de santé. Sur la question des coopérations entre professionnels et aux délégations de tâches (module 3 des ENMR) les représentants de la FNCS coopèrent à la réflexion en cours au sein de la HAS (Haute Autorité de Santé) et contribuent à l'élaboration de protocoles de coopérations entre professionnels. La FNCS a souligné le fait qu'un tel financement du travail de coordination, d'éducation thérapeutique des patients et de coopération entre professionnels de santé, rejoint la pratique et la philosophie des centres de santé.

La FNCS a été le promoteur de l'Etude Epidaure-Centres de Santé visant à montrer le rôle pertinent des centres de santé dans l'accès aux soins et l'accompagnement des populations précaires. Ayant depuis de nombreuses années, le souci de mieux appréhender la réalité de la fréquentation des centres de santé, la FNCS a répondu en 2008 à l'appel d'offre de Martin Hirsch, alors Haut Commissaire aux Solidarités actives contre la pauvreté, pour conduire une Etude scientifique visant à analyser le niveau de précarité des patients des Centres de Santé médicaux et polyvalents implantés en zones urbaines et périurbaines. Menée sous la houlette de l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) et en collaboration avec le Centre d'Examen de Santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Seine Saint Denis, l'étude a eu pour objectif, outre la description et l'identification de la

patientèle, l'élaboration d'une méthode fiable d'évaluation de l'adéquation de la réponse apportée par les centres de santé à des impératifs de santé publique tels que l'accessibilité, l'offre et le recours aux soins. Cette étude permettra aux centres de santé mais aussi aux Pouvoirs publics et aux acteurs de la Santé publique de mieux apprécier l'apport de ces structures de proximité à l'offre de soins de premier recours et de mesurer leur contribution à la réduction des inégalités d'accès aux soins et à la santé.

A l'aube de ses soixante ans, la Fédération Nationale des Centres de Santé est largement consultée et auditionnée à l'occasion de maints rapports et commissions ministériels et parlementaires à propos de l'organisation de l'offre de soins, preuve s'il en fallait, de la pertinence du projet porté par ses fondateurs.

Chapitre 7

Le RNOGCS.

Par Monsieur Laurent Eveillard

Le Regroupement National des Organisations Gestionnaires de Centres de Santé (RNOGCS) est reconnu comme l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics (Ministère de la Santé, Assurance Maladie) et au delà, comme la structure de coordination de la représentation des centres de santé.

Il s'est constitué de manière informelle au début des années 1990, agissant pour faire réaliser la première enquête de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sanitaires) sur les centres de santé et intervenant dans l'écriture des décrets du 15 juillet 1991. Fort de la diversité des organisations gestionnaires qui s'y retrouvent, le mode de fonctionnement regroupé a été adopté et consolidé au fil du temps.

Ainsi structuré, le regroupement s'est ensuite attaché à formaliser et à promouvoir le concept de centres de santé. Cette mobilisation a permis d'obtenir en 1999 la reconnaissance des centres de santé dans le Code de la Santé Publique et en 2003 l'instauration de nouvelles relations conventionnelles avec l'Assurance maladie, à travers l'Accord national des centres de santé. En 2010, les débats sur la loi HPST confirment la pertinence des centres de santé dans l'organisation du système de santé : ils sont reconnus au titre de l'offre de soins de premier recours. Cette reconnaissance ouvre de nouveaux défis aux gestionnaires des centres de santé… Le regroupement que constitue le RNOGCS reste mobilisé.

La reconnaissance du rôle et de la place des centres de santé.

Les organisations qui constituent le RNOGCS regroupent, depuis plus de 20 ans, la grande majorité des centres de santé avec un objectif commun : la reconnaissance du rôle et de la place des centres de santé.

La signature, en 1973, de la convention entre la CNAMTS et le Syndicat National des Infirmières Libérales est l'évènement déclencheur dans les centres de soins infirmiers. Le besoin de définir un statut particulier pour les centres de santé notamment en lien avec la pratique du tiers payant, conduit à un premier rapprochement des organisations gestionnaires.

Les démarches convergentes entre les gestionnaires de centres de soins infirmiers et les gestionnaires de centres médicaux et polyvalents se nouent au début des années 1980 quand il s'agit de faire prendre en compte la réalité des actions médico-sociales et de prévention conduites dans les centres de santé.

Dès lors c'est ensemble en 1989, que les gestionnaires demandent que le cadre réglementaire des centres de santé soit fixé. Cela débouche en 1991 sur le rapport d'enquête de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sanitaires) qui sert de base à la négociation et promulgation des décrets de juillet 1991 qui fixent :

- Les conditions d'agrément des centres de santé
- Les conditions de prise en charge des soins délivrés en centre de santé
- Les modalités de subvention versée par les CPAM aux centres de santé – en compensation des charges sociales prises en charge par l'assurance maladie pour les professionnels libéraux.

Les ordonnances Juppé en 1996, avec la « maîtrise médicalisée des dépenses de soins », s'accompagnent d'évolutions significatives dans les conventions avec les professionnels de

santé libéraux (aides à l'installation, aides à l'informatisation, médecin référent…) qui posent une nouvelle fois la question de la juste reconnaissance de toutes les activités des centres de santé. L'action coordonnée et convergente de tous les gestionnaires dans le RNOGCS porte ses fruits avec la loi 99-1140 du 29 décembre 1999 qui inscrit les centres de santé dans le Code de la Santé Publique, réservant la dénomination « centres de santé » aux seuls centres gérés par des organismes à but non lucratif ou par des collectivités territoriales.

Cette bataille scelle le destin du RNOGCS ; conformément à l'avis relatif à la représentativité préalable à la négociation et à la signature d'un accord national pour les centres de santé, publié au Journal Officiel du 25/03/2001, les huit organisations gestionnaires qui constituent alors le RNOGCS sont déclarées représentatives par lettre ministérielle du 30/01/2002. En 2008, pour la seconde enquête de représentativité, elles seront au nombre de neuf, la CANSSM et C3SI ayant obtenu leur représentativité et l'UNIOPSS ne l'ayant pas sollicitée.

9 organisations gestionnaires reconnues représentatives :

Organisation Gestionnaire reconnue REPRESENTATIVE	2001	2008
ADESSA ADOMICILE ex A DOMICILE Fédération Nationale		
CANSSM (Caisse Autonome Nationale de Sécurité Sociale dans les Mines)*		
C3SI (Confédération des unions régionales des centres de santé infirmiers)		
Croix-Rouge Française		
FMF (Fédération des Mutuelles de France)		
FNCS (Fédération Nationale des Centres de Santé) ex CNLCS		
FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française)		
REPSA (Religieuses présentes en santé)		
UNADMR (Association du service à domicile)		
UNIOPSS (Union Nationale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux)		

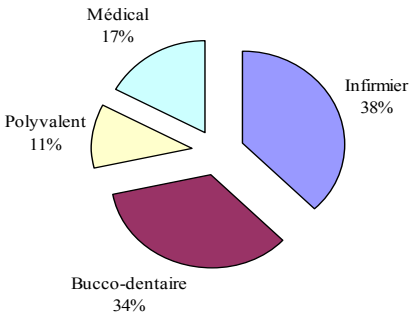
* les centres de santé du régime des Mines sont ouverts à toute la population depuis juillet 2005

Répondre aux besoins des populations et des professionnels de santé

Historiquement, qu'elles soient mutualistes, municipales, associatives, congréganistes ou autres, ces institutions impliquées dans le champ sanitaire ont développé des centres de santé pour répondre aux besoins des populations et aux attentes des professionnels de santé à travers un autre mode de distribution des soins, garantissant un égal accès aux soins pour tous, dans le respect des tarifs de la Sécurité Sociale.

Les centres de santé s'inscrivent dans le secteur ambulatoire et en alternative à la pratique libérale. Même si les besoins et les attentes ont évolué au fil des années, le projet porté par ces institutions : accès aux soins et pratique regroupée et coordonnée, est toujours d'actualité.

Répartition des centres de santé par type d'activité



- *3 CSI (infirmier) sur 4 sont gérés par le secteur associatif*
- *La mutualité, FNMF et FMF gèrent plus de 70 % des centres de santé dentaires*
- *Les gestionnaires municipaux ont développé principalement des centres de santé médicaux et polyvalents, le régime minier également*

Un regroupement informel qui fonctionne avec des principes :

Le RNOGCS est constitué des organisations nationales, gestionnaires ou représentant de gestionnaires de centres de santé, volontaires, chaque organisation mandate, au sein du RNOGCS, un ou plusieurs représentants.

Son mode de fonctionnement obéit aux principes suivants :

- **la recherche permanente du consensus**, afin de parvenir à une décision commune, partagée par l'ensemble des organisations.
- **chaque organisation demeure libre de conduire son action de manière autonome**, en dehors du RNOGCS. Chacune d'elle informe le groupe en retour.
- **Les décisions sont prises à la majorité des voix à l'exception des décisions sur les questions de fond**. On entend par question de fond les décisions qui mettent directement en cause les orientations politiques des organisations (au regard des centres de santé). Ces décisions sont prises à l'unanimité.

L'engagement conventionnel confère des missions au RNOGCS

La conduite des relations conventionnelles avec l'Assurance Maladie, confère au RNOGCS des « missions ». Il est le **terrain d'entente des organismes gestionnaires** pour assurer :

➔ un positionnement commun par rapport aux centres de santé

➔ la défense et la promotion des centres de santé

➔ la représentation des centres de santé auprès des pouvoirs publics

➔ l'application et le respect de l'Accord National pour les centres de santé.

Le cadre conventionnel de l'accord national structure la représentation des centres de santé y compris sur le plan régional à travers les commissions paritaires régionales ou départementales (pour l'Ile de France).

La commission paritaire nationale, où siège un représentant de chacune des organisations reconnue représentative par lettre ministérielle du 5 août 2008, orchestre les relations entre les

caisses et les centres de santé. Devant l'absence d'instance de concertation entre l'Etat et la CNAMTS, le RNOGCS s'appuyant sur les travaux de la CPN est allé à la rencontre du ministère pour pointer les incohérences (inégalités par rapports aux dispositions contenues dans les conventions avec les libéraux) et faire valoir la place originale des centres de santé.

Sans porter de jugement de fond sur la loi HPST, l'engagement des organisations composant le RNOGCS a contribué en 2010 à franchir une nouvelle étape dans la reconnaissance des centres de santé comme une composante à part entière du paysage sanitaire.

La mise en place des Agences Régionales de Santé renforce les représentations régionales, l'activité des commissions paritaires régionales constitue un atout dont les centres de santé devront se saisir pour faire respecter leur place et leur projet à chaque échelle d'organisation du territoire.

Le RNOGCS un « machin » utile :

Ce qui fonde le RNOGCS est avant tout la défense et la sauvegarde des centres de santé pour ce qu'ils sont et pour la place qu'ils occupent dans une prise en charge globale des patients qu'ils accueillent. On voit bien, sur ce sujet, combien l'engagement des équipes pour la coordination des soins, inscrit dès 2003 dans l'accord national, résonne comme une avancée importante. Dans ce contexte, l'attitude des gestionnaires n'a pas été uniquement défensive, les engagements pris notamment sur la démarche qualité avec la réalisation, en collaboration avec la Haute Autorité de Santé, du référentiel d'évaluation des centres de santé publié en 2007 en est l'illustration.

Sans fondement juridique particulier, le RNOGCS est un « machin » qui puise sa force dans le regroupement et la coordination des organisations gestionnaires qui continuent à s'investir dans cette forme singulière de la pratique de la santé qu'ils ont contribué chacun à faire émerger et reconnaître pour ce quelle est : originale, utile et efficiente et en tout cas sûrement pas obsolète.

Chapitre 8

Quel rôle pour les usagers d'un centre de santé ?

Par M. Claude Chavrot

Quelle place, quel rôle pour les usagers en centre de santé ? Comment peuvent-ils être des citoyens – acteurs de la santé et de leur santé ? Quelles interventions peuvent-ils avoir, sans se substituer aux gestionnaires et aux professionnels qui y exercent ?

Bien souvent des comités d'usagers se créent lors de situations de crise, quand c'est l'avenir du centre de santé qui est en jeu. Mais, une fois la crise passée, il est très fréquent que l'action de ce comité s'arrête. Pourtant, un comité ou collectif d'usager de centres de santé ne peut-il pas avoir une action plus permanente ? C'est le sens de notre projet à Gennevilliers.

Le centre de santé, service public ou participant au service public, est un outil pour ses gestionnaires, afin de développer une politique de santé répondant aux besoins et aux attentes des usagers. C'est sa raison d'être. C'est aussi, par la nature et la conception de son activité un lieu qui contribue à combattre l'exclusion sociale.

A l'occasion de la présentation du projet de reconstruction de son principal centre de santé, la municipalité de Gennevilliers a lancé un appel aux usagers présents à se rassembler dans un collectif. Une vingtaine de personnes a laissé ses coordonnées. Une première rencontre a été organisée au centre municipal de santé, puis un collectif provisoire s'est constitué pour travailler à la constitution d'une association d'usagers.

Dès le départ, l'objet de la future association a été élargi à l'ensemble des services publics de santé développant leur activité sur la ville : Centres Municipaux de santé, secteurs psychiatriques et pédopsychiatrique publics, hôpital mutualiste PS-PH (participant au service public hospitalier), services gérés par la ville ou le conseil Général (PMI Planning Familial, espace santé jeunes, SIADPA,…). Dans une ville où la complémentarité entre les différents modes d'exercice et structures fait partie d'une démarche de longue date, cela apparaît comme naturel. Notre association se donne donc pour objet la défense et la promotion, pour leur développement des différents services publics de santé, l'expression des besoins et attentes des usagers en termes d'accès à des soins de qualité, la participation comme citoyens à la promotion de la santé.

L'objectif est que ce comité d'usager inscrive son action dans la durée. Cela n'empêche pas de participer à des initiatives ponctuelles. Ainsi, il a appelé à s'inscrire dans l'action engagée par la municipalité afin d'obtenir de l'Etat et du Conseil Général qu'ils participent au financement de la reconstruction du centre municipal de santé. En effet, un nouveau centre de santé, avec des locaux adaptés et de meilleures conditions de travail pour les professionnels sont des conditions d'une meilleure qualité de soins et d'une meilleure accessibilité.

Nous avons très vite été amenés à réfléchir au rôle et à la place d'un comité comme le nôtre, et à son positionnement par rapport aux professionnels et à la municipalité. Comment ne pas se situer en opposition systématique, ne pas se substituer aux professionnels et aux

gestionnaires, mais bien travailler en complémentarité. C'est à notre sens la voie pour tenir toute notre place et à la fois participer à la connaissance des besoins en matière de santé, participer à la défense des structures quand elles sont menacées. Déjà des projets d'initiatives commencent à émerger sur la question de l'accès aux soins, sur la contribution des usagers aux futurs Contrats locaux de santé par exemple.

A un moment où les politiques en matière de santé menées aujourd'hui par le gouvernement mettent en danger l'existence d'une médecine de qualité et de proximité accessible à tous, où les secteurs de la santé qui paraissent les plus rentables sont livrés aux marchés, l'action organisée des usagers est indispensable pour s'y opposer et imposer d'autres choix répondant à leurs attentes.

C'est pourquoi, nous voulons donner tout son sens à une démarche citoyenne s'inscrivant dans l'exigence d'une réelle démocratie sanitaire. Les usagers ne sont pas seulement des consommateurs de soins mais aussi des acteurs conscients que la santé n'est pas seulement une affaire individuelle mais aussi une démarche solidaire et collective. Etre des patients citoyens, c'est une perspective à construire!

C'est tout le sens que nous donnons à notre projet dans une ville qui fait de la démocratie participative un de ses principaux axes d'action.

Chapitre 9

Le Congrès National des Centres de Santé dans le mouvement, au service des centres et de leur quête de légitimité.

Par le Dr Eric May

Dr Jean Régnier, extrait du rapport introductif du 1er Congrès :
« L'existence et de développement des centres de santé, les aspects neufs de la pratique médicale qu'ils représentent, le désir de beaucoup de rompre avec la médecine ambulatoire habituelle pose des problèmes originaux, qu'il serait vain d'esquiver. Le but de ce congrès n'est pas de faire œuvre de planification, mais, bien au contraire, d'apprécier tous ces problèmes dans leur complexité et leur interdépendance réciproque. La discussion doit rester ouverte. Nous pensons simplement que les centres de santé, malgré leur polymorphisme représente un acquis très valable et original. Ce qu'il convient, c'est que la possibilité soit laissée aux centres de santé, et aux médecins qui y exercent, de continuer leurs efforts, leurs expériences diverses et fécondes. »

Professeur Marc NEDELLEC, Concours médical :
« Il faut bien voir que la médecine doit devenir en ce qui touche à son exercice, autre chose que la fourniture d'une marchandise à des prix arbitraires et imposés, qui n'ont pas grand-chose à voir avec les réalités de l'échange, autre chose que l'expression individuelle d'une clientèle, dans des conditions qui se resserrent tous les jours. Il ne peut plus être question de se procurer sur « le marché des soins » une position privilégiée. En définitive, l'exercice en groupe et en équipe est probablement apte à revaloriser la profession. »

1. Préambule

Se plonger dans l'histoire du Congrès National des Centres de Santé, c'est traverser les cinquante dernières années de l'histoire des centres, l'histoire contemporaine, celle qui a dessiné le panorama des centres d'aujourd'hui. C'est aussi remonter le temps, jusqu'au plus près des origines de l'Union Syndicale des Médecins des Centres de Santé, par laquelle quelques unes des plus glorieuses pages des centres de santé se sont écrites.

Mais rapporter ou simplement résumer l'histoire de cinquante congrès en quelques pages tient d'une gageure que je ne relèverai pas. Elle justifierait à elle seule l'écriture d'un ouvrage qui lui soit pleinement consacré. Je parlerai donc librement du congrès, à travers ce qui m'a été transmis ou des informations que j'ai pu recueillir depuis cinq ans, c'est-à-dire depuis que je suis devenu en toute inconscience -de la responsabilité qui m'était confiée-, membre de son comité d'organisation.

Parler du Congrès, c'est évoquer les cinquante années d'expériences du mouvement des centres de santé dont il a été à la fois la vitrine et le premier acteur, à la lumière des

documents, rares, récupérés depuis son congrès fondateur, des cinquante thèmes traités en autant d'années d'existence, des congrès ayant ponctué son histoire, grande et petite.

Mais c'est surtout et toujours, comme au premier jour, parler de l'avenir des centres.

2. L'état des lieux

On peut l'affirmer : pour le mouvement des centres de santé, la création du congrès fut un événement essentiel, édificateur et accélérateur de son développement et de sa cohésion. Le premier fut organisé en 1961. Il donna enfin à ces acteurs un espace de communication et de résonnance dont la portée nationale fut essentielle à la promotion des idées novatrices dont ils étaient porteurs. Il institutionnalisa les centres bien avant l'inscription définitive dans les textes de loi de leurs missions et de leurs statuts. Il fut et reste le projecteur qui éclaire les centres sur la grande scène, qui tient parfois du théâtre, que l'on peut dénommer la Santé et qui rassemble à la fois : l'organisation de l'offre de soins, la santé publique, les pratiques professionnelles, les professionnels de la santé, les usagers sans oublier la sécurité sociale, ce système de protection sociale original qui en la finançant en détermine les règles et les rapports entre chaque composants.

Alors que nous avons fêté en 2010 son cinquantième anniversaire, la place unique du Congrès parmi les nombreux colloques médicaux et son rôle irremplaçable au sein du mouvement des centres de santé s'y sont trouvés à cette occasion confortés. A la fois creuset et vecteur de la médecine sociale et des pratiques d'équipe, il est chaque année le lieu du rassemblement de toutes les composantes des centres, professionnels, gestionnaires et usagers. Parfois perçues comme très différentes, elles restent toutes unies par la valeur partagée de l'accès à une médecine de qualité pour tous. Et même dans les années de la discorde, à tout le moins de l'incompréhension, qui ont suivi la signature de l'Accord National en 2002 et qui ont vu les partenaires de toujours, professionnels et gestionnaires, suivre des chemins séparés, le Congrès a pu réunir les représentants de toutes les organisations. Les débats étaient alors parfois plus animés voire houleux. Mais la volonté des organisateurs de faire contre vents et marées du Congrès le lieu de l'échange entre tous les interlocuteurs des centres a réussi à surmonter les difficultés et les conflits. Depuis 50 ans, et ce n'est pas la moindre fierté de ses organisateurs, pas un congrès n'a su se réunir sans les représentants des deux composantes des centres, gestionnaires et professionnels soignants.

Vous le verrez à la lecture des thèmes des cinquante congrès, le congrès a accompagné l'histoire des centres de santé mais il a souvent participé à l'écrire. Il a été non seulement le témoin de l'essor des centres, de leur évolution, de leurs succès comme de leurs difficultés mais il a aussi été aussi l'observateur des transformations de notre société au cours de toutes ces années.

Le congrès a ainsi été dans les années 60 et 70 le premier témoin des mutations sociales de notre pays et des progrès qui en ont découlé. Il fut alors le porte-voix de ceux qui étaient en quête de légitimité, les promoteurs de la médecine sociale, des pratiques d'équipe, et de son mode d'exercice, le salariat : c'était le temps du combat pour la reconnaissance de la pertinence sociale et sanitaire de leurs choix. Mais finalement, en 2010, les objectifs du Congrès ont ils été très différents ?

Ces vingt dernières années, c'est malheureusement des conséquences de la casse inexorable du système de protection sociale français dont le congrès a été l'observateur. Il a offert une

tribune à tous ceux qui s'opposent au démantèlement d'une protection sociale basée sur la solidarité, héritée du Conseil National de la Résistance, qui avait érigé parmi ses principes fondateurs l'accès aux soins et à la santé de tous, selon ses besoins et quels que soient ses moyens. Et si les centres de santé par leurs acteurs et par le congrès se sont retrouvés ces dernières années au cœur des luttes, c'est que leur acte de naissance fut la plus belle réponse que quelques médecins visionnaires et géniaux ont apportée à ces aspirations d'après guerre, mettant en cohérence protection sociale et offre de soins ambulatoires.

C'est la pertinence des pratiques de soins et de prévention des centres de santé, leur déclinaison concrète et communautaire de la santé publique qui ont nourri les communications, ateliers et débats des cinquante congrès des centres de santé. Ils ont apporté la preuve du dynamisme, de la modernité et de l'efficacité d'une médecine innovante, dont l'accessibilité sociale et l'humanisme n'ont été rendues possibles que par la volonté de ces défricheurs d'une autre médecine, les créateurs des centres.

3. Un premier congrès fondateur riche d'enseignements

1961 fut donc l'année de naissance du congrès alors dénommé Congrès National des Médecins de Dispensaires et Centres de Santé. Ce titre rappelle deux faits incontournables de la genèse du mouvement des centres et de son congrès :

- La période transitionnelle qui a transformé les dispensaires en centres de santé et leurs équipes en acteurs de la médecine de proximité s'est étalée sur plusieurs décennies. Elle imprègne encore puissamment l'inconscient collectif : demandez à une personne qui ne consulte pas en centre de santé de vous en donner une définition et elle vous répondra « dispensaire » et elle ajoutera très souvent « pour les pauvres »… Malgré plus de 80 ans d'existence et 50 ans de Congrès, nous nous entendons dire aujourd'hui par les plus hauts représentants du Ministère de la Santé, Mme Annie Podeur, par exemple, Directrice Générale de l'Offre de Soins, lors de l'ouverture du 50ème congrès : « *Dispensaires vous étiez, dispensaires vous serez ! »* Nombreux sont ceux qui s'ingénient, quand les centres revendiquent reconnaissance et moyens, à vouloir les renvoyer à leurs origines et leurs premières missions, saluant avec une compassion douteuse l'expérience acquise et inégalable des centres dans la prise en charge des populations précaires. Le Congrès et ses participants n'ont jamais oublié de revendiquer l'origine des centres mais pour mieux mettre en exergue leur évolution, l'élargissement de leurs missions acté par la loi qui a permis d'en faire des lieux de santé et de démocratie sanitaire. Beaucoup de ces centres ne sont plus très éloignés du centre rêvé par Jean François Rey, le « Carrefour de la Cité », comme il le disait, à la fois vecteurs de santé populationnelle polyvalents mais aussi promoteurs de l'accès à la santé (Richard Lopez, 2010) et outils d'intégration sociale (comme les avait définis les organisateurs du Congrès en 2006).

- Le Congrès a été créé par les médecins de l'USMCS qui en a assuré depuis l'organisation. Cela surprend encore de nos jours mais je ne doute que ceux qui liront cet ouvrage comprendront mieux l'origine de cette responsabilité qu'assume depuis cinquante ans l'USMCS. Il est vrai que le Congrès a connu une évolution, qui l'a transformé de Congrès « DES MEDECINS » des centres en Congrès « DES CENTRES ». En 2010, cette apparente incongruité aux yeux de certains (le congrès de tous les centres et de tous ceux qui œuvrent à son développement est organisé par un syndicat) n'est là encore que le témoin de la construction du mouvement des centres de santé. Ces derniers se sont structurés sous l'impulsion et par l'engagement déterminé des professionnels de santé, et avant tout, par celui

des médecins de l'Union Syndicale. Ces médecins ont su, parfois seuls, mais le plus souvent avec le soutien d'élus éclairés ou de gestionnaires audacieux et militants, dépasser le cadre de la théorisation et inventer à partir de l'existant dont ils avaient en charge l'héritage (les dispensaires), les structures et les pratiques qui sont devenues celles d'aujourd'hui. L'origine du Congrès est en cela remarquable: elle rappelle à tous que les centres de santé n'ont eu de pertinence et n'auront d'avenir que par l'indispensable symbiose qui doit réunir le gestionnaire du centre et ses professionnels. Elle doit être mise au service de projets partagés, où chacun a sa place (le premier donne les moyens, fixe le thème et le tempo, les seconds mettent en musique et s'inscrivent dans la cohérence d'un orchestre) mais qui n'auront de légitimité que construits avec et pour les usagers.

Depuis 50 ans, les dirigeants de l'USMCS veillent à préserver au fil du temps, loin des enjeux de pouvoir, cette mission essentielle du congrès, la mise en valeur de la double identité des centres, une des raisons de leur essor et si nécessaire à leur pérennité. C'est ainsi qu'ils ont pu en faire aujourd'hui un évènement annuel incontournable qui offre la parole à toutes les composantes, dans toutes leurs dimensions.

Mais poursuivons avec le premier congrès, celui de 1961, où tout a commencé. Il est exemplaire et a déterminé à bien des égards ce qu'est et sera le mouvement des centres de santé. (Presque) tout y a été dit. Les enjeux de 1961, rapportés par ses organisateurs comme vous le lirez, restent pour beaucoup d'entre eux les mêmes aujourd'hui. Leurs discours, leurs analyses en 1961 restent étonnamment d'actualité. Ce congrès rappelle des faits que les acteurs des centres d'aujourd'hui ne doivent pas ignorer pour comprendre les enjeux des centres et des congrès de demain.

L'un de ses fondateurs est Jean Régnier. Il n'est plus pour vous un inconnu puisque vous avez appris à le connaitre dans les chapitres précédents de cet ouvrage. Pionnier de la médecine d'équipe, son œuvre peut être qualifiée de visionnaire et réévaluée à la hauteur de sa contribution aux centres : résistant, médecin chef du centre municipal de santé de la ville du Blanc Mesnil (93), fondateur de l'Union Syndicale des Médecins des Centres de Santé en 1946, fondateur de la revue « Le Centre de Santé » , il a créé le Comité National de Liaison des Centres de Santé, aujourd'hui Fédération Nationale des Centres de Santé, organisme représentatif des centres de santé municipaux et associatifs, polyvalents, médicaux et dentaires.

Dans le numéro 44 de la revue **« Le Centre de Santé »** de septembre - novembre 1961, qu'écrivait- il à propos du 1er Congrès qui venait à peine de s'achever?

« Comme tout congrès, le seul fait qu'il ait été organisé est déjà une chose positive en soi. Cela a permis (...), de nouer des relations, d'avoir des discussions avec des confrères, avec des cadres administratifs ou médicaux, avec des personnalités. Les questions les plus brûlantes ont été évidemment celles de l'avenir des Centres de soins collectifs. Expériences périmées, disent les uns. Les travaux du congrès devraient plutôt permettre de dire expérience passionnante, continuant à se dérouler, cherchant les modes d'adaptation aux conjonctures nouvelles(...). En effet, la période actuelle voit mettre à l'ordre du jour les principes justifiant l'exercice regroupé des médecins. Les dispensaires de soins n'ont-ils pas, depuis de nombreuses années, développé des formes nouvelles d'exercice de la médecine ? (...)
Comment vont évoluer les dispensaires de soins ? Les avis ne sont pas unanimes à ce sujet. (...) Il n'y a pas de solution unique à toutes les questions (posées : NDLR). Selon la localité, l''équipement médical du voisinage -ou son absence- les centres de soins jouent des rôles

extrêmement différents et les expériences peuvent être multiples. Cependant une impression d'ensemble ressort de ce Congrès : la vitalité du dynamisme de ces centres, le désir assez général de faire mieux, de se préparer à l'inéluctable évolution des structures médicales. »

C'est à peu de choses près ce que les membres du comité d'organisation du 50ème congrès pourraient dire aujourd'hui en conclusion des deux jours exceptionnels qu'ils ont connus.

Je ne résiste pas au plaisir de vous rapporter de larges extraits des discours inauguraux du 1er congrès :

- **Extrait du discours d'ouverture du Dr P. Frumusan, Président du 1er congrès :**

  « Pourquoi notre syndicat a-t-il estimé utile, a-t-il estimé le moment venu de convoquer un congrès de médecins de dispensaires et centres de santé ?
  Nous avons tous le sentiment, et nous voyons bien que l'organisation et que la structure de la médecine française, de l'équipement sanitaire du pays, sont en plein mouvement. La situation est fluide, et les choses changent tous les jours en raison sans doute de trois facteurs essentiels :
    - *en raison de l'évolution rapide des structures sociales d'une part*
    - *en raison de l'évolution rapide des conditions techniques de la médecine qui du fait des progrès de la science nécessitent de plus en plus une instrumentation coûteuse et un travail collectif en équipe.*
    - *enfin en raison du fait que se répand de plus en plus dans les masses des malades, ce sentiment puissant du droit la santé : tout le monde devrait des pouvoirs bénéficier de soins médicaux de qualité valable, sans bourse délier ou presque.*

  Il existe actuellement plus de 1000 centres de santé en France et on peut dire que plusieurs milliers de médecins exercent partiellement, ou complètement, leur métier dans des centres de santé (..) Ils représentent un exemple (...), fonctionnant depuis de nombreuses années, ayant fait ses preuves d'une médecine qui correspond aux désidératas des masses et de beaucoup de médecins : une médecine gratuite ou peu coûteuse, une médecine en équipe, bien équipée, supprimant les rapports d'argent entre le médecin et le malade, et donnant au médecin qui exerce les avantages du salarié
  Eh bien, il nous a paru que la question se posait, de savoir quel était le bilan de cette médecine de centres de santé : quels étaient ses apports, quels étaient ses défauts, ses inconvénients, la contribution qu'elle apportait aux problèmes brûlants de l'actualité médicale, les rapports de cette médecine avec les autres secteurs médicaux, et de dresser également ses perspectives d'avenir.
  C'est pour discuter de tous ces problèmes, pour permettre une confrontation large, honnête, que nous avons pensé utile de convoquer ce congrès. »

- **Extrait du rapport introductif du Dr Jean Régnier**

  « Essayons d'abord de comprendre les causes de ce véritable phénomène social qu'a été le développement de dispensaires de soins.
  Les raisons d'ordre économique semblent les plus évidentes. Alors que la législation d'assurance sociale n'existait pas, ou en était à ses débuts, le problème

de la maladie et des dépenses qu'elle créait était pour les foyers les plus modestes une question difficile.
De la notion de charité, de devoir du médecin envers les pauvres, nous sommes passés à la notion d'assistance : la collectivité se reconnaissant des devoirs envers les plus déshérités de ses membres. Nous en sommes venus, par la suite, à la notion d'assurance, puis (...) à celle de droit la santé.
Nous connaissons la complexité actuelle de l'acte médical, nous savons combien le recours aux examens complémentaires, aux avis des spécialistes est devenu fréquent et indispensable. L'acte médical a été modifié, transformé, rendu infiniment plus complexe et difficile.
Il s'en est suivi une augmentation du coût des soins et de la maladie, une augmentation des dépenses médicales, auxquels l'individu, même pourvu de ressources normales ne pouvait plus faire face.
Enfin les raisons d'ordre technique et médical représentent (un autre NDLR) ordre de facteurs justifiant le développement des centres de santé.(...) Personne ne peut plus prétendre valablement travailler seul. La création de véritables équipes médicales est un facteur de progrès et de qualité
À côté de ces facteurs (..), il faut inscrire les raisons d'ordre social. Les collectivités eurent donc toute possibilité de développer les centres de santé et, en plus virent leurs initiatives justifiées par l'évolution même des techniques et de la pratique médicale.(...) Il ne faut pas ignorer leur désir sincère désintéressé de rendre service, d'apporter une aide concrète sur le plan médical à leurs ressortissants, de leur permettent l'accession à ce droit à la santé et cela, en s'opposant au besoin au corps médical traditionnel et en innovant sur le plan de l'organisation médicale.
L'ouverture de ce congrès, ce jour, en est un témoignage.
Les centres de santé ne se limitent pas à la médecine de soins, mais débordent largement dans le secteur de la prévention.(...) Certains centres de santé s'engagent dans les voies neuves de la prévention, tel le dépistage précoce des tumeurs(...). Nous ne parlerons que pour le citer du rôle éminemment social et préventif des services d'orthodontie dont beaucoup de centres dentaires sont dotés.
Le travail médical dans les centres de soins a pris un caractère nouveau, rompant résolument avec la forme d'exercice en clientèle privée. On peut dire qu'une forme nouvelle exercice de la médecine a été ainsi créée. En effet, cette pratique médicale rompt résolument avec deux articles de ce qu'on appelle la charte médicale : l'entente directe, le paiement direct.
L'entente directe et le paiement direct ne sont ni des critères de qualité de l'acte médical ou de celui qui le pratique, ni le moyen de garantir à l'acte médical sa valeur technique et humaine. Nous ne craignons pas d'apparaître comme le défenseur d'une médecine décommercialisée, tournant résolument le dos à la médecine charitable. Nous pensons même que cette nouvelle éthique médicale doit surclasser la morale philanthropique traditionnelle.
Le second aspect nouveau de cette pratiques en centre de soins et le plus important, il faut le souligner, est que ceux-ci sont conçus et organisés pour permettre la pratique la médecine d'équipe, avec tous les avantages que cela comporte : le médecin sort de son isolement, les contacts avec les spécialistes sont facilités, l'appareillage, l'équipement nécessaire sont à la disposition des médecins. Le personnel paramédical, le secrétariat nécessaire facilitent le travail

de chacun. Tout cela améliore bien sûr la qualité du travail, facilite et rend plus agréable et fructueux l'exercice professionnel.

Je ne crois pas qu'un seul des discours d'ouverture des présidents des quarante neuf congrès suivants n'ait pas repris à son compte et, sans souvent le savoir, la plupart des arguments avancés par le Dr Régnier et le Dr Frumusan. Tout était dit, tous les problèmes étaient déjà posés :

- Aspirations des français au droit à la santé, à une médecine sociale et solidaire
- Analyse des difficultés rencontrées par un système de santé bicéphale, antinomiques, hospitalier public et ambulatoire à majoritairement privé,
- Définition de la médecine d'équipe et de sa singularité,
- Spécificités identitaires et idéologiques de la pratique sociale,
- Apport des centres de santé à celle-ci,
- Rôle du salariat dans sa mise en œuvre,
- Liens synergiques entre gestionnaires et professionnels de santé,
- Reconnaissance insuffisante des institutions et des autres acteurs de la santé…

Les acteurs des centres de santé d'aujourd'hui se sont approprié si pleinement les idées de ces pionniers et les valeurs exemplaires qui les ont inspirées qu'ils en ont pour beaucoup d'entre eux oubliées l'origine. Mais c'est là l'un des effets du congrès : la transmission par le congrès et par les outils de communication (la revue « le centre de santé » à l'époque, le site internet www.lescentresdesante.com aujourd'hui) des idées et des concepts des fondateurs des centres les a démocratisés et en a fait l'acquis de tous les acteurs des centres. C'est sans doute la plus belle reconnaissance pour ceux qui les ont portés.

4. 50 ans de congrès, 50 ans de l'histoire des centres et des pratiques médicosociales

Vous le verrez à la lecture des cinquante thèmes, nous ne sommes pas face à une énumération à la Prévert, mais bien devant le témoignage d'une perpétuelle capacité du Congrès à savoir coller au plus près de l'actualité de la santé, des problématiques de santé publiques et à avoir su se mêler aux réflexions sur l'évolution de la médecine en centre et bien plus largement :

1961 1er congrès : Le Centre de Santé, sa place dans l'évolution des structures médico-sanitaires.
1962 2ème congrès : La médecine d'équipe dans le cadre des Centres de Santé.
1963 3ème congrès : Évolution des Centres de Santé et organisation sociale de la Médecine.
1964 4ème congrès : Médecins, malades et collectivités.
1965 5ème congrès : Planification, prix de la santé, coût de la médecine. L'indépendance professionnelle du Médecin salarié (1er colloque international).

1966 6ème congrès : Pour une conception moderne du droit à la santé. Mutation des structures médico-sanitaires et responsabilité du médecin.

1967 7ème congrès : Centres de Santé et médecine moderne.

1968 8ème congrès : Recherche d'une rationalisation en politique sanitaire et médecine sociale.

1969 9ème congrès : Évolution des structures médico-sanitaires; leur adaptation au monde moderne.

1970 10ème congrès : Problèmes médico-sociaux de la prochaine décennie. La médecine, service public?

1971 11ème congrès : Coordination et planification des structures médicales dans un secteur géographique.

1972 12ème congrès : "Médecine et sectorisation". Prise en charge de la protection de la santé dans le cadre de la commune ou du secteur géographique.

1973 13ème congrès : Problèmes actuels de la médecine sociale.

1974 14ème congrès : Centre de Santé intégré et convention 1975.

1975 15ème congrès : La convention dépassée? La médecine salariée dans un projet de santé.

1976 16ème congrès : Centre de Santé et cadre sanitaire.

1977 17ème congrès : Prévention médicale et sociale et Centres de Santé.

1978 18ème congrès : Le Centre de Santé dans la cité : un équipement sanitaire et social nécessaire.

1979 19ème congrès : Le Centre de Santé et la crise de la médecine.

1980 20ème congrès : Les Centres de Santé : 35 ans d'expériences, de recherches, de difficultés et de progrès, une médecine de qualité pour tous.

1981 21ème congrès : La pratique des Centres de Santé : aujourd'hui et dans la nouvelle politique de santé.

1982 22ème congrès : Initiative et responsabilité : le Centre de Santé dans une pratique sanitaire globale et décentralisée.

1983 23ème congrès : Centre de Santé, décentralisation et pratiques locales de santé.

1984 24ème congrès : Reconnaître le Centre de Santé 1984 : le virage.

1985 25ème congrès : Reconnaître le Centre de Santé - Nouvelles pratiques en France et dans le monde.

1986 26ème congrès : Les Centres de Santé en 1986 : branchés pour l'an 2000.

1987 27ème congrès : Le droit à la santé.

1988 28ème congrès : Le travail en équipe.

1989 29ème congrès : Les Centres de Santé face à l'urgence.

1990 30ème congrès : Dessine-moi un Centre de Santé.
Président Marc Schoene :
« Un système de santé de protection sociale en crise : chacun en convient, le système de santé de protection sociale est en crise grave. Les inégalités sociales, les inégalités d'accès aux soins, loin de se réduire connaissent des accentuations préoccupantes. Les effets conjugués du chômage, du ticket modérateur pour de nombreuses prestations, l'éclatement de la convention médicale entre plusieurs secteurs modifient sensiblement et durablement l'accessibilité des français à la santé. Selon que vous soyez riches ou misérables redevient une réalité qu'attestent toutes les études sur les inégalités sociales en matière de consommation de soins et sur les compositions sociales des différentes clientèles selon les diverses institutions de soins. (…) Le centre de santé a un rôle non négligeable à jouer (…) Parce que nous avons un capital de réalisations reconnues, parce que nous avons des bases convaincantes, et surtout parce que nous avons la volonté d'aboutir notre action doit aujourd'hui s'amplifier pour la promotion des centres de santé. »

1991 31ème congrès : La formation.

1992 32ème congrès : La santé des jeunes.
Président : Alain Beaupin :
« L'an dernier à la même époque nous étions réunis à la faculté de médecine de la Pitié-Salpêtrière. Nous étrennions alors les trois décrets du 15 juillet 1991 reconnaissant enfin les centres de santé. Nous n'étions plus désormais les dispensaires mais les centres de santé. C'était officiel. Nous ressentions enfin de la considération.(…) Rêvons un peu :Pourquoi nous ne rêverions-nous pas quelques instants sur le thème du système de santé idéal qui conviendrait en France. Voici quelques suggestions :
Avant tout il devrait être orienté vers la justice sociale .Il devrait avoir résolu le problème français du fossé institutionnel entre social et santé. Il serait recentré sur la médecine de famille, qu'elle s'exerce en centre de santé ou en privé. Il comporterait une articulation fonctionnelle entre les hôpitaux et le reste du système de santé. La comptabilité ne se contenterait pas de mesurer les dépenses pour mieux les réduire, mais se montrerait aussi capable de prend en compte la qualité des soins dispensés. Il serait capable d'organiser et de financer des programmes de prévention au niveau local, régional ou national. La prévention ne serait plus artificiellement séparée des soins. Les centres de santé seraient enfin financés pour l'ensemble de leurs activités. »

1993 33ème congrès : La santé des banlieues.

1994 34ème congrès : Quels Centres de Santé dans le paysage sanitaire et social de demain?

1995 35ème congrès : Santé, insertion et citoyenneté.

1996 36ème congrès : Filières, Réseaux : maîtrise comptable, ou besoins de santé.

1997 37ème congrès : Réforme sur ordonnance, Réseaux? Filière? Circuit coordonné de santé.

1998 38ème congrès : Le défi de l'évaluation.
Président Daniel Wizenberg :
« Si nous évoquons un défi à propos de l'évaluation, c'est bien parce que nous ne voulons pas nous en tenir à la seule notion de confrontation d'expériences au sein de structures ou des seules analyses d'activité et d'indice de satisfaction des patients et des partenaires institutionnels.(…) L'évaluation ne présente aucune vertu naturelle d'objectivité : appliquer sans concertation partenariale, elle ne peut être que pervertie et servir des dessins se détournant immanquablement du service attendu par la population. (..). Les professionnels sauront défendre les missions d'universalité et d'accessibilité : le centre de santé doit demeurer par excellence l'outil de l'accès aux soins. Soumettre la pratique médicale à un encadrement prédéterminé de la dépense reviendrait à rompre avec ses missions(…) ».

1999 39ème congrès : Vocations-Missions : l'épreuve des lois.

2000 40ème congrès : La loi à l'épreuve des faits.
Président : Daniel Wizenberg :
« Quelle meilleure ouverture pour le Congrès de l'an 2000 que l'hommage rendu à Jean Régnier, le père de nos congrès, qui vient d'être nommé au grade de chevalier de la Légion d'honneur… »

2001 41ème congrès : Nouveaux besoins : nouvelles missions.

2002 42ème congrès : Démocratie sanitaire : pour quoi faire?

2003 43ème congrès : Usagers, professionnels, gestionnaires! Ensemble? Pour quelle médecine?

2004 44ème congrès : Solidarité attaquée : les centres de santé, outil ou rempart?

2005 45ème congrès : De la Commune à l'Europe : enjeux solidarité et service public

2006 46ème congrès : Le Centre de Santé : outil de qualité et d'intégration sociale

2007 47ème congrès : Accès aux soins pour tous : état des lieux et perspectives.
2008 48ème congrès : Quel avenir pour la santé publique ?

2009 49ème congrès : Les Centres de Santé à l'épreuve de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires.
Président : Eric May :
Il y est remis pour la première année le prix Jean François Rey à l'initiative de la Fédération Nationale de Formation Continue et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles des Centres de Santé, organisme de formation créée par des professionnels des centres en 2007 et nouveau partenaire du Congrès depuis 2007. C'est le centre de santé de Belfort, centre associatif exemplaire qui en est le lauréat.

5. 2010, le congrès du cinquantenaire : « les Centres de Santé et les Inégalités Sociales de Santé. »

Ce Congrès m'est cher, moins pour l'énergie qu'il m'a demandée que pour la tenue de ses débats et pour les perspectives qu'il a ouvertes.

Il est d'abord remarquable par le retour des institutions et des tutelles après une absence de plus de 5 ans. La participation de Mme Annie Podeur, directrice générale de l'offre de soins, représentant Mme Bachelot, Ministre de la Santé et qui en a assuré l'inauguration a été le symbole d'une certaine forme reconnaissance.

Congrès d'ouverture, il a été organisé par un comité élargi et pluriel, rajeuni à l'image de la nouvelle équipe de l'USMCS et de tous les jeunes médecins généralistes qui « déboulent » dans les centres. Il mêlait pour la première fois représentants des organisations professionnelles, gestionnaires et de formation des centres.

Plus que « congrès bilan », il est apparu comme le congrès de l'avenir, identitaire, mettant en débat les discours des politiques sur les inégalités sociales de santé et le bilan de l'action des centres face à ceux ci. S'ouvrant par la présentation de l'étude EPIDAURE qui a évaluée la prévalence de la précarité auprès des usagers de 21 centres de santé polyvalents en France, il a révélé la capacité des centres à devenir des structures pertinentes de recherche dans le champ de l'organisation de la médecine de proximité et dans celui de l'économie de la santé ambulatoire. Il a précisé la place des centres dans l'offre de soins de proximité face à l'émergence des maisons de santé libérales.

Pour conclure sur ce cinquantième cru, je citerai un extrait de l'interview de Richard Lopez, membre du comité d'organisation du congrès à la revue Espace Social Européen: *« Je souhaite la reconnaissance de notre pratique en équipe, pertinente et économe. Il vaut mieux aider les centres de santé que de fabriquer artificiellement des maisons de santé difficilement opérationnelles avant 20 ans. En tout état de cause, du haut de nos 80 ans, nous sommes l'avenir de l'exercice de ville plus sûrement que sa forme libérale traditionnelle.»* Il résume, me semble t il le mieux, le sentiment de tous les participants du congrès à la fin de ces deux jours de débats.

6. Et maintenant quel avenir pour le congrès ?

Le Congrès a participé à la structuration du mouvement des centres de santé et en est toujours aujourd'hui un élément de dynamisme comme l'a prouvé le formidable succès de sa

cinquantième édition : plus de 500 participants, venus de toute la France. Il a été un instrument formidable tout au long de ses 50 dernières années de promotion des centres et de leurs pratiques. Et par la volonté de ses organisateurs, les membres de l'USMCS, il a toujours été au service de toutes les composantes du mouvement.

Son organisation est devenue plus complexe ces 5 dernières années. Il a du composer avec des difficultés nouvelles : les lieux susceptibles de l'accueillir se font plus rares à l'exemple des facultés de médecine qui ne répondent plus aux exigences d'une telle manifestation ; ses sources de financement se sont réduites : l'éthique du comité d'organisation qui refuse toute ingérence de l'industrie pharmaceutique ou des équipementiers en matériel médical ou dentaire dans son programme pédagogique lui coupe des financements qui notons-le n'effraient pas beaucoup nos collègues libéraux ; l'évolution des techniques informationnelles ont amené ses organisateurs à devoir transformer radicalement son mode de communication, source d'un travail herculéen, excitant, mais qui n'est pas encore achevé...

Nous l'avons évoqué rapidement au cours des lignes précédentes, se pose le problème de la capacité (légitimité ?) de l'USMCS à assumer seule l'organisation d'un Congrès dit « des centres de santé ». La manifestation doit rester au service de tous. Tous les acteurs des centres doivent pouvoir s'y reconnaitre et même mieux, participer à son organisation s'ils en font le souhait! Le « polymorphisme » souligné par Jean Régnier en 1961, est plus que jamais une réalité d'aujourd'hui : cette diversité est en expansion et est une richesse du mouvement. Le statut des centres, loin de formater les structures et les individus a permis le développement de la médecine sociale d'équipe en centres sous des formes très diverses. Et c'est bien ce qui a conduit en janvier 2010 les responsables de l'USMCS à prendre la décision d'élargir le comité et d'accueillir en son sein les représentants de nombreuses organisations ou de structures qui s'étaient singularisés déjà pour leur engagement dans le congrès et plus largement dans la promotion de le médecine sociale sous toutes ses formes: la FNCS, la FNFCEPPCS, La Case de Santé de Toulouse, association gérant un centre de santé communautaire à Toulouse, le centre de santé de Belfort, premier lauréat du Prix Jean-François Rey, les organisations professionnelles (SNCDCS, SNKCS, la Fédération des Médecins des Centres de santé Miniers, …). Porteurs de projets ou plus simplement consultants, ils ont apporté leur pierre à l'édifice. Ils ont prouvé que le Congrès avait trouvé par leur présence et leur action au sein du comité un souffle nouveau qui a séduit et qui demande un prolongement.

Les Congrès à venir devront, comme cette année et plus encore, pouvoir, à travers ses travaux mais aussi par la composition de son comité d'organisation, témoigner de la richesse de la diversité et de l'action des centres.

Alors comment transformer l'essai? Le débat a été ouvert à l'initiative de l'USMCS : comment pérenniser le comité pluriel, sous quelle forme ? Toutes les hypothèses sont envisageables et seront examinées. Mais nul doute que l'USMCS sera attentive que le Congrès reste toujours à la hauteur des ambitions de ses fondateurs en 1961 et des espérances des acteurs des centres d'aujourd'hui et de demain.

La mission sociale des centres de santé

« Nous sommes provoquées – au nom de notre mission – à marcher à contre-courant d'une société qui concilie difficilement le bien de la personne et la maîtrise des dépenses de santé. Pour nous en dépit de ces difficultés, la personne reste première, cela est payant mais hélas non payé. »
Marie-Françoise Crépin, représentante de l'Association des religieuses en profession de santé, Prévenir, 1999, N°36.

« Faire tomber les murs… Construire des ponts… »
Mathilde Poirson, Prévenir, 1999, N°36.

Chapitre 10

Les centres de santé dans la protection sociale française.

Par le Dr Fabien Cohen

Au moment de leur création, les dispensaires de soins correspondaient à la nécessité de donner un service médical gratuit à la population. Mais le renouveau et l'essor des centres de santé datent de l'époque d'après-guerre, au moment où sous l'impulsion du conseil National de la Résistance, les lois sur la Sécurité Sociale sont venues apporter un financement à leur création et à leur fonctionnement. C'est ainsi que le décret du 20 août 1946 autorisa les assurés sociaux à se faire soigner dans les dispensaires agréés. Le système de tiers payant leur a permis de poursuivre cette action, alors que peu de praticiens libéraux étaient conventionnés.

Quand ceux-ci, en 1960, ont signé la convention tarifaire nationale, tous les assurés sociaux ont pu alors se faire rembourser les dépenses de soins. Le dispensaire d'alors gardait néanmoins une fonction sociale grâce au maintien du tiers-payant, mais perdait les financements pour leur création et leur équipement. Elle instaurait un mode de financement à l'acte inadapté à ces structures. Un premier coup à cette conquête démocratique, créant avec les ans, une crise dans la gestion de ces centres de santé.

Pour autant, si chaque acte pratiqué est enregistré par le centre auquel le patient ne paye que le ticket modérateur, la caisse de sécurité sociale verse la part remboursée directement au centre. Jusqu'au 19 février 1982 avec leur suppression demandé par Jack Ralite, ministre communiste du Gouvernement de F. Mitterrand, un abattement de 7% était pratiqué sur les actes médicaux et paramédicaux, en fonction de dispositions arbitraires fixés dans la convention. En dehors de quelques activités de prévention prise en charge par les DDASS, la plus part des actions de santé publique, le tiers payant et l'ensemble des charges en frais de structures, en temps d'accueil et d'accompagnement des patients ainsi que celui consacré au travail d'équipe et de coordination, ne faisaient l'objet d'aucun financement de l'Assurance Maladie. Il en est de même en ce qui concerne les investissements (locaux, plateau technique, matériels, …). C'est ce que constatait en novembre 1990, Bruno Durieux, Ministre délégué à la santé, lors de la séance commémorative du « 350ème Anniversaire de la reconnaissance des centres de santé par les Pouvoirs publics » organisé par le Comité National de Liaison des Centres de santé.

A cette occasion, le Ministre annonçait la nécessité de procéder à un allégement des charges des centres de santé, sans remise en cause du financement à l'acte des centres, par un rapprochement du régime d'assurance obligatoire des personnels soignants exerçant dans ces structures de celui de professionnels de santé pratiquant à titre libéral. Ce soutien financier, qui de fait n'était qu'équité avec le monde libéral, allait prendre la forme d'une reprise par les Caisses de sécurité sociale, d'une partie des cotisations dites « employeur » des personnels soignants des centres. Cette dernière mesure ne concernait que les professions de santé et ne prenait pas en compte les personnels nécessaires au fonctionnement administratif et technique des centres.

L'ajout de l'article D 162-22 dans le code de la sécurité sociale, tire les conséquences de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales. Il s'agit d'un début de régularisation de la situation des centres de santé vis-à-vis du secteur libéral dans les dispositions conventionnelles. Ce qui fut fait par les décrets du 15 juillet 1991 et du 14 décembre 1992 qui parachevèrent les modifications du Code de la Sécurité sociale. Un premier ballon d'oxygène qui se voulait mettre un frein à la disparition de près du tiers des centres de santé dans les années 80/90. Mais dans le même temps, l'ouverture européenne de la protection sociale et de la santé aux compagnies d'assurances, laissaient craindre la création de réseaux de soins coordonnées de type HMO américains, liant le niveau de soins accordés au niveau de couverture complémentaire.

Une inquiétude que les membres du groupe de travail des organisations nationales gestionnaires des centres de santé, allaient exprimer dans un document d'octobre 1994, où ils notaient que trois ans après la publication des décrets, les gestionnaires étaient toujours confrontés à des difficultés dans leur fonctionnement, dues notamment à:

- Une interprétation restrictive des textes, et une inadéquation de la nomenclature à la pratique en centres de santé notamment en ce qui concerne les soins infirmiers et dentaires.
- Des contradictions dans les différentes réglementations opposables aux centres de santé comme pour la biologie.
- Des dispositions non prévues par les décrets de juillet 91, comme l'élimination des déchets médicaux, dont les financements n'ont pas été prévus.

L'idée d'une Instance nationale de concertation et de suivi était ainsi lancée, en 1995 le regroupement national des organismes gestionnaires des centres de santé (RNOGCS). C'est cette structure qui sera choisi en 1999, pour négocier avec la CNAM, les termes de l'accord national issue d'un remaniement de la loi de 1991.

En effet en décembre 1999, après plus d'un an de bataille pour s'opposer à un texte de B. Kouchner nous faisant renoncer aux acquis de 91 et nous corsetant dans une maîtrise comptable, nous avons obtenu avec l'appui du groupe communiste, une nouvelle loi inscrite dans l'article 23 de la Loi de Financement 2000 de la Sécurité sociale. Contrairement à ce que souhaitait au départ le gouvernement de Lionel Jospin, les nouvelles dispositions de la Loi du 29 décembre 1999 confirmaient la reconnaissance des missions de soins, de santé publique et d'action sociale, inscrivant les centres de santé dans le code de la santé publique. Les centres de santé se voient garantir, indépendamment du futur accord national, la pratique du tiers payant, l'application des conventions nationales libérales, l'agrément et la subvention dite « Teulade ». Ce texte, surtout, n'enfermait plus les centres de santé dans une enveloppe budgétaire contraignante qui leur auraient été spécifique. Une position qui permettait d'aborder les décrets d'application sans pression de la CNAM, pour régir les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé.

L'accord national a eu pour objectif de faire bénéficier les centres de santé des nouveaux dispositifs en vigueur dans la pratique de ville et de moyens nouveaux correspondant à leurs missions. Dès 2000, les parties signataires de cet accord on voulu valoriser de nouvelles formes de prise en charge de la santé en recherchant d'autres modalités de rémunération de la coordination des soins et en développant « le centre de santé référent ». Le handicap de cette dernière fut la mise à l'écart des partenaires professionnels de la santé de ces négociations.

Cet accord permit par ailleurs un financement de l'intégration des centres de santé à Sésam Vital et l'entrée de la formation continue conventionnelle.

Cinq ans après, la renégociation de cet accord n'a pas eu lieu et depuis 2002, divers disposition de la loi, n'ont pas trouvé de décrets d'application comme la mise en place de l'Instance nationale de concertation, que la Loi HPST, viendra définitivement supprimer.

Pour autant, cette loi devait faire une place importante aux centres de santé, notamment prenant en compte diverses approches positives contenues dans le dernier rapport IGAS sur les centres de santé, celui de Mme Dominique ACKERT. Mais Mme Annie Podeur, intervenant à la place de Mme la Ministre au 50ème congrès des centres de santé, a bien donné les raisons de cette sollicitude, celle de répondre au mieux aux laissé-e-s pour compte de la politique de santé du gouvernement, les plus démuni-e-s. Et nous reviendrions aux dispensaires d'avant la guerre !

Et l'on voit à quel point les centres de santé ont, au fil des décennies, épousé les variations de la politique des pouvoirs successifs concernant l'évolution de notre système de protection sociale.

Le mouvement pour la protection sociale est un mouvement ancien qui naît avec le mouvement ouvrier et ses premières réalisations. Il se manifeste par la création de caisses de solidarité et d'œuvres sociales en particulier pour l'accès aux soins. Dans la foulée des mouvements sociaux des années trente, c'est le début de l'assurance maladie. A la Libération, le patronat est tellement affaibli par sa compromission avec le régime de Vichy, qu'il doit concéder, sous le poids des luttes sociales et du rapport de forces favorable aux forces de progrès, la création de la Sécurité sociale. Il ne cessera par la suite de lutter contre. La première idée de cette forme nouvelle de sécurité proposée par Ambroise Croizat était qu'elle devait être globale, visant à couvrir l'ensemble des besoins sociaux : la maladie, la vieillesse et la famille. La seconde idée était que le financement devait être prélevé sur le lieu même de la création des richesses : l'entreprise. Le prélèvement était donc fait sur les profits. C'était l'application du projet « chacun cotise selon ses moyens, chacun reçoit selon ses besoins ».

Les soixante cinq ans qui ont suivi ont été le moment de luttes sociales majeures pour maintenir ce système. Mais le patronat n'a jamais renoncé à obtenir le désengagement de ses responsabilités sociales. Qu'on songe à la liste impressionnante des mesures gouvernementales pour démanteler pas à pas les acquis comme :

- 1967: Réforme autoritaire de la Sécurité sociale par voie d'Ordonnance (De Gaulle), introduction du paritarisme qui donne le vrai pouvoir au patronat dans les caisses, désolidarisation des branches.
- Plan Beullac - Barre en 1976: c'est la naissance des vignettes bleues à 40% pour les médicaments, l'augmentation du ticket modérateur qui passe à 35% et l'augmentation des cotisations maladie des salariés de 1% et de 0,4% en vieillesse.
- Plans Simone Veil en 77 et 78: déclassement de 500 médicaments; majoration des seules cotisations salariées pour la vieillesse; cotisation sur les pensions de retraite.
- Plan Questiaux en Novembre 81: les mesures nouvelles en matière de dépenses sont financées par l'accroissement des cotisations des salariés, des préretraités, des retraités et des chômeurs.
- Plan Bérégovoy en 82: déremboursement de 1280 médicaments dits de confort et création du forfait hospitalier.

- Plan Delors en 83: création d'une contribution de 1% sur les revenus, et plan d'économie de 9 milliards : report du remboursement des lunettes, interdiction pour les caisses de prêter aux hôpitaux.
- Plan Séguin en 86: suppression de la "26ème maladie", création d'une liste limitative de 25 "Affections de Longue Durée" prises en charge à 100%. La plus grande manifestation sociale en France pour la Sécurité sociale jamais organisée a lieu à cette occasion.
- Plan Evin - Rocard en 89: 1% sur la vieillesse et déplafonnement des Allocations Familiales pour baisser les cotisations employeur.
- Plan Rocard en 90: création de la CSG à 1,1%. Début de la fiscalisation.
- Plan Durieux - Evin en 90: déremboursement de nouveaux médicaments.
- Plan Cresson - Bianco en 91: relèvement de 0,9% de la cotisation maladie, augmentation d'un seul coup de 66% du forfait hospitalier.
- Puis le Plan Juppé de 95 par voie d'ordonnance instaure l'étatisation de la sécurité sociale dans un but de rationnement comptable, il tend à la limitation, des dépenses de santé des prestations familiales et relève fortement la CSG afin de diminuer des cotisations patronales.
- Plan Aubry 1997 remplacement quasi-total des cotisations maladie des salariés par un accroissement massif de la CSG, tentative de mise sous conditions de ressource des prestations familiales.
- Création de la CMU en 2000, qui instaure la complémentaire comme nécessité
- Directive européenne sur la mutualité en 2001 ; les mutuelles sont considérées comme des assurances.
- Loi Douste-Blazy en 2004, réorganiser la gouvernance de la Sécurité sociale, entre étatisation pour rationner les dépenses socialisées de santé et privatisation, ouvrir le marché de la protection sociale aux assurances commerciales.
- 2008 : Instauration des franchises, réduction des remboursements.
- 2008, Réformes des retraites, augmentation de la durée de cotisations, réforme des régimes spéciaux.
- Loi HPST en 2009 dite loi Bachelot qui accentue le processus de la privatisation et l'autoritarisme.

Toutes ces réformes ont eu pour conséquence une croissance exponentielle du déficit de la Sécurité sociale et de façon encore plus marquée du déficit de l'Etat. Pour la Sécurité sociale, ce déficit historique ne s'explique pas par des dépenses supplémentaires mais par un manque à gagner considérable du côté des recettes assises sur la masse salariale dont on a organisé le ralentissement. La protection sociale souffre d'un déficit de financement structurel : la politique de réduction des dites charges salariales nous a conduits dans l'impasse de même que la désindustrialisation et la financiarisation de l'économie.

Malheureusement les prévisions seront confirmées et même dépassées puisque, en France le PLFSS (Projet de loi de financement de la Sécurité sociale) pour 2010 table sur un déficit prévu de 23 milliards en 2009 et de plus de 30 milliards en 2010. Le manque à gagner lié à l'intéressement, à la participation, à l'épargne retraite, aux stock-options, aux primes qui échappent aux prélèvements sociaux est considérable comme le sont les dettes patronales et les transferts de compensation mis à la charge du régime général.

Les gouvernements successifs, prônant une politique libérale, ont cessé de voir dans les dépenses de protection sociale et particulièrement de santé seulement un prélèvement sur les richesses crées et sur les profits potentiels. Ils y voient aussi un marché à conquérir et une

activité économique qui les intéresse. C'est donc une nouvelle stratégie tout azimut qui est à l'œuvre. Les centres de santé ne sont pas en reste, puisque la Loi HPST ouvre la voie à des centres de santé mis en œuvre par des établissements de santé privés.

L'irruption des assurances sur le marché de la protection sociale est le fait dominant. Prenant appui sur la mise en place de CMU, le rapport Chadelat en 2004, donne le coup d'envoi à leur entrée sur le marché. En effet les masses financières qui sont mises en œuvre dans la protection sociale (en France elles sont largement supérieures au budget de l'Etat), intéressent au plus haut point les compagnies d'assurances et les groupes financiers qui voient des profits majeurs faciles à réaliser.

Mais pour que le marché assurantiel soit rentable, il faut que les risques soient sélectionnés et donc maîtrisés. Pour qu'ils soient maîtrisés il faut qu'ils soient connus ; d'où la création, par la réforme Douste-Blazy en 2004, de l'Institut de données de santé pour organiser le partage des données produites par tous les systèmes d'information de ses membres. Un partage bientôt élargi par arrêté aux syndicats de professionnels libéraux et aux familles de complémentaires. Cet institut de données est maintenant en place, les 60 millions de français y sont fichés, l'étape est franchie.

Neutraliser la concurrence est la deuxième condition pour l'arrivée des assurances commerciales sur ce marché. C'est la mise en place des directives européennes et en particulier le nouveau code européen des assurances en 2001 qui a été l'élément central du dispositif. Pour que le marché soit rentable, il faut éliminer les complémentaires solidaires selon les lois de la « concurrence libre et non faussée ». La réorganisation des mutuelles qui restent à ce jour le principal opérateur sur le marché de la complémentarité, a donc été un objectif stratégique pour la finance : le nouveau code des assurances en application des directives européennes a rempli ce rôle et a largement vidé les mutuelles de leur culture solidaire. Ce second principe est maintenant atteint. Le temps n'est pas loin où, par le jeu de la concurrence féroce les assurances santé, appuyées par l'ensemble des données individuelles du système assurantiel (maison, automobile, entreprise, etc..) et la puissance de leurs capitaux, les compagnies d'assurance pourront mettre la main sur le système mutualiste. Elles cherchent à ouvrir leurs contrats à des couvertures maladie complètes dès le premier euro, entrant en concurrence non seulement avec les mutuelles mais surtout avec la Sécurité sociale elle-même.

La mise en œuvre des filières de soins telles que les a décidées la Fédération nationale de la Mutualité Française lors de son dernier congrès à Bordeaux va dans ce sens. Comme l'écrivait Cathy Suarez, à propos des filières de soins, dénonçant leur effet de segmentation *« L'émergence progressive de filières de soins va générer une segmentation sans précédent du système sanitaire français. Progressivement, les adhérents mutualistes puis ceux des compagnies d'assurance et des institutions de prévoyance, seront orientés dans des parcours de soins spécifiques, sans lien direct les uns avec les autres et en déconnection complète avec le parcours de soins de l'assurance-maladie qui, à terme, sera littéralement vidé de son contenu. En effet, après avoir proposé des meilleurs taux de remboursement aux adhérents entrant dans leur parcours de soins, il est probable que les organismes complémentaires réduiront les taux de prise en charge des patients ne s'y inscrivant pas. Ce processus pourrait aller jusqu'au déremboursement, du simple fait de la hausse des frais de fonctionnement induite par la lourdeur de la gestion des filières. Outre cette segmentation, qui va à l'encontre de toute régulation globale du système de santé, la mise en place de filières est contraire au principe de solidarité et introduit une rupture fondamentale dans l'égalité d'accès au droit*

aux soins. ». Cette notion de filières a été reprise par la mutualité dans son concept de réseau de centres de santé mutualistes.
A ceci, il faut ajouter l'exploitation des nouveaux marchés qui est tout azimut et offre des tactiques diversifiées selon les champs économiques considérés :
- Banques et Sécurité sociale,
- Banques et hôpitaux publics : La Sécurité sociale a eu l'interdiction depuis le Plan Delors de 1983 de prêter de l'argent aux hôpitaux (taux à 0%). Les hôpitaux ont eu l'autorisation d'emprunter directement auprès des banques : c'est d'ailleurs une des mesures du Plan « Hôpital 2007 ». La crise financière va faire exploser l'incapacité pour les hôpitaux publics de rembourser leur dette. Cette frénésie d'emprunt traduit le retard considérable d'investissement depuis 30 ans. Faute d'avoir été l'objet de choix politiques cohérents, l'emprunt va plomber l'avenir de ces établissements. La crise bancaire aggrave cette situation. Tout investissement non immédiatement rentable dans le cadre de la nouvelle tarification à l'activité (T2A) creusera le déficit de fonctionnement de l'établissement public. Le piège se referme alors au profit des établissements privés.
- Laboratoires d'analyses biologiques : cette question sera traitée plus loin dans le chapitre…

Il faut sortir de l'incohérence actuelle dans laquelle nous ont plongés les contre-réformes libérales. Celles-ci ont détruit la solidarité, fait exploser les inégalités d'accès aux soins, le développement de la pauvreté, le renoncement aux soins et ont renforcé la crise d'efficacité du système.

Pour répondre aux nouveaux besoins sociaux et à apporter un financement nouveau aux centres de santé, la sortie de la crise du financement de la protection sociale, est indispensable. Or celle-ci est enracinée dans la crise économique et liée aux politiques économiques et sociales comme aux gestions d'entreprise. C'est pourquoi, face à l'urgence, de nouvelles cotisations pourraient être instituées sur les revenus financiers des entreprises qui ne sont soumises à aucune contribution sociale et se développent contre l'emploi et la croissance réelle.

Il n'y aura pas de véritable évolution et promotion des centres de santé sans une véritable évolution et promotion d'une assurance maladie universelle solidaire.

Chapitre 11

Inégalités sociales de santé et recul de l'accès aux soins.

Par le Dr Alain Brémaud

La crise économique et sociale qui s'aggrave augmente la pauvreté et le nombre de ses victimes. Malgré le décalage entre le seuil de pauvreté officiel (880 € par mois et par personne) et le seuil de pauvreté ressenti (1 006 €) la part de la population française vivant sous ce seuil va croissant, représentant, selon l'INSEE en 2006 : 13% de la population soit 7.9 millions de personnes. Mais la vulnérabilité sociale va bien au delà de la pauvreté monétaire car il faut considérer tous les éléments qui permettent d'accéder à une vie normale : l'accès aux normes de consommation sur le plan alimentaire (alimentation saine et équilibrée : ainsi selon le SIRS la consommation quotidienne de fruits et légumes est nettement plus faible dans les quartiers classés « zone urbaine sensible » que dans les autres), culturel, des loisirs et des vacances, de l'accès aux soins. A ces éléments il faut adjoindre le niveau d'instruction et l'estime de soi. Tout cela étant en lien direct avec les conditions de vie, de travail, de logement, de chômage et d'emploi précaire.

En 2000, un rapport de l'OMS plaçait la France en tête d'une liste de 191 pays concernant les performances du système de santé. Toutefois, en même temps l'INSERM publiait un document sur « les inégalités sociales de santé » montrant que les progrès de santé qui s'étaient effectués dans notre pays n'étaient pas parvenus à résorber, au contraire, les inégalités de santé liées aux critères sociaux.

Au cours du 20ème siècle, l'amélioration des conditions de vie, de travail, de logement et d'hygiène, de progrès en matière de soins et d'initiatives de prévention ont porté leurs fruits. Ainsi, l'espérance de vie a globalement doublé (+30 ans pour les hommes, +35ans pour les femmes). Le taux de mortalité périnatale a été divisé par trois entre 1972 et 1995, la mortalité par maladies cardiovasculaires réduite d'un tiers entre 1970 et 1990. Pourtant des différences de bénéfice de santé liées aux inégalités sociales existent, en particulier concernant l'espérance de vie, les maladies cardiovasculaires, les chances de survie après un cancer, la santé bucco dentaire et les pathologies périnatales.

Hormis les éléments individuels de risque de pathologie, il s'avère bien qu'il existe des différences de taux de morbidité et de mortalité, de fréquence des handicaps moteurs et des troubles mentaux, d'espérance et de qualité de vie en corrélation avec les inégalités sociales d'autant que ces inégalités sociales ne sont pas seulement des inégalités de ressources mais pourvoyeuses elles mêmes de l'aggravation de tous les éléments environnementaux (logement, conditions de travail, vie sociale, niveau d'instruction, …) contribuant à un mauvais état de santé et cela en plus des difficultés d'accès social et territorial aux soins.

L'IRDES constate dans son enquête SPS que les populations les plus pauvres s'estiment en plus mauvais état de santé, renoncent plus aux soins (en particulier, dentaires, les lunettes, spécialistes), sont moins protégés par une couverture complémentaire que les pauvres. Ainsi si 7% de la population n'a pas de couverture complémentaire ce chiffre s'élève à 22% dans la partie des personnes les plus modestes.

Le baromètre IPSOS-SPF 2008 confirmait ce ressenti négatif, sur leur état de santé, des populations les plus pauvres : 22% d'insatisfaits de leur état de santé chez ceux qui perçoivent moins de 1200 € / mois, 8% pour les 2000 à 3000 € et 3% pour les plus de 3000 €. Ce même baromètre indiquait que 39 % des français ont déjà retardé ou renoncé aux soins en fonction de leur coût au moins une fois, ce chiffre montant à plus de 50% chez ceux aux revenus les plus modestes.

Le renoncement aux soins pour des raisons sociales va croissant. Selon « Prescrire » 13% des patients déclaraient avoir renoncé aux soins en 2004, mais devenaient 24% en 2006. Le taux de renoncement passe d'ailleurs à 32% chez ceux qui n'ont pas de complémentaire. «Convergence » confirmait en 2008 cette tendance indiquant que 14% des français renonçaient aux soins dont 27% de ceux sans mutuelles et le baromètre Europe Assistance relevait que le report ou le renoncement aux soins avaient augmenté de 12 points entre 2009 et 2010.

Les relations entre inégalités sociales et état de santé sont indiscutables. Et de ce point de vue, malgré un système de santé reconnu performant et satisfaisant par 61 % des français (selon Europe Assistance) et un système d'assurance maladie solidaire qui était exemplaire avant toutes les attaques dont il a été l'objet, il faut constater que l'importance de ces inégalités de santé engendrées par les inégalités sociales sont à la fois un échec grave, et le résultat de politiques suivies.

L'espérance de vie était en 2008, pour les hommes de 77,5 ans et pour les femmes de 84,3 ans. Mais les inégalités en ce chapitre sont importantes. Ces inégalités devant la mort ont un peu diminué en 1980, mais se creusent depuis 1990. L'espérance de vie d'un homme de 35 ans est inférieure de 9 ans pour un manœuvre par rapport à un ingénieur ; un ouvrier a un risque 2 fois plus élevé de décéder entre 35 et 65 ans qu'un cadre. Dans cette période de bataille pour les retraites, rappelons qu'un cadre de 35 ans peut espérer vivre jusqu'à 82 ans et sans incapacité jusqu'à 69 ans, alors qu'un ouvrier du même âge peut espérer pour les mêmes items vivre respectivement 76 ans et 59 ans. Déjà en 2000 l'INSEE, sur une étude de 10 ans, trouvait un écart d'espérance de vie à 35 ans de 6,5 ans entre cadres et ouvriers et de 4,5 ans entre cadres et employés. Cela est majoré par le fait d'être sans emploi, facteur très important de vulnérabilité sociale : selon l'INSEE un chômeur a 3 fois plus de risque de décès dans l'année qu'une personne de même âge avec un emploi.

Les différences sur l'état de santé ne sont pas en reste par rapport à celles sur l'espérance de vie. Ainsi, selon les enquêtes du SIRS dans l'agglomération parisienne (et alentours) les résidents des quartiers les plus défavorisés déclarent plus souvent souffrir de migraines, d'ulcère de l'estomac, de bronchite chronique, de diabète et d'asthme, que les autres. Les habitants de ces quartiers défavorisés ont 1,3 fois plus de risques d'avoir des dents à soigner que ceux des quartiers dits moyens ou supérieurs.

Les précaires présentent une atteinte profonde de l'estime de soi : ainsi les troubles dépressifs touchent 7% des ménages les plus riches (1/4 supérieur de la population) ; alors que le ¼ inférieur, représentant les moins riches, est concerné pour cette pathologie pour 17% d'entre eux. Le suivi gynécologique est deux fois moins fréquent dans les quartiers défavorisés par rapport aux plus favorisés. De même on constate un plus faible taux de recours aux soins dentaires et gynécologiques pour les personnes résidant dans les quartiers à plus faibles

revenus et réciproquement (quelques quartiers dans cette étude vont exceptionnellement à l'inverse de ces constats : j'observe qu'il s'agit de villes bénéficiant d'un centre de santé).

Conséquence de ces constats : l'écart entre l'espérance de vie en bonne santé entre un cadre et un ouvrier est de 10 ans. Selon le rapport de l'INSERM de 2000, les constats en termes de pathologies sont nombreux : le risque de maladie coronarienne est 1,8 fois plus important chez un ouvrier que chez un cadre et 3,5 fois plus fréquent chez un employé que chez un cadre.

En termes d'hypertension, ce sont 7 mm de mercure qui séparent en moyenne les catégories sociales les plus favorisées de celles des employés et ouvriers. Deux fois plus de risques de cancer du poumon chez un ouvrier que chez un cadre, idem pour les cancers ORL, de l'œsophage, de l'utérus. La maternité n'est pas épargnée puisque le risque d'avoir un enfant prématuré s'élève à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale.

Chez les enfants, plusieurs indicateurs révèlent les mêmes distorsions : bien entendu le saturnisme en relation avec l'environnement socio-économique, mais aussi l'obésité et les problèmes bucco dentaires qui augmentent pour les enfants des populations défavorisées (deux fois plus de dents cariées pour les enfants d'agriculteurs ou de « non actifs » que pour ceux des cadres).

Même les pathologies accidentelles sont concernées ; liées à l'environnement social de ces enfants, ces nuisances et ces risques.

La fin de vie témoigne encore de ces mêmes inégalités. Ainsi à 60 ans, l'espérance de vie d'un manœuvre est de 17 ans, celle d'un ingénieur de 23 ans. Cette réduction de l'inégalité à cet âge n'est qu'apparente. En effet, à 60 ans, la mort a déjà frappée un nombre conséquent des personnes appartenant aux catégories sociales les plus défavorisées : les manœuvres, salariés agricoles et personnels de service ont une probabilité 1.8 fois plus forte de mourir entre 60 et 75 ans que les ingénieurs et les professions libérales.

Les catégories au bas de la hiérarchie sociale ont une vieillesse plus difficile du fait du plus grand nombre d'incapacités. Au bas de l'échelle sociale, « on devient vieux plus tôt !».

D'autres éléments évoqués plus haut concourent aux inégalités de santé, et sont souvent liées aux inégalités sociales. Trois éléments, parmi d'autres à retenir:

* le travail : les risques de celui ci pèsent sur les moins qualifiés. Les syndromes dépressifs liés au travail sont de plus en plus nombreux.
* le niveau d'instruction. Trois exemples :

Selon le niveau scolaire de la mère, le taux de prématurité passe du simple au triple et la fréquence du petit poids à la naissance du simple au double (haut comité de la santé publique). Selon l'IRDES, les personnes du niveau bac se déclarent moins souvent en mauvaise santé que celles sans diplôme. Le risque de démence est multiplié par 1.9 si le niveau d'étude est bas.

* Le lieu de résidence : un tiers des résidents en zone urbaine sensible se déclarent en mauvaise santé contre ¼ de ceux hors ZUS (IRDES).

Tous ces éléments qui sont constitutifs des inégalités sociales jouent sur les indicateurs d'état de santé (cancers, maladies cardio-vasculaires, santé mentale) et sur les facteurs de risques

(fatigue, obésité), même en dehors des autres variables comme l'âge, la région … Les comportements à risques pèsent plus sur la population du bas de l'échelle sociale. Pour ces populations en situation précaire l'urgence est de vivre ou de survivre (logement, alimentation, travail, enfants), la santé n'a pas une place prioritaire dans leurs urgences. Ceci aggrave le non recours ou le retard aux soins, explique les échecs de campagnes de prévention non adaptées et non portées par les acteurs de proximité.

Nationalement, les plus défavorisés sont les publics les moins touchés par les actions de santé de prévention et de dépistage.

Ces inégalités sociales de santé sont aggravées par les mesures prises au cours des dernières années. Se soigner coûte cher et cela ne va pas en s'améliorant. Ainsi le livre blanc du cabinet de conseils Alma révèle qu'entre 2001 et 2009 les coûts directs de la santé dans le budget des ménages, hors cotisations sociales à l'assurance maladie, ont augmenté de 40 à 50% (il s'agit des cotisations complémentaires et des restes à charge). Les mesures pleuvent en négatif : de plus en plus de déremboursements, l'augmentation du forfait hospitalier, la création de franchises en 2008 sur les remboursements (50 € maximum par an mais 50 centimes par boîte de médicament quelque soit le conditionnement, 2 € par transport sanitaire, 1 € par consultation) qui pénalisent ceux qui sont malades. Où va le système solidaire ?

D'autres éléments aggravent encore cette situation : les augmentations des cotisations mutualistes qui favorisent la démutualisation, les restrictions à la CMU et l'AME et les dépassements d'honoraires considérables qui sévissent tant en ambulatoire que dans les cliniques et hôpitaux. Cinq millions de français sont sans mutuelle et l'effet de seuil de la CMUC est mal compensé par l'aide à l'acquisition d'une complémentaire dont seulement 300000 personnes bénéficient.

Aux inégalités sociales il faut ajouter les inégalités territoriales d'offres de soins qui se complètent, hélas, bien souvent. Réduire les dépenses de santé en réduisant le nombre de soignants à été l'objectif pendant plusieurs années. Ainsi en médecine le numérus clausus qui était de 8600 en 70 est passé à 3600 en 90 pour être à 7400 maintenant. Les conditions de la médecine ont pourtant changé : médecins exerçant plus nombreux en entreprises, en recherches, en prévention, avec des durées de travail plus normales et féminisation de la profession. Les besoins exprimés des patients et l'augmentation de la population ainsi que les progrès scientifiques et les départs croissant à la retraites des praticiens, tout a concouru à ce que les 210000 praticiens actuels soient insuffisants en nombre et en répartition (par rapport aux 100000 de 1980). Mais, du fait des mesures prises cette situation va durer et augmenter. La densité médicale sera au plus bas en 2020 : 280/100000 habitants comme en 1980. Ainsi, selon le rapport Julliard, la baisse des médecins en activité sera de 9,4% entre 2006 et 2025 pour arriver, à cette date, au nombre de 186000 comme en 1985. Cette pénurie engendre les inégalités territoriales et encouragent l'installation des médecins libéraux dans les zones les plus faciles d'exercice et les plus rémunérantes.

Ainsi s'avère une corrélation de la densité médicale dans les territoires selon le revenu moyen des habitants. Souvent plus de densité médicale dans les grandes agglomérations (en particulier les centres villes et les zones à densité de population importante), moins de densité dans les banlieues, les zones rurales, les villes petites et moyennes, les zones d'habitants à faibles revenus.
Il existe par ailleurs des distorsions importantes de densité entre régions et entre le nord et le sud de la France. Les études de l'observatoire national des zones urbaines sensibles ont

montré que dans les communes de plus de 100000 habitants, les ZUS accueillent 14% de la population et 6% des soignants. Le baromètre IPSOS/SPF 2008 affirme que 17% des français ont déjà renoncé au moins 1 fois à consulter le médecin du fait de son éloignement géographique.

Mais à cette pénurie de soignants , à ces déserts médicaux, il faut ajouter des éléments aggravants : les refus de nombre de praticiens de recevoir les bénéficiaires de la CMU et de l'AME, l'absence de pratique du tiers payant, l'importance dans certaines zones du nombre de praticiens pratiquant les dépassements d'honoraires, transformant ainsi un territoire pourvu en soignants en désert médical pour la population à revenus modestes ou, encore plus, en vulnérabilité sociale.

On le voit, les inégalités d'offres recoupent et aggravent les inégalités sociales. Cet accès aux soins sera encore plus compliqué dans les prochains mois, par l'obligation de regroupement géographique des laboratoires d'analyses, des centres de radiologie, des cliniques et hôpitaux, de la chirurgie, des maternités et des urgences. Pour se soigner demain, mieux vaudra ne pas être à revenu modeste, sans moyen de transport et dans un état empêchant le déplacement ou justifiant la proximité des soins.

Les actions de prévention sont également discriminantes, car non suivies par les populations défavorisées, si elles ne sont pas relayées par des équipes de proximité prenant en considération les problèmes de revenus, de priorités, de cultures et de langues.

Avant de conclure, il me semble important de signaler l'article de juin 2010 du British Medical Journal sur la mise au point d'un modèle mathématique à propos des variations des budgets sociaux et des données de mortalité de toutes causes de 15 pays de l'UE de 1980 à 2005. Pour chaque augmentation de 91 € par individu du produit national brut, on observe une baisse de 0.11% de la mortalité. Si cette augmentation de 91 € par individu touche les budgets sociaux on observe une baisse de mortalité de 0.80% soit 7 fois plus. (91 € de plus par individu des budgets sociaux, c'est -2.8% des décès liés à l'alcool, -1.2% de mortalité cardiovasculaire, -4.34% de mortalité par tuberculose, …).

A l'heure où la santé et l'assurance maladie sont voulues par certains comme des marchandises, il faut rappeler que les dépenses de santé sont une richesse : celles-ci contribuent à améliorer l'état de santé de la population (ce qui diminue à terme l'absentéisme au travail et la consommation médicale), à valoriser un secteur économique important de notre pays et à créer des emplois.

D'ailleurs, l'objectif de nos gouvernants est bien que seules les dépenses de santé augmentent et que celles remboursables diminuent. Pour cela, il leur faut développer la place octroyée aux assurances privées et poursuivre l'établissement d'une médecine à plusieurs vitesses. Les centres de santé, dans leurs choix, s'opposent à ces orientations et proposent l'accès à des soins de qualité pour tous, favorisant une accessibilité sociale pour les plus défavorisés, un travail d'équipe coordonné multi-acteurs pour permettre la prise en charge de la « personne » ; ils organisent des actions de santé publique adaptées aux populations de proximité. En cela, sans résoudre l'ensemble des problèmes politico-socio-économiques qui sous tendent ces questions, ils contribuent à réduire les inégalités sociales de santé. Ils représentent une réponse équitable aux besoins de santé des populations.

Chapitre 12

La promotion de la santé, un outil pratique de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Par Monsieur Jérôme Host, travailleur socio-juridique, « La case de santé ».

La case de santé est un centre de santé communautaire (association loi 1901, agrément centre de santé polyvalent) situé dans un quartier du centre ville de Toulouse à forte fréquentation d'immigré-e-s. On dit fréquentation, car prétendre qu'Arnaud Bernard est un quartier où habitent des immigrés est de moins en moins vrai.

Au départ, un postulat qui consiste à dire que l'offre de soins en santé tel qu'elle s'organise classiquement (en gros le cabinet libéral ou l'hôpital) est mal adaptée à la diversité et à la complexité des demandes de certains usagers en santé de premier recours. Nous avons l'habitude d'illustrer cet état de fait par un entonnoir par lequel les problèmes médico-socio-administratifs des patients passeraient et au bout duquel le médecin généraliste, seul dans son cabinet, est censé répondre, frisant le «burn out» à moins qu'il ne fasse l'autruche, caché derrière des ordonnances chargées de produits pas très utiles…

Il fallait donc imaginer un autre modèle, s'appuyant sur une équipe pluridisciplinaire (médecins généralistes et infirmiers), capable de répondre à la plupart des demandes en santé de premier recours. Mais ce n'était pas suffisant, car cela ne restait que du soin. La question des inégalités de santé nécessitait une réflexion particulière. Les chiffres montrent bien la corrélation entre inégalités sociales et inégalités face à la santé. « Mieux vaut être riche et bien portant que pauvre et malade » avait dit Francis Blanche…Le système de soins français est l'un des meilleurs au monde, mais pourtant les inégalités de santé y sont parmi les pires d'Europe. Le soin n'est qu'une partie de la santé comme le déclarait l'OMS en 1946.

A coté des médecins et des infirmiers, d'autres professionnels se devaient d'être capable de s'attaquer aux inégalités sociales, tant sur le plan individuel que collectif. A la fois au niveau individuel, des travailleurs sociaux accompagnants individuellement les personnes au niveau social et juridique mais aussi au niveau collectif, des animateurs communautaires capables de créer les conditions favorables à la rencontre, à l'organisation collective, à l'émergence de la parole des usagers. Tout ça ne semblait qu'une utopie : les professionnels de santé et du social ne sont pas là pour faire changer les choses nous disait on !

A « la Case de Santé », on a décidé de tenter, d'expérimenter, de voir où cela nous menait…
Deux médecins généralistes, deux infirmiers, trois travailleurs socio-juridiques, deux animateurs communautaires, une psychologue, un coordinateur. Un dossier médicosocial informatisé et partagé, une coordination des professionnels autour des dossiers patients, (réunions quotidiennes autour des patients du jour, réunions hebdomadaires par discipline et pluridisciplinaires). En parallèle, une activité d'animation communautaire. Voici en quelques mots clés, l'essentiel de l'organisation de « la Case de Santé ».

« La Case de Santé » a une file active annuelle d'environ 900 patients. La moitié sont des habitants du quartier Arnaud Bernard. L'autre moitié entre à « la Case de Santé » par l'intermédiaire d'un des trois programmes spécifiques qui concerne des populations particulièrement touchées par les inégalités de santé :

- Les personnes sortantes de prison
- Les immigrés touchés par des pathologies graves
- Les immigrés âgés

50% des patients de la Case de Santé sont de nationalité étrangère. 35% sont bénéficiaires de la CMUC, 15% sont bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat, 15% n'ont pas de mutuelle, et 7% se présentent sans couverture sociale. Parmi les immigrés, 33% sont sans titre de séjour, 21% ont un titre de séjour précaire (entre 3 et 6 mois), 40% se déclarent sans revenus, 40% en logement précaire. 77% ont un score EPICES[8] les classant en situation de précarité.

Pour illustrer notre action, prenons l'exemple des immigrés âgés, que l'on appelle aussi les Chibanis (« cheveux blancs » ou « anciens » en arabe). Alors qu'ils consultent trois fois moins que les Français âgés, les vieux travailleurs maghrébins souffrent, dès 55 ans, de pathologies observées chez les Français de vingt ans plus âgés. Voila un bon exemple en matière d'inégalité de santé ! En outre, depuis des années, ils subissent les tracasseries administratives, rencontrent des difficultés pour bénéficier de leurs droits sociaux et sont l'objet de suspicions devant les guichets des caisses de retraite, des allocations familiales, du service des impôts, de la Sécurité sociale... A cause des pratiques illégales d'employeurs profitant de leur condition d'immigré, de carrières morcelées, de salaires très bas, de non cotisation à une caisse de retraite complémentaire, de périodes de chômage (les immigrés, premiers licenciés, servent de « soupape » lorsque le marché du travail se détériore), de fréquents accidents ou maladies liées au travail, beaucoup ne peuvent justifier d'années de cotisations, qui ne sont pas prises en compte par les caisses de retraite. En bref, tout un programme !

La mise en place d'un programme autour d'une situation d'inégalité sociale de santé se fait à «la case de santé» *de l'individuel au collectif*. Il s'agit de *promotion de la santé* , seul outil de lutte contre les inégalités de santé. La mise en place d'un programme vis-à-vis d'un public spécifique se fait « sans en avoir l'air », en même temps que l'accueil des autres usagers.

Au niveau individuel, il s'agit d'un bilan médico-social adapté aux difficultés auxquelles le circuit de droit commun ne parvient pas à répondre. Ainsi l'équipe médicale et l'équipe socio juridique ont complété leurs formations initiales pour être en capacité d'intervenir sur les problématiques spécifiques de ces personnes âgées (maladies professionnelles, ruptures familiales, exil, continuité des soins et voyages, outils gériatriques adaptés, bilans nutritionnels…). Nous faisons appel à des interprètes quand cela s'avère nécessaire.

Au niveau collectif, les animateurs communautaires ont mis en place un espace, tous les jeudis dans les locaux de *«la Case de Santé»,* sous la forme d'un « café social » que les Chibanis ont décidé d'appeler *«El Zamane»* (Le temps). Les Chibanis s'y retrouvent autour d'un repas qu'ils préparent ensemble. C'est un espace de rencontre et de solidarité qui permet de combattre l'isolement, de libérer la parole et de mettre en valeur le parcours de vie, souvent d'une richesse remarquable. Enfin de cet espace naissent des dynamiques collectives autour des problématiques médicosociales et administratives qui touchent les Chibanis. Le collectif

[8] Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes-BEH n°14 (4 avril 2006)

« Justice et dignité pour les Chibanis » (www.chibanis.org) est né de cette histoire de rencontre. Ce collectif qui réunit des Chibanis et des acteurs associatifs tente d'alerter l'opinion publique sur la situation des immigrés âgés et de mener des actions de plaidoyer pour améliorer leurs conditions de vie. Le plaidoyer est le dernier volet de la promotion de la santé qui *« a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé. »*[9]

Travailleurs socio-juridiques et animateurs communautaires sont donc les acteurs déterminants d'une pratique de santé « globale ». Ils sont celles et ceux qui révèlent et accompagnent la complexité des situations évitant une réponse curative précipitée, voire inadaptée. Ils sont le pivot de la lutte contre les inégalités de santé avec un objectif de les atténuer au niveau individuel, et, au mieux, quand la mayonnaise de l'action collective arrive à prendre, de les combattre.

[9] Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : une conférence internationale pour la promotion de la santé- Novembre 1986

Chapitre 13

Les personnels non soignants au cœur du dispositif.

Par le Dr Alain Brémaud

Un centre de santé n'est pas qu'un empilement de consultations diverses, fussent-elles de qualité. Les manières d'exercer des professionnels soignants dans ces structures, travaillant en équipe, attentifs aux problèmes sociaux et à l'individu, sont une composante importante de ceux-ci, mais pour que celles ci se réalisent, pour qu'une vraie prise en charge de la personne soit possible, il faut aussi, des personnels non soignants dont le rôle est essentiel.

Qui sont-ils ? Administratives, personnels d'accueil, assistantes sociales, animateurs communautaires, agents de développement social, interprètes, personnels d'entretien : tous contribuent à faire fonctionner le centre de santé et à permettre une prise en charge globale des patients et à faciliter, par leur rôle, les actions de santé publique qu'initient les centres de santé.

Ainsi les personnels de l'administration permettent aux centres de santé de bien fonctionner en assurant la gestion financière, les relations avec les services et entreprises pour l'entretien, les travaux, les réparations, les achats, en aidant à la gestion informatique, en organisant les plannings des équipes d'accueil et leur management, en participant à l'accueil, à la gestion du tiers payant et en contribuant à la réalisation des bilans financiers et d'activités et à l'élaboration des demandes de financements diverses. Dans de nombreux cas, ces administratives participent aux actions de santé publique portées par les centres et aux réunions des groupes de travail sur ces thématiques.

Les personnels d'accueil jouent un rôle dans le fonctionnement des centres de santé mais encore plus considérable, pour ce qui concerne la prise en compte des patients. Ce sont ces équipes, vécues souvent comme une barrière par les usagers, qui sont les premières touchées par l'agressivité de certains patients. Dans ce rôle d'accueil, en dehors de l'organisation structurelle, elles permettent que celui-ci soit convivial pour les personnes malades en respectant celles-ci et en assurant la confidentialité. Elles sont un relais social pour les patients en termes de prise en compte et de valorisation des droits de ceux ci, mais aussi en termes de conseil social. Autant dans le ton et l'expression de leurs demandes et des réponses aux usagers qui se présentent, que dans le contenu de ce qu'elles apportent aux patients, elles jouent un rôle permettant l'adaptation aux demandes, aux besoins d'urgences (avec l'infirmière quand il y en a), garantissant le bon fonctionnement des consultations (gestion des rendez-vous, et des sans rendez vous), en étant attentives aux annulations, à l'état d'avancement des consultations, aux demandes complémentaires des patients. Elles, doivent dans des conditions difficiles (du fait qu'elles sont confrontées à des usagers en souffrance sanitaire et sociale qui vivent mal la raréfaction de l'offre de soins), tenter de régulariser les droits, de renseigner tout ce qui permet le tiers payant sécurité sociale et mutualiste tout en assurant les données de facturation et le paiement quand celui-ci a lieu d'être. Comme les personnels précédents, ceux-ci ont une fonction qui devient spécifique dans l'exercice qu'ils en font en centre de santé. Hormis les particularités évidentes de l'accueil en centre de santé, ajoutons-y le rôle qu'ils jouent dans le fonctionnement des activités de planning, de PMI, d'alcoologie, et aussi la participation qu'ils doivent avoir dans les réunions d'organisation du

centre et de certaines actions de santé publique auxquelles ils peuvent être amenés à contribuer. Ils doivent être tenus informés de celles-ci du fait de leur rôle de relais auprès des usagers de santé et pour être associés à la vie sanitaire du centre.

Les personnels d'entretien, s'ils n'ont pas à voir directement avec les patients, sont garants de l'aspect du centre, de son entretien et chose importante, pour une structure médicale des règles de propreté des locaux, garantissant aussi l'hygiène de ceux-ci.

D'autres catégories de personnels non soignants existent mais, malheureusement, pas dans tous les centres. Leur présence devra être développée vu l'importance des populations en difficulté sociale et en difficulté culturelle et linguistique. Envisageons-en certaines ici :

- Des animateurs de santé communautaire qui peuvent avec les médecins, dentistes, kinésithérapeutes, et infirmiers participer à la réalisation d'actions de santé publique, animer des ateliers avec des groupes d'habitants (femmes victimes de violence, personnes migrantes, problématiques sociales, droits sociaux, prévention) et ceci dans ou hors du centre. Ces personnels peuvent être avec l'équipe d'accueil, un lien entre le médical et le social, et, avec l'accueil et l'infirmerie, participer à la régularisation des urgences et des problèmes sociaux.

- Des agents de développement social liés à l'intégration, contribuant pour certaines communautés fréquentant ou avoisinant les centres, à une meilleure compréhension de ceux ci, jouant un rôle d'interprète, d'aide à l'apprentissage de la langue française de rencontre de la famille, d'accompagnement administratif et social facilitant ainsi l'intégration dans la société. Ces efforts encouragent la démarche de soins, la facilitent et rendent plus efficaces les actions de santé publique.
- Les assistantes sociales, présentes dans un certain nombre de centres, contribuent, elles aussi, à la prise en charge de la population vulnérable socialement. Se saisir d'une demande ou d'un besoin de soins pour favoriser l'accès ou le recouvrement des droits, tel est leur rôle essentiel. Ainsi, elles conseillent, instruisent les dossiers et accompagnent les patients pour des demandes de CMU et AMER, d'aide à la complémentaire santé, toutes démarches difficiles pour un public précaire. Au delà des personnes ayant des problèmes de santé, elles sont confrontées à ceux de logement, d'hébergement, de « papiers » pour lesquels elles tentent de contribuer à des solutions. Leur activité d'accompagnement et de conseil se fait pour des usagers s'adressant directement à elles, ou à la demande de l'accueil, ou adressés par divers soignants (en particulier médecins généralistes, alcoologues, psychologues, infirmières, gynécologues, PMI). Ce travail important, face à la désespérance de nombreuses personnes, justifie travail d'équipe, réunions d'échanges et contributions à des réunions d'information et à des actions de santé publique.

On le voit, pour tous ces professionnels non soignants, l'exercice de leur métier en centre de santé prend une autre dimension à laquelle il faut veiller dans l'intérêt bien compris de ces personnels, des usagers des centres et des centres de santé eux mêmes. Contribuant au bon fonctionnement des structures, ils apportent une dimension essentielle pour la prise en charge globale de la personne. C'est pourquoi il est important de les associer aux réunions de réflexion et d'organisation, de veiller à la circulation des informations dans le centre pour qu'ils en bénéficient et puissent les relayer, d'encourager et de permettre leur participation à certaines phases des actions de santé publique, voire à d'autres activités voisines. Pour cela des formations en interne et en externe sur les spécificités des exercices en centres de santé doivent être initiées régulièrement.

Chapitre 14

La prise en charge de la précarité. L'étude Epidaure.

Par les Drs Frédéric Villebrun et Richard Lopez.

Sommaire du chapitre

1. DEFINITIONS DE LA PRECARITE
- *Précarité*
- *Pauvreté*
- *Exclusion*
- *Inégalités sociales de santé*

2. EVALUATION DE LA PRECARITE
1. 2.1. ..... INDICATEURS HISTORIQUES EN FRANCE
2. 2.2. ..... SCORE EPICES
3. 2.2.1. ..... MÉTHODE DE CONSTRUCTION DU SCORE EPICES
- *Approche socio-administrative de la précarité à partir des droits reconnus*
- *Approche par un score individuel de précarité: le score ÉPICES*
- *Comparaison des deux approches*

4. 2.2.2. ..... RÉSULTATS ET VALIDATION DU SCORE EPICES

3. ETUDE EPIDAURE-CDS : LES CDS ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRECAIRES
5. 3.1. ..... CONTEXTE
6. 3.2. ..... OBJECTIFS
7. 3.3. ..... MÉTHODE
8. • ..... LE CADRE D'ANALYSE GLOBAL
9. 3.4. ..... IMPLANTATION DES CDS
- *Résultats*

10. 3.5. ..... ORGANISATION ET PRODUCTION DES SOINS DANS LES CDS
- *Une histoire ancienne inscrite dans la ville et qui explique l'orientation des projets*
- *Une gamme de service très étendue et diversifiée*
- *Des structures de soins complexes à appréhender sur le plan financier et aux modes de financement variables*
- *L'accessibilité aux soins : une localisation géographique adaptée, l'investissement dans l'accueil, les soins dentaires*
- *Des amplitudes horaires et annuelles étendues*
- *Permanence des soins : des situations très disparates*
- *Des professionnels qui ne font pas que du soin et qui collaborent principalement de façon informelle*
- *Un dossier médical commun rarement informatisé*
- *Motivations professionnelles et difficultés rencontrées*

11. 3.6. ..... POPULATION RECOURANT EN CDS
12. 3.7. ..... PREMIÈRES CONCLUSIONS

4. DISCUSSION
13. 4.1. ..... EXPLICATION PAR LA DEMANDE
14. 4.2. ..... L'INTERACTION ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE DE SOINS
15. 4.3. ..... LA DISPONIBILITÉ DE L'OFFRE
16. 4.4. ..... LA RÉPONSE DU SYSTÈME DE SANTÉ

5. PERSPECTIVES

Depuis leur création, les centres de santé (CDS) ont eu pour principal objectif de faciliter l'accès de tous à des soins de qualité, à la prévention et à l'éducation pour la santé. La réalisation de ce but au quotidien lors de la prise en charge des usagers par les équipes des CDS est permise par une approche globale des problèmes de santé des patients ; elle est inscrite depuis 2004 dans le Code de Santé Publique comme une des missions principales des CDS[10]. La considération nouvelle par les pouvoirs publics de la place des CDS dans l'action de santé publique en France a renforcé l'idée, partagée par certains acteurs des CDS, qu'il était nécessaire d'analyser scientifiquement les caractéristiques internes des CDS et leur rôle dans la santé de la population au sein d'un territoire, comme argumentaire de toute décision politique intervenant dans le champ des CDS.

Dans les années qui ont suivi, le projet de recherche EPIDAURE-CDS porté par la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) a été construit sur cette idée et sous l'impulsion du Dr Richard Lopez, directeur des centres municipaux de santé de Champigny-sur-Marne (Val-de-Marne). L'hypothèse principale de ce projet est basée sur le niveau élevé de prise en charge des populations précaires par les CDS, l'hypothèse secondaire étant que les CDS permettent la réduction des inégalités sociales de santé de la population à l'échelle locale. La question de recherche initiale est la suivante : la volonté permanente des CDS de fournir localement à tous les patients un accès équitable aux soins ambulatoires correspond-elle vraiment à la pratique des CDS et à la réalité du terrain?

L'étude EPIDAURE-CDS a pour objectif principal d'analyser la spécificité des CDS médicaux et polyvalents dans l'offre de soins à l'échelle locale et de déterminer si ces CDS jouent un rôle particulier dans la réduction des inégalités sociales de santé, notamment en facilitant l'accès aux soins primaires, pour les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale.

Après avoir défini la notion de précarité et son évaluation dans une population donnée, la méthodologie et les principaux résultats de l'étude EPIDAURE-CDS seront explicités puis discutés ; enfin suivra un état des perspectives de recherche sur l'évaluation de la prise en charge de la précarité dans les CDS.

1. DEFINITIONS DE LA PRECARITE

- Précarité

Parmi les nombreuses définitions du terme *précarité*, celle communément admise à ce jour fut formulée en 1987 par le père Joseph Wresinski, fondateur du mouvement ATD Quart Monde, lors d'un rapport au Conseil économique et social:
"La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient

[10] Article L 6323-1 du Code de Santé Publique : « *Les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code. Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, à l'exception des établissements de santé mentionnés au présent livre, soit par des collectivités territoriales.* »

persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible.[11] *»*

Pour la plupart des auteurs, la précarité n'est pas un état figé mais un équilibre temporaire qui peut évoluer soit vers plus de stabilité (sécurité du logement ou de l'emploi, par exemple), soit au contraire vers une plus grande fragilité (la grande pauvreté, à l'extrême). Ce moment d'instabilité et de fragilité touchant un individu ne peut avoir ni avenir, ni durée prévisibles. Le concept de précarité s'inscrit dans la dynamique continue permettant à une personne de passer, dans un sens ou dans l'autre, de la stabilité sociale à la grande pauvreté. La précarité économique et/ou sociale se caractérise par le risque de devenir pauvre, l'incertitude qui pèse sur l'avenir, ou les aléas auxquels sont confrontés les individus. Cette précarité peut être choisie ou subie. Par exemple, l'étudiant aux faibles revenus peut néanmoins ne pas être considéré comme une personne précaire car le risque de devenir pauvre diminue lorsqu'on fait des études.[12] Les maladies diagnostiquées qui sont à l'origine de la mortalité différentielle apparaissent ainsi comme des modes d'expression d'un phénomène plus profond que l'on peut appeler la *vulnérabilité* (qu'on emploiera ici par choix dans le sens d'une moindre *précarité*).[13]

Afin de mieux distinguer l'essence et les limites de la précarité, il est nécessaire de définir des termes complémentaires et parfois confondus avec celle-ci. Par commodité, ces notions se trouvent réduites, dans certaines études, à la prise en compte d'une seule de leur dimension : la précarité concerne alors uniquement la position de l'individu sur le marché du travail, la vulnérabilité est le plus souvent associée à la faiblesse des relations sociales (isolement, chômage, inactivité), la grande pauvreté à la privation (de logement, en particulier). Mais ces termes peuvent recouvrir une réalité plus complexe, que nous ne pourrons détailler dans ce chapitre.

- Pauvreté

Historiquement, une personne définie comme pauvre est celle qui reçoit une assistance pour assurer sa survie. L'Union européenne considère comme pauvres, *« les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'Etat membre où elles vivent »* (Conseil des ministres européen, 1984). Cette définition relative et multidimensionnelle présente l'inconvénient d'être peu opérationnelle. Certains auteurs ont considéré qu'il existe plusieurs formes de pauvretés (Simmel, 1907, repris par Paugam, 2005) :

- la *pauvreté intégrée* (à l'instar, par exemple, du Sud de l'Europe) : elle est durable, intergénérationnelle, conduit à un faible niveau de vie mais pas à l'exclusion (l'absence d'emploi peut être compensée par différentes formes d'aides familiales ou sociales) ;
- la *pauvreté marginale* : frange de la population considérée comme inadaptée (« *cas sociaux* »), stigmatisée. Ce sont les *exclus* tels qu'ils sont désignés dans les années 1970. Détenus libérés, délinquants, toxicomanes, handicapés, etc. ;
- la *pauvreté disqualifiante* : elle est perçue comme susceptible de concerner tout un chacun (même si cette déchéance liée à la malchance ou à une conjonction

[11] Wresinski J., *Grande pauvreté et précarité économique et sociale,* Rapport au Conseil économique et social, 1987.
[12] Maric M., Grégoire E., Leporcher L. (IRIS), *La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins,* DREES, décembre 2008.
[13] *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Rapport du Haut Comité de la santé publique, Ed. ENSP, 1998

d'évènements professionnels et/ou familiaux ne se vérifie pas exactement dans les statistiques). C'est une pauvreté considérée comme un cumul de handicaps sociaux et économiques.

Il existe principalement deux méthodes complémentaires d'évaluation de la pauvreté réelle:

- la mesure de la *pauvreté monétaire*, basée sur les revenus du ménage ou des individus ;
- celle de la *pauvreté en conditions de vie* qui prend en compte l'environnement et la situation sociale des sujets.

La pauvreté monétaire *stricto sensu* est réductrice mais présente l'avantage de pouvoir être mesurée par le revenu des individus. L'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) considère aujourd'hui deux seuils de revenu : 1) inférieur à 50% et 2) inférieur à 60% du revenu médian de la population totale. Par extension, la *grande pauvreté* a été définie par l'Insee comme l'état d'un foyer dont le revenu est inférieur ou égal à 33% du revenu médian. Si l'on considère que la pauvreté correspond simplement à un faible niveau des ressources, la précarité peut être conçue comme une situation d'instabilité et de fragilité antérieure à la pauvreté mais comportant suffisamment de risques pour pouvoir déboucher sur celle-ci. En ce sens, il est donc cohérent que les individus en situation de précarité ne se confondent pas avec la population pauvre, même s'ils peuvent, de manière transitoire, avoir à faire face à un faible niveau de ressources. La précarité économique et/ou sociale se caractérise donc par le risque de devenir pauvre, l'incertitude qui pèse sur l'avenir, ou les aléas auxquels sont confrontés les individus.

- Exclusion

L'*exclusion* peut être définie par l'existence d'une rupture des liens sociaux, de l'assistance permettant de se maintenir dans la pauvreté dite *intégrée*. Pour de nombreux auteurs, cette notion de rejet hors de la société semble néanmoins une représentation sociologiquement infondée, qui concentre le regard sur les marges ou en dehors du monde social, en perdant de vue les logiques qui produisent les situations de précarisation.[14]

- Inégalités sociales de santé

Les *inégalités sociales de santé* qualifient les différences sociales d'état de santé dans la mesure où elles concernent un objet socialement valorisé (la santé, le bien-être) et où elles renvoient à une hiérarchie sociale (Aïach et al., 2004). Les disparités constatées (de dépenses de santé, de prise en charge) entre groupes sociaux ne peuvent être considérées comme des inégalités sociales seulement lorsqu'elles ont des effets négatifs sur la santé en rapport avec des relations sociales hiérarchiques. Sinon, il s'agit simplement de différences d'état de santé. Les inégalités sociales de santé sont constatées tout au long de l'échelle sociale, à tout âge de la vie, elles sont plus marquées chez les hommes que chez les femmes ; elles ne concernent donc pas seulement les professions manuelles ou les plus pauvres, même si ces derniers sont particulièrement concernés (Leclerc et al., 2000).[15] Il s'agit d'un véritable *gradient social de*

[14] Aïach P., Fassin D., *L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé,* La Revue du Praticien, 2004 ; 54.
[15] Pascal J., Abbey-Huguenin H., Lombrail P., *Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ?*, Lien social et Politiques, n°55, 2006.

santé, le risque de décès se réduisant tout au long de la hiérarchie sociale, ce qui ne peut pas être uniquement expliqué par les conditions matérielles de vie.[16]

La France, pays à haut niveau de développement et classée première par l'OMS pour son système de santé en 2000, a pourtant les plus fortes inégalités sociales de l'Europe de l'Ouest devant la mort, particulièrement chez les hommes et elles ont tendance à s'accroître ces dernières années. La différence d'espérance de vie à 35 ans, est de sept ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs, alors même que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale. Dans le dernier rapport du Haut Comité de la santé publique sur ce sujet, il est noté en 2009 : *« les inégalités sociales de santé sont systématiques (les différences ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant dans la population), socialement construites et donc injustes et modifiables.(…) Il s'y ajoute des inégalités dans la qualité de vie, conséquences de diverses incapacités. Il existe donc une « double injustice » portant sur la durée de vie, mais aussi sur les conditions de celle-ci. Les inégalités concernent la quasi-totalité des pathologies, des facteurs de risque et des états de santé. (…) Les personnes en situation précaire cumulent les facteurs de risque et les maladies et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres.»*[17] Il est important d'insister sur le fait qu'avec la généralisation de la protection sociale, il y a en France peu de sélection explicite par l'argent pour l'accès aux soins médicaux particulièrement en cas de maladie grave. Même si des études récentes montrent que certaines populations précaires n'ont pas un accès égal aux services de santé, il faut trouver une explication à ces différences de niveau de santé qui sont autres que l'inégalité d'accès aux soins ou que l'inégalité de la qualité des soins. Les inégalités d'espérance de vie n'ont donc pas d'explication strictement médicale.[18]

2. EVALUATION DE LA PRECARITE

La précarité est donc un état dynamique, difficile à appréhender. Les mécanismes par lesquels les inégalités sociales produisent des inégalités de santé sont complexes et loin d'être tous élucidés. De nombreux modèles s'appuyant sur des théories sociales et les résultats de recherches en épidémiologie sociale ont été proposés pour les expliciter (Chauvin, 1998; Mackenbach et al., 2002). Ils intègrent, d'une part, les déterminants «classiques» de la santé des populations et des individus que sont les facteurs environnementaux, sociaux et physiques, les déterminants biologiques, les déterminants relatifs au mode de vie, l'offre de services de santé et les déterminants du recours et de l'accessibilité à ces services, et, d'autre part, des déterminants «intermédiaires» ou «psychosociaux».[19]

2.1. Indicateurs historiques en France

Le repérage des patients précaires, encouragé par l'Inserm puis la CNAMTS depuis les années 1990 en France, a permis de relier la précarité au cadre général des inégalités sociales de santé.

---

[16] Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., Naudin F., Polton D.,« Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen » Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), Questions d'économie de la santé, synthèse, n°92, 2005.

[17] *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, Rapport du Haut Conseil de la santé publique, décembre 2009, p.10.

[18] Rapport du HCSP, 1998 *op. cit.*

[19] Pascal J. *et al., op. cit.*

Certaines études en particulier celles de l'Insee ont une approche par les revenus (ressources financières faibles, bénéficiaires de minima sociaux).[20] Intuitivement, la précarité sociale s'appréhende en pratique clinique par un faisceau d'arguments touchant non seulement à l'estimation des revenus financiers du foyer, mais aussi au niveau d'études et aux conditions de vie d'une manière plus générale (emploi, logement, lien social, droits…). Une formalisation systématisée de ces paramètres, caractérisant des données sociales et éventuellement utilisable en pratique clinique, a été proposée par deux équipes de manière indépendante.

D'une part, au sein des CDS de Grenoble (AGECSA), les médecins ont cherché à évaluer l'impact de la précarité sur le contenu des actes, dans le but de mieux traduire les spécificités de leur action médicale soutenue par les collectivités locales. Ils ont caractérisé les personnes les plus vulnérables dans la population suivie en repérant les patients avec des bas revenus, des conditions de vie difficiles (logement, communication, vie de famille, droits) ainsi qu'une affection somatique ou psychique significative.[21]

D'autre part, au sein des Centres d'examen de santé (CES), à la suite de la publication de l'arrêté ministériel de 1992 (Journal officiel n°218 du 19 septembre 1992), les CES ont conduit, en direction des personnes en situation de précarité, des actions en termes d'état de santé, d'accès aux soins et d'amélioration de leur prise en charge dans le système de santé français. La démarche a abouti à la mise au point d'un score, le score d'Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les CES (EPICES), par le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (CETAF).[22]

2.2. Score EPICES

2.2.1. Méthode de construction du score EPICES

- Approche socio-administrative de la précarité à partir des droits reconnus

Les populations en situation de précarité ont été définies sur la base de critères socio-administratifs : chômeurs, bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI), de la Couverture maladie universelle (CMU) ou d'un contrat aidé d'insertion professionnelle, personnes sans domicile fixe et jeunes de 16 à 25 ans en insertion. Ces populations représentent près de 30% de la population examinée chaque année par les CES. Les données ont été analysées par l'équipe Précarité-Inégalités de santé du CETAF afin d'établir un diagnostic sur l'état de santé de ces populations: tous les indicateurs de comportement à risque et de santé sont perturbés par les situations de précarité, notamment l'obésité, le mauvais état dentaire et le non-recours aux soins.

- Approche par un score individuel de précarité: le score ÉPICES

La précarité telle que définie précédemment repose essentiellement sur la situation vis-à-vis de l'emploi, alors qu'elle a plusieurs dimensions. C'est pourquoi le « groupe ÉPICES » (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les CES) a construit le score individuel de précarité ÉPICES, à partir d'un questionnaire de 42 questions portant sur les

[20] *Une approche de la précarité – données 2004.* Dossier de l'Insee n°136, juillet 2006

[21] Lagabrielle D, Chantalou ML. « Précarité : démographique dans 4 quartiers de Grenoble, prévalence dans l'activité de soins primaires et influence sur le contenu de l'acte médical. » Congrès de recherche en médecine générale, octobre 2003, Paris.

[22] Lagabrielle D., Moulin J-J., *Inégalités sociales de santé: comment repérer la personne à risque avec qui agir,* Revue du Praticien Médecine Générale, 20 ; 744/745, 2006.

différentes dimensions de la précarité: conditions matérielles et événements graves de l'enfance, niveau d'étude, situation professionnelle, revenus, composition du ménage, logement, protection sociale, liens sociaux, loisirs et culture, difficultés financières, recours aux soins, santé perçue.

Les réponses aux 42 questions permettaient de situer chaque individu sur un axe de gradient social lié à la précarité, allant de l'aisance sociale à la situation la plus défavorisée. Ce questionnaire élaboré sur la base d'informations issues de travaux réalisés par le CREDES, le CREDOC, le Conseil Economique et Social et l'INSEE a été administré à 7 208 personnes lors d'une enquête ponctuelle menée en 1998 dans 18 CES pendant un mois. Une analyse factorielle des correspondances a mis en évidence un facteur latent reflétant le niveau de précarité. Les analyses ont montré que 11 questions parmi les 42 résumaient à 91% la position sur l'axe. Une technique de régression multiple a ensuite permis de réduire à ces 11 questions binaires les informations nécessaires pour positionner une personne sur cet axe de précarité, dont l'échelle a été arbitrairement fixée de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximum). Les réponses à ces 11 questions permettent donc de calculer un score individuel de précarité.

- Comparaison des deux approches

L'analyse combinant les critères socio-administratifs de la précarité (première approche) et la précarité selon ÉPICES (seconde approche) montre que le score ÉPICES est plus fortement associé aux indicateurs de mode de vie et de santé que les critères socio-administratifs. La comparaison des deux classifications montre, de plus, qu'il existe des «populations discordantes»: des populations fragilisées socialement et (ou) médicalement, avec un score EPICES élevé et d'importants problèmes de santé, ne sont pas identifiées comme précaires par les critères socio-administratifs. Une seconde étude a porté sur 197 389 consultants de l'année 2002 des Centres d'examens de santé. Les interrelations entre santé, mode de vie, accès aux soins et les deux définitions de la précarité ont été étudiées par des analyses de régression logistique. Les résultats montrent que le score EPICES est plus fortement associé aux indicateurs de mode de vie et de santé que la définition administrative de la précarité.

La comparaison des deux classifications met en évidence des populations fragilisées, socialement et/ou médicalement, qui ne sont pas détectées par les critères administratifs. Ces résultats montrent ainsi l'intérêt du score EPICES pour améliorer l'identification des personnes en situation de précarité présentant un risque accru de problèmes de santé et non reconnues par les critères de la définition socio-administrative.

Après généralisation du score dans le réseau des CES, l'analyse des données recueillies a montré que le score ÉPICES est lié à un grand nombre d'indicateurs, et que ces relations sont « score-dépendantes » et statistiquement significatives :

- indicateurs socio-économiques (profession et catégorie sociale, niveau d'étude, stabilité de l'emploi) ;
- indicateurs de comportements et mode de vie (consommation de tabac, consommation d'alcool, prise de médicaments, psychotropes, sédentarité);
- indicateurs d'accès aux soins (non-recours au médecin ou au dentiste et non-suivi gynécologique);
- indicateurs de santé (perception négative de la santé, obésité, maigreur, présence de dents cariées non traitées, hypertension artérielle, élévation des gamma-GT et du volume globulaire moyen).

2.2.2. Résultats et validation du score EPICES

Les propriétés psychométriques du score ont été testées à l'aide du calcul du coefficient de cohérence interne α de Cronbach. Un coefficient de 0,410 a été trouvé. Cette valeur relativement
basse indique que chaque question du score EPICES a une valeur informative propre et que le score EPICES ne mesure pas seulement une dimension de la précarité mais plusieurs dimensions.
Il s'agit donc d'un outil de santé publique de dépistage de la précarité, qui peut éclairer au niveau individuel la pratique clinique afin de mieux répondre aux besoins et attentes des patients en situation de difficulté. Au niveau collectif, en recherche clinique et épidémiologique, ce score est utile pour le ciblage des politiques de santé publique en direction des publics défavorisés.

Au total, le score ÉPICES est un indicateur simple à utiliser puisqu'il repose sur 11 questions binaires (oui/non). C'est un descripteur multidimensionnel plus à même de mesurer les situations de fragilité sociale et de vulnérabilité que les catégorisations administratives habituellement retenues en France.

3. ETUDE EPIDAURE-CDS : LES CDS ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRECAIRES

3.1. Contexte

Le projet de recherche EPIDAURE – CDS a fait l'objet d'un financement dans le cadre des expérimentations sociales du Haut Commissariat aux Solidarités Actives. La FNCS, promoteur de cette étude, est une association à but non lucratif (loi 1901) qui regroupe depuis près de cinquante ans les gestionnaires associatifs, municipaux et mutualistes de cent cinquante Centres de Santé (CDS) médicaux et polyvalents en France (la grande majorité des collectivités locales gestionnaires de CDS en région Ile-de-France y est adhérente). La FNCS s'est associée au CES de Bobigny pour la partie enquête mobilisant le score EPICES et à l'IRDES pour l'ensemble de la démarche et des différents modules associés.

3.2. Objectifs

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer le rôle spécifique des CDS pour la réduction des inégalités sociales de santé. Il s'agit notamment de mieux appréhender et valoriser les spécificités des CDSen termes d'offre de soins, d'accessibilité sociale, de prise en charge pluridisciplinaire et pluri-professionnelle, d'actions de santé publique pour l'ensemble des habitants d'un territoire de proximité et plus particulièrement pour les personnes en situation de précarité. Cette accessibilité se mesure en termes : géographique (implantation géographique) ; financier (dispositif de facilitation de l'accès aux soins) ; de nature des soins et services proposés (la gamme de soins et services : de prévention et promotion de la santé, pour l'ensemble des habitants d'un territoire de proximité, délivrance de soins aigus, suivi et prise en charge des malades chroniques, coordination et continuité des soins). Dans une perspective plus méthodologique, il s'agit également d'élaborer et de tester une méthode d'évaluation, reproductible et généralisable, de l'adéquation de la réponse des CDS et des formes d'organisation en soins primaires aux besoins de santé des populations, notamment pour des personnes précaires. Cette évaluation a été mise en œuvre sur un échantillon composé de 21 CDS dépendants de 11 centres gestionnaires et couvrant une population d'environ 750 000 habitants.

Objectif spécifiques :

1. Décrire l'implantation géographique et la zone d'attraction des CDS ;
2. Décrire les modalités d'organisation des CDS, notamment pour percevoir en quoi ils facilitent l'accès aux soins ;
3. Décrire les caractéristiques des patients recourant aux CDS d'un point de vue sociodémographique mais aussi eu regard de leur précarité et/ou de leur vulnérabilité sociale au moyen du score EPICES ;
4. Evaluer l'activité et les coûts par le biais des données de consommation de l'assurance maladie.

3.3. Méthode

- Le cadre d'analyse global

L'évaluation, de type cognitive endo-formative, a pour but d'apporter de la connaissance sur les CDS étudiés, et contribue également à placer les CDS et leurs responsables dans un processus réflexif sur les centres, rôles et activités. L'évaluation a été élaborée en concertation étroite avec les CDS dont les représentants participaient tous au comité de pilotage. Ce comité a discuté et validé les choix méthodologiques comme les résultats.

Le cadre d'analyse comprend les dimensions d'environnement, la caractérisation des structures, des processus de travail, la description des populations en termes sociodémographique ainsi que leur consommation de soins. Il s'inspire des modèles classiques d'évaluation des organisations de soins et des programmes de santé et associe des approches qualitatives et quantitatives, permettant d'explorer les hypothèses posées en termes de liens entre implantation, modalités d'organisation des CDS et accessibilité aux soins notamment pour les populations précaires ou vulnérables. Plus précisément, les dimensions explorées faisant l'objet de modules spécifiques sont les suivantes.

- **Module 1** : l'environnement avec l'analyse de l'implantation des CDS, et caractérisation de la population résidant dans les territoires desservis par les CDS ;
- **Module 2** : l'organisation des soins et services que constituent les CDS, comprenant :

a) les caractéristiques des structures : histoire, projet d'activité, l'organisation (gamme des soins offerts et services offerts, horaires d'ouverture, gouvernance), le financement, le système d'informations, l'articulation avec la politique de la ville…,
b) les processus de travail : au sein des centres et avec leur environnement,
c) une analyse de l'activité en médecine générale et une étude des coûts pour l'Assurance Maladie (régime général) : nombre de patients suivis, coûts des prises en charge ;

- **Module 3** : la description des patientèles : les populations qui recourent aux CDS sont elles plus précaires qu'en population générale ? Ces populations ont-elles une consommation de soins différente de la population générale? Et le cas échéant, cette différence est-elle significative à niveau de précarité équivalent entre les deux populations ?

Pour chacune de ces composantes, une ou plusieurs sources de données sont mobilisées ; cette évaluation associe des méthodes qualitatives pour l'analyse des organisations et de la production de soins, et quantitatives pour la description de l'environnement et des résultats en

termes d'accessibilité aux soins des populations précaires, voire de consommation de soins (cette dernière composante correspond au **module 4** du projet EPIDAURE, non encore réalisé).

Au final, le projet s'appuie sur 4 grandes opérations de recherche distinctes et complémentaires. Quatre documents différents en cours de finalisation feront l'objet d'une diffusion plus complète en décembre 2010, nous présentons ici les résultats des modules 1 à 3 indépendamment les uns des autres, la synthèse globale étant élaborée sous forme de conclusion provisoire.

3.4. Implantation des CDS

L'hypothèse est que les CDS sont implantés sur les territoires où habitent des populations plus défavorisées en termes socio-économiques. L'objectif général de ce premier module est à la fois de caractériser l'environnement des CDS et de tester une méthode de définition de la *zone d'attraction* d'un CDS et de caractérisation de la population y requérant en recourant à des informations à l'échelon infra communal.

Les objectifs spécifiques visent à :

- définir l'étendue et la frontière des territoires desservis par chaque CDS;
- caractériser ces territoires au moyen des données des unités spatiales appelées *IRIS* (*Ilots regroupés pour l'information statistique*), petits quartiers de 2000 à 5000 habitants pour les 1800 plus grandes villes ou bien communes entières pour les autres villes, en fonction des grandes caractéristiques sociodémographiques et économiques du recensement de l'Insee. Il s'agit ici d'étudier les caractéristiques sociodémographiques des populations y résidant comparativement à celles résidant dans l'ensemble de la commune, du département, de la région ;
- comparer les centres entre eux au travers des caractéristiques des IRIS et de la population y habitant. On teste ainsi l'homogénéité des centres en fonction des populations des IRIS, dont sont issus les patients qui y recourent. Les centres desservent-ils des territoires à composition socio-économique équivalente ?

L'approche est dite *écologique* dans la mesure où nous décrivons de manière globale la population qui vit dans la zone d'attraction des CDS à partir des données issues du recensement de l'INSEE (2006), la description individuelle des caractéristiques sociodémographiques et de la vulnérabilité des patients des CDS étant réalisée dans le troisième module. Plusieurs étapes ont été nécessaires pour caractériser la population desservie par les CDS.

La première étape, l'Irisage, a consisté à géocoder au niveau d'une IRIS les adresses des patients ayant eu recours aux 21 CDS inclus dans l'étude au moins une fois dans l'année 2007. Cette étape a comporté l'extraction des données administratives des patients ayant recouru en médecine générale ou en dentaire quand il y avait un centre dentaire au moins une fois au cours de l'année 2007.

La deuxième étape a consisté à observer et décrire les résultats de l'Irisage de la file active des CDS. L'analyse a alors porté sur les IRIS, l'enjeu étant d'adopter ensuite une règle permettant de retenir les IRIS pour construire la zone d'attraction.

La troisième étape a consisté à créer une zone d'attraction réunissant les IRIS les plus représentés parmi la patientèle des centres de santé. Il s'agit de créer une zone géographique comparable entre les CDS reflétant l'étendue géographique sur laquelle s'étend la patientèle du CDS. Nous avons choisi de construire une zone d'attraction par rapport à un seuil de patientèle. Afin de définir la zone d'attraction des centres, il a été calculé le *taux de recours* (le *recours* correspondant à un acte de consultation) et le *taux de pénétration* pour chaque CDS en médecine générale d'une part, et en omnipratique dentaire d'autre part. Le *taux de recours* est défini par le nombre de patients provenant d'un seul IRIS et consultant dans le CDS considéré, sur le nombre total d'habitants de cet IRIS. Le *taux de pénétration* correspond au nombre de patients venant d'un seul IRIS qui recourent dans le CDS donné, sur le nombre total de patients dans le même CDS. Il s'agit en fait de la « part de marché » des patients d'un IRIS sur la patientèle totale d'un CDS. Sont ainsi sélectionnés dans la zone d'attraction les IRIS ayant les taux de pénétration les plus élevés et englobant 70% de la patientèle d'un CDS.

La quatrième étape décrit la zone d'attraction ainsi définie avec des indicateurs agrégés au niveau de l'IRIS, et cela pour chaque CDS. Nous avons notamment cherché à caractériser les populations des zones d'attraction par comparaison avec des données relatives à la commune, à la région et à la France entière sur un ensemble de variables des IRIS. Une fois définies les zones d'attraction, nous avons rassemblé les informations issues des IRIS afin de décrire les populations localisées dans les zones d'attraction avec les données socio-économiques de l'Insee agrégées du recensement de 2006. Les indicateurs identifiés comme pertinents pour caractériser les populations en termes sociaux et économiques pouvant être regroupés sous plusieurs thèmes sont les suivants :

- Population (exemples : taux de ménages avec familles monoparentales, taux de personnes célibataires, de personnes divorcées, veuves, taux de personnes seules entre 15 et 24 ans, entre 25 et 54 ans (...), taux de personnes seules de 75 ans et plus, taux d'étrangers, taux d'immigrés, taux de personnes de 14 ans et moins, taux de personnes entre 15 et 29 ans (...), taux de personnes de 75 ans et plus) ;
- Professions et catégorie socioprofessionnelles (PCS) et emploi (taux de chômeurs, d'inactifs, d'agriculteurs, (…), de personnes sans activité professionnelle, taux de salariés en apprentissage, en CDD, en CDI, en intérim, etc.) ;
- Éducation (taux de personnes titulaires d'un baccalauréat, d'un BAC+2, du certificat d'étude (...), taux de personnes sans diplôme, etc.) ;
- Logement (taux de résidences principales occupées par des propriétaires, par des locataires, occupés gratuitement, taux de HLM) ;
- Moyen de transport pour aller travailler (taux d'actifs occupés allant travailler sans utiliser les transports en commun, en les utilisant, allant travailler en 2 roues, à pied, en voiture).

- Résultats

Quelques faits se dégagent après une première analyse globale des zones d'attraction et de leur caractérisation. Les centres municipaux ont en très grande majorité une zone d'attraction qui recouvre presque exactement la commune. Quand il y a plusieurs CDS l'association de leurs zones d'attraction recoupe l'ensemble de la commune. Les centres associatifs sont en général inclus dans la commune, ils reflètent une implantation de quartier et constituent une offre de soins de proximité. On retrouve bien le projet politique communal et sa mise en œuvre effective. Dans l'échantillon des CDS décrits dans l'étude EPIDAURE, les CDS jouent un rôle d'offre de soins de proximité, notamment en médecine générale. Les zones d'attraction pour les CDS ayant une activité de médecine générale recouvrent des nombres d'IRIS différents, allant selon les CDS de 6 à 37 (exemple à Montreuil : figure 1). Les tailles

des populations couvertes vont de 15 000 à 87 000 – maximum pour le centre de Paris (moyenne des tailles de population couverte : 40 000, écart type : 20 000). Les CDS uniquement dédiés aux soins dentaires couvrent en général des zones d'attraction plus étendues que les CDS de médecine générale seule. Les zones d'attractions recouvrent des nombres d'IRIS différents de 8 à 69 (exemple du même CDS à Montreuil : figure 2). Les tailles des populations couvertes vont de 21 000 à 180 000 pour le centre de Paris (moyenne 60 000, écart type 45 000). La population est moins défavorisée. Ce sont bien deux types de services différents qui s'adressent à des populations différentes.

L'analyse des caractéristiques des populations habitants dans les IRIS des zones d'attraction montre des populations soient identiques à la commune et dans ce cas en général plus défavorisées que le département et a fortiori la région (Ivry, Vitry, Malakoff, Nanterre, Montreuil), soit des populations plus défavorisées par rapport aux populations des communes, les CDS ayant été installés pour ces populations ou plus précisément dans des quartiers qui se sont paupérisés comme à Grenoble dans la ville neuve. Les CDS de l'échantillon ont des zones d'attraction qui couvrent globalement des populations plus défavorisées selon les indicateurs du recensement. Sur ces zones l'offre de soins alternative est présente mais avec une densité inférieure à la moyenne nationale. Il est possible que la sous densité en médecins spécialistes puisse s'expliquer dans certains cas par le fait que la présence précoce de médecine spécialisée ait pu dissuader les médecins libéraux de s'installer. La sous-densité étant dans ce cas autant un effet de la présence du CDS qu'une raison de son installation.

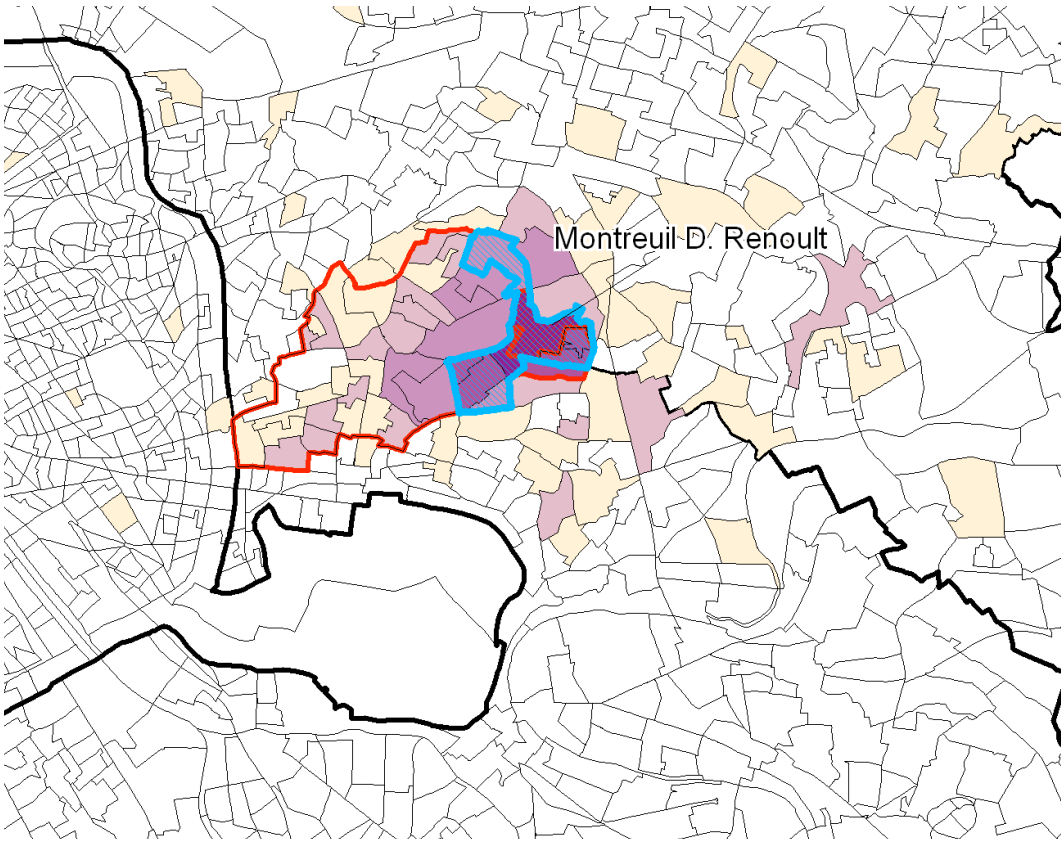


Figure 1 : exemple de zone d'attraction en médecine générale pour le CDS Montreuil D.Renoult (Source IRDES)

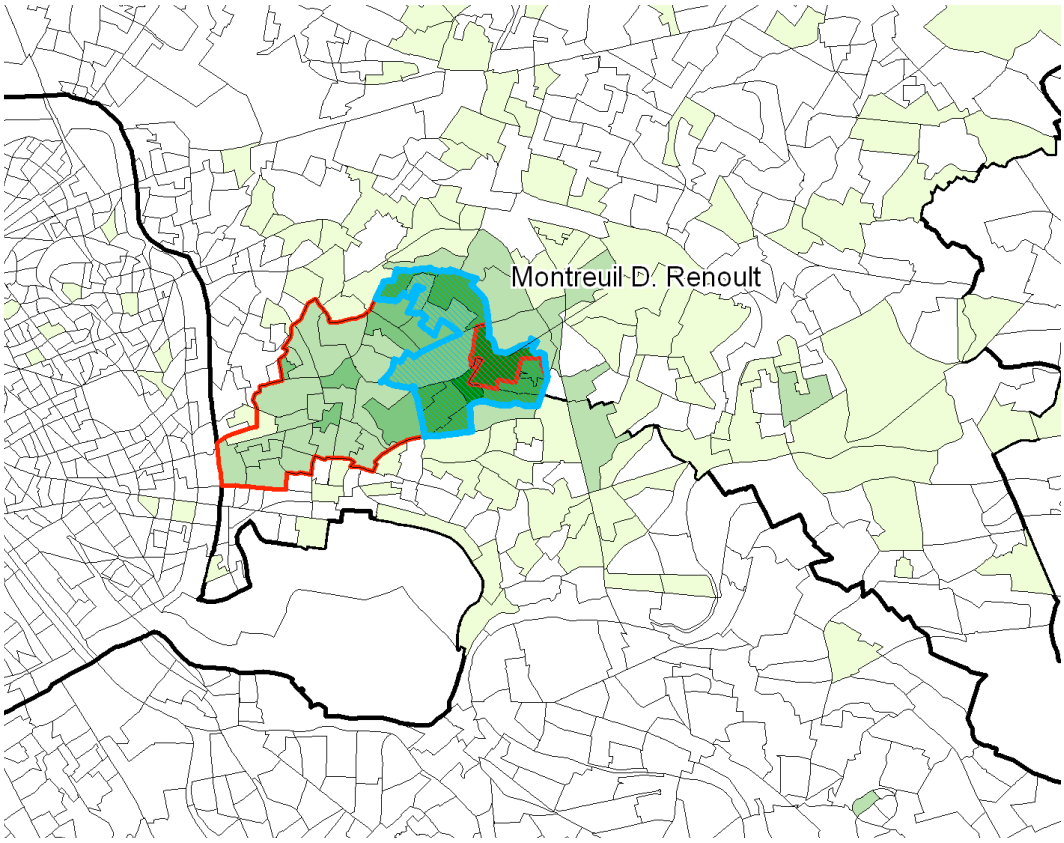


Figure 2: exemple de zone d'attraction en omnipratique dentaire pour le CDS Montreuil D.Renoult (Source IRDES).

3.5. Organisation et production des soins dans les CDS

Ce module a pour objectif principal de caractériser les CDS et leurs modalités d'organisation. Plus spécifiquement il s'agit d'identifier en quoi ces organisations facilitent ou non l'accès aux soins notamment pour les personnes précaires ou vulnérables. L'enquête monographique a été réalisée en 2009 par le biais d'un questionnaire standardisé et administré en face à face par un binôme de deux chercheurs de l'IRDES, au cours d'une visite sur site, auprès des CDS inclus dans l'étude EPIDAURE. Elle permet de décrire:

1) l'histoire, le projet et la gamme des services proposés au sein du centre de santé

2) l'accessibilité : géographique (implantation géographique, cf. module en supra), financière (pratique du tiers-payant pour la partie obligatoire et complémentaire ; tarif conventionnel ; tarifs pour les actes hors nomenclature et notamment en dentaire), dans le temps (horaires et périodes d'ouverture, urgences et permanences des soins) et en termes d'organisation (accueil avec ou sans rendez-vous ; adaptation aux populations particulières…) ;

3) Les professionnels de santé travaillant au sein du CDS et leur organisation de travail :

a) interne : ressources humaines, travail en équipe, temps d'échange;

b) externe : intégration et liens formalisés avec la communauté ;

4) Les moyens et équipements, le système d'information médicale et l'informatisation et son niveau de partage et d'intégration ainsi que le financement du CDS.

- Une histoire ancienne inscrite dans la ville et qui explique l'orientation des projets

Les 21 CDS de notre échantillon sont regroupés au sein de 11 structures gestionnaires correspondant à onze communes différentes. Anciens pour la plupart, ils ont entre 110 et 36 ans, la moyenne étant de 55 ans. Créés comme un service communal pour les plus anciens ou avec le soutien de la municipalité, ils sont conçus comme un moyen d'offrir des soins à la population dans un contexte de pénurie médicale (de nombreux centres ont été créés avant ou juste après la deuxième guerre mondiale à une époque où la l'assurance maladie n'existait pas encore et pendant laquelle les médecins libéraux, comme les services techniques n'étaient pas facilement accessibles aux populations ouvrières. Les CDS sont alors un moyen d'offrir les soins techniques les plus performants aux habitants des communes qui en prennent l'initiative. Les services offerts sont alors très étendus. Les centres créés à la fin des années 70 et au début des années 80, sont conçus également pour apporter des soins aux populations vivant dans les quartiers d'urbanisme en développement, mais ils s'inscrivent plutôt dans une approche communautaire de la médecine et ne développent pas des services d'imagerie, ou un plateau doté de multiples spécialités.

Les CDS, municipaux ou associatifs, ont tous un projet d'activité, d'établissement, à l'inscription territoriale forte (jusqu'à son inscription dans la politique de la ville d'une municipalité), dans une logique populationnelle. Ils hébergent des services de prévention et mènent de nombreux projets de prévention et d'intervention en santé publique en articulation avec la politique municipale et régionale. En outre ils sont généralement implantés, dans des zones défavorisées économiquement, mais aussi en termes de densité des professionnels médicaux et paramédicaux à l'échelon de la commune (sauf Grenoble). Ainsi, l'ensemble des CDS de notre échantillon a été créé à des périodes différentes dans la perspective d'une égalité d'accès aux soins pour tous mais avec des orientations assez distinctes dans le type de médecine proposée en lien avec leur époque. Technique et diversifiée dans le cas des CDS municipaux avec le projet d'apporter la médecine moderne au monde ouvrier avant et après la deuxième guerre mondiale. A orientation sociale, et intégrée à la population avec une participation active de cette dernière à la définition du projet et à la vie des centres à la fin des années 70.

- Une gamme de service très étendue et diversifiée

Les CDS proposent dans l'ensemble, une offre de soins large et diversifiée. Si l'activité de médecine générale est toujours présente dans le centre, elle est parfois peu développée au regard de l'ensemble des services offerts (imagerie, biologie, dentisterie, planning familial, soins infirmiers à domicile, kinésithérapie…). Parallèlement aux soins ambulatoires, et à l'exception d'un seul CDS, ils développent tous des actions de dépistage, de prévention et de promotion de la santé dans et hors les murs. La taille des centres, peut également varier considérablement. On dénombre selon les centres de 18 (centre de Belfort) à 200 (centre de Gennevilliers) personnes différentes employées, la moyenne étant de 86. L'emploi à temps partiel est majoritaire notamment pour les médecins spécialistes, ce qui explique ces chiffres. Enfin, il est également important de noter que les médecins généralistes peuvent être très nombreux pour un faible nombre d'*équivalents temps plein* (jusqu'à 10 médecins généralistes pour deux équivalents temps plein). C'est notamment le cas des CDS qui ont une gamme de soins très étendue et qui offrent un grand nombre de spécialités médicales.

Toutes les communes étudiées, mise à part à Grenoble qui a abandonné cette activité et Belfort, proposent des consultations de soins dentaires dans au moins un de leur centre municipal de santé. Certains CDS proposent des consultations plus rares et onéreuses en secteur libéral, telles que l'orthodontie, la stomatologie et l'orthopédie dento-faciale. Selon les

centres, l'activité de réalisation des prothèses est intégrée à l'activité du centre. Il s'agit alors d'offrir les coûts de prothèses les plus bas possibles. Au-delà de l'activité de base en médecine générale, voire en omnipratique dentaire (non disponible dans seulement deux communes), toujours présente dans les CDS, nous avons pu relever une relative hétérogénéité dans le développement des soins médicaux spécialisées (cf. tableau n°5) ou paramédicaux. C'est ainsi que les spécialités de « premiers recours » comme la gynécologie, la dermatologie, la cardiologie, l'ophtalmologie, l'ORL et la psychiatrie, ne sont pas présentes dans tous les centres. Ceci sans que l'on puisse raccrocher ce phénomène à une éventuelle complémentarité avec la médecine libérale puisque l'offre de spécialistes est très faible même pour les CDS mal lotis en spécialistes libéraux dans leur zone d'attraction (ex. Montreuil Daniel Renoult et Nanterre Parc).

En résumé, les CDS étudiés présentent, malgré une grande hétérogénéité, une gamme de service très étendue pouvant comprendre sur un même lieu un grand nombre de spécialités médicales différentes, mais également un plateau technique d'imagerie et de biologie ainsi que des actions au sein de la population généralement orientées vers la prévention. Ils se distinguent en cela fortement de l'activité traditionnelle en médecine générale tout comme des exemples connus de maisons de santé pluridisciplinaires.

- Des structures de soins complexes à appréhender sur le plan financier et aux modes de financement variables

Les informations relatives aux bilans financiers ont été particulièrement difficiles à collecter dans l'enquête monographique. De fait pour de nombreux centres municipaux, ces informations sont particulièrement complexes à recueillir, voir ne sont pas disponibles en l'état sans retraitement comptable. En effet, plusieurs CDS municipaux sont du point de vue comptable un service de la mairie et ne bénéficient pas de ce fait d'une comptabilité propre. Pour d'autres, de nombreux services comme l'informatique, l'entretien, le gardiennage, la sécurité ou l'accueil des patients sont assurés par des employés de la mairie mis à disposition. Les comptes du centre ne tiennent alors pas compte de ces services. Seuls les CDS associatifs ont une comptabilité spécifique. N'ayant pu consolider les comptes recueillis, les budgets qui nous ont été transmis doivent être interprétés avec précaution. L'éventail des budgets 2007 reflète cependant assez bien l'éventail des tailles des centres, avec un minimum à 1,5 millions d'euros pour le centre de Belfort et un maximum aux alentours de 6 millions pour le centre de Gennevilliers. L'éventail des sources de recettes est également très divers. Certains centres ont principalement une ressource qui leur provient de l'activité clinique comme le centre de Paris, d'autres bénéficient de nombreux financement en lien avec des actions de santé publique (GRSP, FASP, DRASS, etc.) et de subventions municipales. La part de l'activité clinique (recettes d'assurance maladie correspondant aux actes réalisés) dans le budget s'étend de 41 % pour le centre de Vitry à 100% pour celui de Paris. Les soins dentaires plus onéreux (orthodontie, stomatologie et orthopédie dento-faciale) ne sont pas proposés dans tous les centres pratiquant les soins dentaires. Enfin, si la présence des infirmiers est quasi généralisée celle des autres paramédicaux n'est pas systématique.

- Les rôles infirmiers et le secrétariat d'accueil : deux fonctions importantes ;

Le pôle infirmier est généralement une plaque tournante dans l'organisation du centre. Le champ de compétences des infirmières mobilisées dans les centres est relativement vaste. Elles peuvent intervenir dans le cadre d'un service de soins infirmiers à domicile et sont alors en interaction avec l'ensemble des médecins présents sur leur zone d'intervention. Il est également assez courant qu'elles soient mobilisées en soutient de l'équipe médicale pour la réalisation de certains actes (électrocardiogramme, médecine du sport et en médecine générale

en cas d'urgence, pose d'holter cardiaque, assistance en cas de suture, pansements, vaccinations, éducation du patient diabétique, régulation de l'insuline…). Elles sont parfois très impliquées dans la gestion des sans rendez-vous (réponse à la demande voire régulation) et dans les actions de promotions et d'éducation à la santé dans et en dehors des centres. Une autre activité essentielle des CDS est celle du secrétariat qui réalise l'accueil téléphonique et physique, la prise de rendez-vous, le règlement et la gestion des dossiers patients. La stabilisation du personnel d'accueil est un enjeu essentiel qui dépend également de la latitude de la direction du centre à recruter et à former le personnel, parfois imposé par la municipalité.

- L'accessibilité aux soins : une localisation géographique adaptée, l'investissement dans l'accueil, les soins dentaires

Les centres sont généralement très accessibles (métro, arrêts de bus), les centres municipaux étant les seuls signalés au sein de la ville. Tous ne permettent pas le déplacement des personnes à mobilité réduites, principalement en raison de la vétusté des installations. Quand plusieurs centres sont répartis dans la même commune (Grenoble, Montreuil, Champigny sur Marne, Nanterre, Malakoff…) des antennes sont réparties dans les parties les moins accessibles de la commune ou auprès des populations les plus défavorisées. En termes financiers, les CDS ont tous mis en place des facilitations à l'accès aux soins avec : le tiers-payant pour la dépense obligatoire, le respect des tarifs conventionnels du secteur I, l'accueil aux patients sans droit et une importante activité sociale (de l'aide à l'ouverture de droit jusqu'à l'accompagnement social). En outre, les CDS pratiquant de l'activité dentaire ont le plus souvent mis en place de dispositifs visant à facilitant l'accès aux soins : tarification «basses», échelonnement des paiements… Par contre la politique en termes d'application du tiers payant pour la partie complémentaire est beaucoup plus hétérogène. Certains CDS ayant même une pratique très restrictive en la matière, le partenariat avec les assureurs privés étant refusé. Il est à noter que les patients doivent généralement régler leur consultation avant de voir le médecin, ce qui peut constituer un frein à l'accès. Les personnes rencontrées dans les CDS ont confirmé que la pratique est de faire des actes gratuits lorsque le patient n'a pas de droit ouvert.

- Des amplitudes horaires et annuelles étendues

Les CDS adoptent pour la plupart des horaires étendues et s'organisent pour accueillir les personnes sans rendez-vous. La gestion de ces derniers, notamment en termes d'implication du secrétariat étant variables. Certaines disciplines comme le dentaire peuvent connaître des délais d'attente importants et sont conduits à privilégier les habitants de la commune. Les CDS sont ouverts sur des plages horaires relativement larges. En moyenne, un CDS est ouvert 51 heures par semaine. Tous les CDS sont ouverts toutes les semaines de l'année, à l'exception du centre Barbusse à Malakoff et des CDS de Nanterre qui ferment 4 semaines par an. Pour l'ensemble, les CDS sont ouverts 11 demi-journées par semaine et sont fermés le midi. Néanmoins, certains CDS essaient de s'adapter aux horaires de la population et ouvrent quelques midis dans la semaine.

- Permanence des soins : des situations très disparates

La participation à la permanence des soins est dans l'ensemble peu développée pour tous les CDS. Bien souvent, il s'agit de problèmes réglementaires ou législatifs qui sont évoqués, qui relèvent notamment du statut de salarié, et l'organisation pour les médecins libéraux de la permanence des soins. Des arrangements locaux semblent pourtant exister ce qui conduit à des situations contrastées. Alors que certains centres sont très investis dans les services de gardes, d'autres n'ont aucune participation. Seuls trois CDS participent à la permanence des

soins (Vitry, Belfort, Gennevilliers) même si certains médecins généralistes peuvent y participer à titre individuel.

- Des professionnels qui ne font pas que du soin et qui collaborent principalement de façon informelle

Dans tous les CDS, les médecins que nous avons rencontrés mettent en avant la facilité du travail en équipe. Les médecins, généralistes et spécialistes, se donnent des conseils et échangent autour d'un patient de façon occasionnelle et informelle, dans le couloir ou à la pause déjeuner. Ils n'hésitent pas à s'appeler lors d'une consultation pour avoir un avis. De même, il est ressorti que les médecins généralistes n'hésitent pas à demander les avis des infirmières pour les plaies ou des kinésithérapeutes pour la rééducation. Les échanges sont donc principalement informels. Les CDS développent tous des activités de santé publique, qui s'adressent à la population hors consultation dans le cadre d'un programme ou d'une intervention. Ces activités font généralement l'objet d'un projet, d'une animation, d'un pilotage et d'un financement spécifique. Les médecins généralistes assurent, en plus des consultations de médecine générale, des consultations du centre de vaccination, du centre de dépistage anonyme et gratuit du SIDA (CDAG), du centre d'information, de dépistage, de diagnostic et de traitement des IST (CIDDIST), du centre de lutte anti tuberculeux (CLAT). Les temps de médecins généralistes ne sont donc pas entièrement dédiés à une activité générant des actes. Ces actions font bien souvent partie des motivations des médecins pour venir travailler en centre de santé.

L'activité infirmière peut être très diversifiée et comprendre des activités de soins au domicile, ou dans le centre, une fonction de triage, la participation aux actions de prévention dans le cadre du planning familial, des actions d'éducation thérapeutique ou auprès de la communauté dans le cadre d'actions municipales.

- Un dossier médical commun rarement informatisé

Dans tous les centres de santé, le dossier médical est commun à l'ensemble des spécialités médicales. D'une manière générale, il est encore sous format papier. La continuité de l'information entre les différents intervenants est donc garantie par ce dossier commun dont le classement et l'archivage occupe du personnel. Selon les centres de santé, le dossier médical est plus ou moins commun à tous les professionnels de santé. A Grenoble par exemple, le dossier est partagé avec les médecins mais les autres professionnels n'y interviennent pas. Enfin, pour les CDS qui sont informatisés, le dossier médical est commun à l'ensemble des professionnels mais de manière plus ou moins limité. Les CDS ont donc dans leur grande majorité peu informatisé les dossiers médicaux. L'informatisation concerne principalement, la prise de rendez-vous ainsi que le paiement et la gestion du tiers-payant. Cependant, tous les CDS ne disposent pas encore d'équipement informatique à l'usage des professionnels de santé. L'informatisation est généralement dépendante de la politique informatique et des services informatiques de la ville. Il n'y a pas nécessairement de DIM (département d'information médicale) dans le centre et le service est souvent assuré par un informaticien commun à tous les services de la ville. En général, ce sont les médecins chefs qui supervisent l'informatisation. Lorsque le dossier médical commun est en place, il permet un meilleur suivi des patients et il donne la possibilité de faire une évaluation de la pratique médicale, comme c'est le cas à Belfort dans le cadre d'une thèse de médecine.

- Motivations professionnelles et difficultés rencontrées

Les motivations pour l'exercice en CDS, relatées par les personnes rencontrées, sont l'attrait pour l'exercice collectif qui permet de recueillir un avis rapidement quand nécessaire.

L'exercice salarié qui permet au médecin de se consacrer au maximum sur son temps de travail à des tâches médicales, n'ayant pas de comptabilité ou de secrétariat général à effectuer et qui lui prodigue un revenu fixe tous les mois. La relation d'argent avec le patient est occultée. Que le patient puisse payer ou non, il est traité de la même manière par le médecin. Les horaires sont également relativement fixes. Dans les CDS de l'AGECSA, à Grenoble, 90% du personnel sont des femmes. Pour beaucoup d'entre elles, elles ont été séduites avant tout par le confort du statut de salarié, qui leur permet de gérer convenablement leur vie de famille en parallèle de leur travail. Une vocation sociale ressort dans nombre de témoignages. Travailler dans un CDS est un choix. Les professionnels de santé parlent de médecine sociale. Ils s'adressent à une population particulière, précaire qui demande de pratiquer une médecine adaptée. Travailler dans un CDS, associatif ou municipal est pour beaucoup de professionnels de santé un engagement politique fort. Les actions de prévention sont parmi les éléments attrayants qui ont été cités à plusieurs reprises, aussi bien par les médecins que par les paramédicaux. Un plateau technique satisfaisant : tous les professionnels de santé interrogés se disent satisfaits ou très satisfaits du matériel et des équipements mis à leur disposition. Généralement, on retrouve dans les CDS la même technicité et le même matériel qu'en libéral.

Plusieurs points négatifs ont été mentionnés comme la faible évolution salariale : le salaire est attractif pour les jeunes médecins mais il l'est beaucoup moins pour les anciens, dans beaucoup de centres. Dans certains CDS, tous les médecins ont le même salaire, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Les dentistes sont moins rémunérés que les médecins à l'inverse du secteur libéral. Les limites à des coopérations plus étendues sont dues notamment au temps partiel, ce qui explique que certains médecins ne se croisent jamais dans l'enceinte du CDS. La dépendance aux décisions du conseil municipal entraîne des inquiétudes quant au financement et à la pérennité des centres. De plus, les missions du centre sont dépendantes des décisions du conseil municipal. Il y a donc un risque de voir un domaine dans lequel le médecin se sera impliqué finalement retiré du projet médical.

- Des lieux propices à l'innovation

Enfin, les centres de l'échantillon sont pour la plupart des lieux d'innovation continue, aussi bien dans le domaine des actions de santé publiques (actions de prévention, interventions auprès de publics particuliers) que des pratiques (rétinographie, éducation thérapeutique, protocoles spécifiques pour des groupes de patients fragiles…).

3.6. Population recourant en CDS

- La population recourant en CDS : enquête EPIDAURE et comparaison à ESPS 2008.

La troisième opération de recherche s'appuie sur une enquête sociodémographique auprès d'un échantillon d'un peu plus de 14000 patients, de 18 ans et plus, ayant recouru à la médecine générale et/ou à l'omnipratique dentaire dans les CDS entre mars et juin 2009. Elle vise à recueillir les caractéristiques sociodémographiques, dont la précarité, des patients recourant en centre de santé, que nous comparons à celles observées en population générale, l'Enquête Santé et Protection Sociale de 2008 (ESPS 2008). L'enquête EPIDAURE permet de tester également la faisabilité de l'usage du score EPICES au sein des centres en routine. La précarité est calculée au moyen du score EPICES. Le plan de sondage d'EPIDAURE, propre à chaque CDS, comprenant le calcul du nombre de recours à enquêter et le mode de passation des questionnaires, a été réalisé par l'équipe de l'IRDES et validé par le comité de pilotage. Le questionnaire, standardisé, a été administré en face à face par 30 enquêteurs formés par les

porteurs du projet. Les données permettant la comparaison avec la population générale, sont issues d'ESPS 2008, dont une partie des individus est issue de l'échantillon témoin au niveau national, l'Echantillon Permanent des Assurés Sociaux (EPAS), et dont la consommation de soins sur deux années est disponible. L'EPAS est constitué d'une extraction aléatoire, au 1/600ème, des assurés du régime général de l'Assurance Maladie, et des ayants droit qui leur sont rattachés, au cours des années 2006 et 2008. Nous utiliserons également comme témoin les sous-échantillons de l'EPAS correspondant aux assurés résidants dans un département sièges d'un des CDS du projet EPIDAURE (90, 92, 93, 94,38). Elle est mise à disposition du projet par l'IRDES.
Le terrain de l'enquête EPIDAURE a permis de recueillir 23 596 questionnaires correspondant à autant de recours pour 14 857 individus. La participation est globalement inférieure à celle prévue dans le plan de sondage mais reste très acceptable.
L'appariement des recours aux individus et le calcul des pondérations, fonctions des recours totaux de chaque patient, sont en cours de finalisation. Les résultats, provisoires et non pondérés, concernent donc une population de 22 117 recourant pour 15 883 patients distincts dont 12 413 recours en médecine pour 9 486 patients et 6 998 recours en dentaire pour 4 576 patients.

La comparaison à la population générale s'appuie sur un sous-échantillon de l'enquête santé protection sociale (ESPS) comprenant 10 695 individus de 18 ans et plus. Ces analyses laissent apparaître (cf. tableaux 1, 2 et 3) que les caractéristiques des recours/patients auprès des CDS, comparativement à celles de la population générale :

1) Sont d'âge équivalent (47 en moyenne), plus fréquemment des femmes en médecine générale, comme en dentaire (61-60% patients ou des recours vs 52% en population générale), ont un niveau d'éducation moins élevé (20% patients ou des recours ont un niveau supérieur ou égale à deux années après le bac vs 28% en population générale), Cf. tableau 1 ;

2) Ils sont également plus nombreux à se déclarer inactifs (environ 30% vs 7% en population générale). Quand ils sont actifs, ils sont également plus nombreux à se déclarer être à temps partiel, uniquement pour les recourant en médecine générale (23% vs 18%). Ils sont également plus nombreux à déclarer travailler à temps partiel de façon subie (57 vs 43%) en médecine générale aussi bien qu'en dentaire ;

3) Les patients recourant en médecine générale, comme en dentaire, sont moins nombreux à bénéficier d'une assurance maladie complémentaire (79% vs 94), et lorsque cela est le cas plus nombreux à en bénéficier au titre de la CMUC (16% vs 4%), Cf. Tableau 3 ;

4) Surtout, ils sont entre 40% en dentaire et 46% en médecine générale à déclarer un état de santé moyen à mauvais contre 28% en population générale (Cf. Tableau 4) ;

5) Enfin ils sont entre 62-64% à se déclarer précaires, c'est-à-dire avec un score EPICES supérieur ou égal à 30,7, contre 35% en population générale (Cf. Tableaux 5 et 6).

	ESPS 2008 Données pondérées			ESPS - EPAS, 2008 Données pondérées		Enquête EPIDAURE 2009 (20 CDS - hors IVRY) Données brutes			
	Ensemble	Consultations en MG déclarées		Consultations en MG observées		Consultations enquêtées			
						MG		Dentaire	
	% Population (N = 11 903)	% Population (N = 9 970)	% Recours (N_R = 41 027)	% Population (N = 5 016)	% Recours (N_R = 31 429)	% Patients (N_P = 9 601)	% Recours (N_R = 12 413)	% Patients (N_P = 4 583)	% Recours (N_R = 6 998)
Sexe de la personne									
Homme	47,6	44,5	40,0	44,8	38,3	39,6	39,3	40,2	40,8
Femme	52,4	55,5	60,0	55,2	61,7	60,5	60,7	59,8	59,2
Âge moyen (années)	**47,0**	**48,1**	**51,9**	**47,8**	**51,9**	**45,9**	**46,5**	**47,1**	**47,9**
Diplôme le plus élevé obtenu									
Aucun diplôme	12,1	12,2	15,9	13,8	17,5	31,1	32,3	28,9	30,6
CEP	10,3	11,4	15,1	11,6	15,8	6,7	6,6	9,1	9,2
Brevet des Collèges, BEPC, brevet élémentaire	7,0	7,1	7,2	7,1	7,1	7,9	8,0	9,0	8,6
CAP,BEP	27,2	26,6	25,9	29,8	29,3	20,2	20,5	22,2	22,1
Baccalauréat	16,2	15,9	14,2	14,0	12,3	14,5	14,2	15,0	14,2
Baccalauréat + 2 ans	10,8	10,8	8,9	10,9	8,6	6,9	6,4	7,0	7,0
> Baccalauréat + 2 ans	16,5	16,0	12,8	12,8	9,6	12,8	12,0	8,9	8,4

Tableau 1 : comparaison des patients CDS (EPIDAURE) *versus* population générale (ESPS 2008) : socio-démographie, source IRDES (résultats provisoires).

	ESPS 2008 Données pondérées			ESPS - EPAS, 2008 Données pondérées		Enquête EPIDAURE 2009 (20 CDS - hors IVRY) Données brutes			
	Ensemble	Consultations en MG déclarées		Consultations en MG observées		Consultations enquêtées			
						MG		Dentaire	
	% Population (N = 11 903)	% Population (N = 9 970)	% Recours (N_R = 41 027)	% Population (N = 5 016)	% Recours (N_R = 31 429)	% Patients (N_P = 9 601)	% Recours (N_R = 12 413)	% Patients (N_P = 4 583)	% Recours (N_R = 6 998)
Statut socioprofessionnel									
Actifs occupés	60,9	58,4	50,0	61,0	51,1	47,2	46,6	49,3	49,3
Inactifs	39,1	41,6	50,0	39,0	48,9	52,8	53,4	50,7	50,7
Catégories socioprofessionnelles *(Actifs)*									
Agriculteurs	1,7	1,4	1,2	1,4	1,3				
Artisans-commerçants	5,8	5,1	4,3	6,2	4,4	3,3	3,1	3,8	3,3
Cadres et prof intellect	15,0	14,9	12,9	13,5	10,6	9,0	8,4	7,4	7,5
Prof intermediaires	23,7	24,4	22,6	21,8	19,8	6,8	6,4	5,1	4,4
Employés	27,9	29,6	33,0	29,9	35,3	66,5	67,0	72,3	73,2
Ouvriers	25,9	24,7	26,0	27,3	28,5	14,4	15,1	11,4	11,6
Type de contrat de travail *(Actifs)*									
CDI	86,2	86,3	85,0	85,6	84,8	79,2	79,8	80,5	80,9
CDD	7,4	7,7	8,6	7,7	8,8	13,2	12,6	12,9	12,9
Intérimaire	2,6	2,4	2,7	2,9	2,7	4,1	4,3	3,2	3,3
Contrat particulier	3,7	3,6	3,8	3,9	3,7	3,5	3,4	3,4	3,0
Temps de travail *(Actifs)*									
Temps complet	84,0	83,2	80,6	82,6	79,4	77,4	77,5	81,4	80,8
Temps partiel	16,0	16,8	19,4	17,4	20,6	22,6	22,5	18,6	19,2
Choix du temps partiel (*Actifs à temps partiel*)									
Choisi	56,9	56,6	55,6	56,6	52,5	42,8	43,4	44,2	40,6
Non choisi	43,2	43,4	44,4	43,5	47,6	57,3	56,6	55,9	59,4

Tableau 2 : comparaison des patients CDS (EPIDAURE) *versus* population générale (ESPS 2008) : socio-démographie (2), source IRDES (résultats provisoires).

	ESPS 2008 Données pondérées			ESPS - EPAS, 2008 Données pondérées		Enquête EPIDAURE 2009 (20 CDS - hors IVRY) Données brutes			
	Ensemble	Consultations en MG déclarées		Consultations en MG observées		Consultations enquêtées			
						MG		Dentaire	
	% Population (N = 11 903)	% Population (N = 9 970)	% Recours (N_R = 41 027)	% Population (N = 5 016)	% Recours (N_R = 31 429)	% Patients (N_P = 9 601)	% Recours (N_R = 12 413)	% Patients (N_P = 4 583)	% Recours (N_R = 6 998)
Assurance maladie complémentaire (CMUC, Autres mutuelles…)									
Bénéficiaires	93,7	94,6	94,2	95,3	94,9	78,0	78,2	79,1	79,1
Non bénéficiaires	6,3	5,4	5,8	4,7	5,1	22,0	21,8	21,0	20,9
Type d'assurance maladie complémentaire									
CMUC	3,8	3,9	5,0	5,7	8,2	15,8	16,2	15,7	16,5
Autres mutuelles	96,2	96,1	95,0	94,3	91,8	84,2	83,9	84,3	83,5
Médecin traitant									
Désigné	94,1	96,4	98,0	95,9	97,7	94,5	95,0	93,4	93,2
Non désigné	5,9	3,6	2,0	4,1	2,3	5,5	5,0	6,6	6,8

Tableau 3 : comparaison des patients CDS (EPIDAURE) *versus* population générale (ESPS 2008) : assurance, source IRDES (résultats provisoires).

	ESPS 2008 Données pondérées			ESPS - EPAS, 2008 Données pondérées		Enquête EPIDAURE 2009 (20 CDS - hors IVRY) Données brutes			
	Ensemble	Consultations en MG déclarées		Consultations en MG observées		Consultations enquêtées			
						MG		Dentaire	
	% Population (N = 11 903)	% Population (N = 9 970)	% Recours (N_R = 41 027)	% Population (N = 5 016)	% Recours (N_R = 31 429)	% Patients (N_P = 9 601)	% Recours (N_R = 12 413)	% Patients (N_P = 4 583)	% Recours (N_R = 6 99
Etat de santé général									
Très bon	19,4	16,7	9,7	17,0	10,5	12,9	12,0	15,9	15,4
Bon	54,5	54,0	45,5	54,0	45,5	40,1	38,5	44,8	44,8
Moyen	22,1	24,7	34,8	24,0	34,2	36,3	37,5	32,4	32,6
Mauvais	3,4	3,9	8,3	4,4	8,4	8,2	9,2	5,4	5,6
Très mauvais	0,6	0,7	1,8	0,7	1,5	2,5	2,8	1,5	1,6
Prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie au titre d'une ALD									
Oui	15,5	17,8	27,3	18,5	29,5	24,0	25,7	19,3	20,7
Non	84,5	82,2	72,7	81,5	70,5	76,0	74,3	80,7	79,3
Prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie pour un motif autre qu'*ALD*									
Oui	3,7	4,1	6,4	4,5	7,0	6,4	7,0	6,0	6,3
Non	96,3	95,9	93,6	95,5	93,0	93,6	93,0	94,0	93,7

Tableau 4 : comparaison des patients CDS (EPIDAURE) *versus* population générale (ESPS 2008) : état de santé, source IRDES (résultats provisoires).

	ESPS 2008 Données pondérées			ESPS - EPAS, 2008 Données pondérées		Enquête EPIDAURE 2009 (20 CDS - hors IVRY) Données brutes			
	Ensemble	Consultations en MG déclarées		Consultations en MG observées		Consultations enquêtées			
						MG		Dentaire	
	% Population (N = 11 903)	% Population (N = 9 970)	% Recours (N_R = 41 027)	% Population (N = 5 016)	% Recours (N_R = 31 429)	% Patients (N_P = 9 601)	% Recours (N_R = 12 413)	% Patients (N_P = 4 583)	% Recours (N_R = 6 998)
Score EPICES moyen	**25,1**	**24,9**	**27,8**	**25,9**	**28,8**	**38,7**	**39,6**	**36,5**	**37,1**
Minimum	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Maximum	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5	100,0	100,0	100,0	100,0
1er quartile	8,3	8,3	13,6	10,1	13,6	23,1	23,1	21,9	23,1
Médiane	21,9	21,9	24,3	22,5	25,4	37,9	38,5	36,7	36,7
3ème quartile	37,3	37,3	39,6	37,3	43,2	53,3	53,9	49,7	50,9
Score EPICES : non précaires (Score < 30,17) *vs* précaires (Score ≥ 30,17)									
Non précaire	64,7	65,2	59,2	62,9	57,2	35,6	33,7	38,7	37,4
Précaire	35,3	34,8	40,8	37,1	42,8	64,4	66,4	61,4	62,6

Tableau 5 : comparaison des patients CDS (EPIDAURE) *versus* population générale (ESPS 2008) : précarité, source IRDES (résultats provisoires).

	ESPS 2008 Données pondérées			ESPS - EPAS, 2008 Données pondérées		Enquête EPIDAURE 2009 (20 CDS - hors IVRY) Données brutes			
	Ensemble	Consultations en MG déclarées		Consultations en MG observées		Consultations enquêtées			
						MG		Dentaire	
	% Population (N = 11 903)	% Population (N = 9 970)	% Recours (N_R = 41 027)	% Population (N = 5 016)	% Recours (N_R = 31 429)	% Patients (N_P = 9 601)	% Recours (N_R = 12 413)	% Patients (N_P = 4 583)	% Recours (N_R = 6 998)
Vivez-vous en couple ?									
Oui	63,7	63,9	60,9	66,3	63,8	55,0	54,3	55,8	55,9
Non	36,3	36,1	39,1	33,7	36,2	45,0	45,7	44,2	44,1
Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?									
Oui	9,1	9,5	11,0	10,3	12,3	19,0	20,2	14,4	15,2
Non	90,9	90,5	89,0	89,7	87,7	81,0	79,8	85,6	84,8
Etes-vous propriétaire de votre logement ?									
Oui	56,4	57,6	56,6	56,5	56,5	16,1	15,7	18,6	18,9
Non	43,6	42,4	43,4	43,5	43,6	83,9	84,3	81,4	81,2
Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?									
Oui	24,5	24,4	27,3	25,6	28,7	49,1	50,5	46,4	47,0
Non	75,5	75,6	72,7	74,4	71,3	50,9	49,5	53,6	53,0
Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?									
Oui	56,1	56,0	48,2	54,3	47,5	42,7	41,5	41,5	40,1
Non	43,9	44,0	51,8	45,7	52,6	57,3	58,5	58,5	59,9
Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?									
Oui	48,0	48,7	43,6	44,9	40,4	49,3	48,0	54,0	52,3
Non	52,0	51,3	56,4	55,1	59,7	50,7	52,0	46,0	47,7
Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?									
Oui	61,7	62,1	55,4	59,4	53,8	60,4	59,8	62,9	63,0
Non	38,3	37,9	44,6	40,6	46,2	39,6	40,3	37,1	37,0
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?									
Oui	87,5	87,7	85,8	86,5	83,5	88,6	87,7	90,9	90,4
Non	12,5	12,4	14,2	13,5	16,5	11,4	12,3	9,2	9,6
En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?									
Oui	85,5	85,2	82,6	83,8	80,3	70,3	69,0	72,3	71,4
Non	14,5	14,8	17,4	16,2	19,7	29,8	31,0	27,7	28,6
En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?									
Oui	80,5	80,2	77,7	79,1	75,3	68,7	67,2	69,9	68,5
Non	19,5	19,8	22,3	21,0	24,7	31,3	32,8	30,1	31,5
Score EPICES moyen	**25,1**	**24,9**	**27,8**	**25,9**	**28,8**	**38,7**	**39,6**	**36,5**	**37,1**

Tableau 6 : comparaison des patients CDS (EPIDAURE) *versus* population générale (ESPS 2008) : précarité (2), source IRDES (résultats provisoires).

- La consommation des populations recourant en CDS : l'extraction de données de l'assurance maladie sur 2007 et la comparaison à l'EPAS 2006 et 2008.

Une extraction des données de remboursement relatives à la patientèle des CDS, ayant consommés des soins au moins une fois en 2007, a été réalisée auprès de l'Assurance Maladie (CNAMTS) sur la base des numéros du Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) correspondant à chaque centre et pour l'année 2007.

Les analyses du recours aux soins et des dépenses de santé des patients recourant aux centres retiennent les caractéristiques suivantes: l'âge, le sexe, la CMU, l'ALD, le volume et la structure de la consommation (actes). La consommation dans le CDS ou à l'extérieur de celui–ci est également mise en évidence. Les analyses sont présentées au niveau des centres de gestion. Nous comparons les dépenses des assurés dans les CDS, avec celles des assurés de l'EPAS, pour les sept postes de dépenses ambulatoires suivant : médecine générale, médecin spécialisée, soins dentaires, soins infirmiers, kinésithérapie, biologie, pharmacie. Pour les postes de dépense, pour lesquels nous pouvons avoir des non consommants, nous modélisons d'abord la probabilité d'avoir recouru au moins une fois, puis nous régressons la dépense totale uniquement pour les « consommants».

Trois types de modèles sont présentés : le premier teste l'existence d'un « effet global» CDS, avec référence tous départements confondus dans EPAS. Le second modèle teste l'existence d'un « effet global» CDS, avec référence les départements siège de tous les CDS. Le dernier modèle teste l'existence d'un « effet local » de chaque centre de gestion, avec référence le département siège de chaque CDS. Les probabilités de recours sont modélisées après une transformation logistique (modèle Logit). Les dépenses sont modélisées de façon linéaire après une transformation logarithmique afin de « gommer » des effets de sur-dispersion très marqués.

La répartition selon l'âge entre les assurés des CDS ou de l'EPAS est équivalente. L'âge moyen des assurés est de 38 ans (CDS, EPAS 2006 et 2008). La répartition des individus selon les classes d'âge (de 0 à 18 ans, de 18 à 35 ans, de 35 à 50 ans, de 50 à 65 ans et les plus de 65 ans) est la même dans l'échantillon CDS que dans celui de l'EPAS (Cf. Tableau 1). Par contre, la patientèle des CDS est plus féminisée avec 60% de femmes contre 47% dans l'EPAS, résultat déjà constaté par la comparaison de l'enquête EPIDAURE avec l'enquête ESPS. Surtout, le pourcentage des CMUistes est trois fois plus important dans les CDS (19%) que dans l'EPAS 2006 (7%). Enfin, le pourcentage des assurés en ALD est également légèrement supérieur dans les CDS (18% vs 15-16%) : cf. Tableau 3.

Nous pouvons constater les faits suivants :

- le pourcentage de patients exclusifs, c'est-à-dire le nombre de patients recourant exclusivement dans le CDS rapportés à ceux qui consomment exclusivement ou de façon mixte (dans et hors centre), est en moyenne de 47% en médecine générale, pourcentage qui est très variable entre les CDS puisque le minimum est de 35% à Ivry contre 60% à Grenoble. Ce résultat peut correspondre à des styles de pratiques très différents. Ainsi, les médecins rencontrés à Grenoble soulignent leurs efforts pour fidéliser les patients et le temps long passé en consultation;

- ce pourcentage est beaucoup plus important dans les professions/disciplines pour lesquelles les contacts sont répétés comme pour les soins infirmiers (82% de patients exclusifs), les soins dentaires (84%), les soins de masso-kinésithérapie (84%) ;

Si l'on compare le pourcentage de patients suivis exclusivement en médecine générale et les files actives de patients avec les équivalents temps plein en médecine générale, tels que déclarés dans l'enquête structure, on peut se rendre compte que :

- le nombre moyen de patients, de la file active, par ETP, est de 1011 patients par ETP (contre 1 500 par médecin libéral en France métropolitaine, source Système National Inter-Régimes (SNIR) 2006, comme dans l'enquête sur les maisons de soins pluridisciplinaires en Franche Comté et Bourgogne), mais cela masque des disparités importantes puisque le minimum est de 659 à Grenoble et le maximum de 2138 à Champigny ;
- il n'y a pas de lien évident entre pourcentage de patients exclusifs et nombre de patients par ETP. Ainsi le pourcentage de patients « fidélisés », c'est-à-dire suivis exclusivement en CDS ne semble pas expliquer, hormis certains cas particuliers la taille des files actives.

Enfin, il convient de garder à l'esprit que les médecins en CDS consacrent une part de leur temps plein à des activités hors soins, ce qui peut expliquer leur moindre « productivité » en termes d'actes.

Des modélisations des probabilités de recours et des dépenses par poste nous pouvons tirer les résultats, provisoires, suivant :

- le fait d'être « suivi » dans un CDS augmente la probabilité de recourir à la médecine générale (odds ratio=1,4) mais a une influence négative sur la dépense des recourant (sauf pour les centres de Malakoff, la Courneuve, Vitry et Grenoble). Cela est vrai surtout pour les patients exclusifs, c'est-à-dire qui recourent intégralement au CDS pour la médecine générale. Ils ont effectivement une dépense moindre de 35% par rapport aux autres ;
- le fait d'être « suivi » dans un CDS augmente la probabilité de recourir au moins une fois sur la période à des soins infirmiers (OR= 3,7) mais à une influence négative sur la dépense des recourant (- 47%), l'effet de minoration de la dépense se concentrant une nouvelle fois sur les patients « exclusifs » ;
- enfin, le fait d'être « suivi » dans un CDS diminue la probabilité d'acquérir de la pharmacie (OR = 0,7) comme la dépense associée à l'acquisition (- 7%).

Les patients suivis exclusivement en CDS paraissent donc consommer moins de soins de médecine générale, de soins infirmiers et de médicaments.

3.7. Premières conclusions

En conclusion, le projet EPIDAURE, qui constitue une démarche de recherche expérimentale et innovante, s'est développé au travers différentes opérations de recherche, qui ont toutes pu être menées à bout, notamment grâce à l'implication des professionnels des centres dans la mise à disposition, la collecte et l'analyse des données. L'implication des centres et la mobilisation de leurs équipes sur leur temps de travail explique également le retard pris pour la réalisation de cette évaluation. Les différents modules réalisés, dont les analyses ne sont pas à ce jour toutes finalisées mettent en évidence une spécificité des CDS en tant qu'offre de soins dans le secteur ambulatoire. Portés par un objectif d'égal accès aux soins des populations des communes où ils sont localisés, ils sont principalement localisés dans des quartiers, voire des communes économiquement défavorisés. Les services qu'ils offrent en

proximité sont très étendus et diversifiés. A ce titre, les CDS de l'échantillon peuvent être considérés comme des formes très intégrées d'organisation des soins en ambulatoire, offrant simultanément soins préventifs et soins curatifs et dans certains cas associant des interventions en population. L'organisation des horaires, comme de l'accueil paraissent adaptés aux populations qu'ils desservent. L'analyse de la patientèle révèle une plus grande précarité qu'en population générale, traduisant ainsi la capacité des centres à accueillir des patients socialement et économiquement fragiles.

Leur association étroite avec les municipalités, permettent aux CDS d'être associés à la politique santé de la ville. Elle est également la source de contraintes multiples aussi bien en terme gestion des ressources humaines que de gestion informatique.

Très différents selon les services qu'ils offrent mais également, leur taille et les équipes qui les composent les CDS et les pratiques qui s'y développent forment un ensemble très varié. Véritables plateaux techniques et polycliniques intégrées avec de longues files actives dans certains cas et à l'inverse, lieux principalement orientés vers la médecine clinique et le social dans d'autres. L'accès aux soins constitue une valeur commune très présente, particulièrement dans le domaine des soins dentaires. Les services offerts s'étendant bien au-delà des activités traditionnelles de soins rémunérés dans le cadre du paiement à l'acte, les CDS ne peuvent trouver leur équilibre économique dans ce seul cadre. Les déficits qui leurs sont attribués doivent être mis en regard des missions menées, des services rendus comme le maintien d'une offre de soins en zone de sous densité et des activités qu'ils réalisent notamment dans le domaine de la prévention.

Appelés à se moderniser, à l'instar des autres organisations de soins en termes de systèmes d'information et de gestion, ils s'apparentent aux formes intégrées que l'on peut rencontrer dans d'autres pays organisés autour d'organisations similaires ou ayant développés de tels réseaux (USA et Canada notamment). De par leur expérience, leur capacité d'innovation et leurs ressources logistiques, ils paraissent pouvoir constituer des lieux propices à l'innovation, la recherche et l'enseignement dans le champ des soins primaires aujourd'hui en émergence.

4. DISCUSSION

Nous élargissons ici la question à la problématique générale de l'analyse d'un effet supposé des soins sur l'état de santé d'une population. Si peu d'études en population générale permettent d'évaluer objectivement l'effet des soins sur l'état de santé, c'est que l'observation de la corrélation à un moment donné n'est pas interprétable, car l'état de santé est à la fois cause et conséquence du recours aux soins : à une date donnée, on observera que les individus les plus malades consomment le plus de soins. Il est donc nécessaire de disposer de données individuelles longitudinales afin d'observer l'effet d'une consommation de soins aujourd'hui sur l'état de santé futur. Or ce type de données est rarement disponible. La question posée est donc la suivante : les inégalités trouvent-elles leur source dans la demande de soins ou dans la réponse de l'offre ?

Les explications avancées ont été résumées dans plusieurs documents rédigés par l'IRDES, que nous reprenons ci-après.[23][24]

[23] Dourgnon P., Grignon M., Jusot F., « L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? Revue de littérature », IRDES, Questions d'économie de la santé, 43, Synthèse, 2001.
[24] Couffinhal A. *et al.,* Questions d'économie de la santé, synthèse, n°92, 2005, *op. cit*.

4.1. Explication par la demande

Une première explication serait l'existence de barrières culturelles expliquant, au-delà des barrières financières, que les populations les plus pauvres et les moins éduquées ont moins tendance à recourir aux soins ou du moins ont un recours plus tardif, en raison d'une moindre connaissance des filières de soins ou d'un rapport différent au corps et à la maladie.

Les études disponibles suggèrent effectivement que ces différences d'attitudes vis-à-vis du recours aux soins diminuent fortement lorsqu'il n'y a pas de freins financiers, mais qu'elles ne disparaissent pas. Par exemple, à état de santé identique, la consommation médicale totale des bénéficiaires de la couverture maladie universelle ne diffère pas de celle du reste de la population ayant une assurance complémentaire (Raynaud, 2003). Elle reste plus orientée vers le généraliste et la pharmacie, et moins vers les actes techniques et spécialisés (même si l'on observe une accélération du recours aux spécialistes (Grignon, Perronnin, 2003)).

4.2. L'interaction entre l'offre et la demande de soins

Une deuxième voie d'explication réside dans l'existence d'obstacles non financiers opposés, au sein du système de santé, aux patients ayant pris la décision de recourir aux soins. Ces obstacles trouvent leur source dans la disponibilité effective des services pour le patient et dans les décisions des professionnels de santé.

***4.3.** La disponibilité de l'offre*

Théoriquement, la disponibilité de l'offre de soins a un impact sur la consommation de soins, puisqu'une faible densité médicale augmente le coût des soins, par le biais d'un coût de transport ou par le biais du coût d'opportunité du temps, lié au temps d'attente par exemple. De nombreuses études montrent effectivement que la consommation de soins diminue avec la distance ou augmente avec la densité médicale de la zone géographique (Place, 1997 ; Lucas-Gabrielli et al., 2001), mais sans pour autant apporter formellement la preuve de l'effet propre de l'accessibilité géographique, faute de pouvoir contrôler l'ensemble des facteurs de confusion. En France, une analyse des épisodes de soins individuels observe que la densité médicale ne joue pas sur la quantité de recours aux soins, mais influence le fait de recourir plutôt à un généraliste ou à un spécialiste (Breuil-Genier et Rupprecht, 2000). On peut souligner au passage, toujours dans le cas français, que plusieurs études montrent que la distance parcourue par les patients pour se soigner augmente avec le niveau d'étude. Une faible densité de l'offre de soins aurait donc des répercussions plus importantes sur la consommation de soins des personnes appartenant au bas de la hiérarchie sociale. Peu d'études mettent en évidence un lien entre disponibilité des soins et santé. Cependant, Or (2001) montre, à partir d'une analyse multi-niveaux, menée sur le suivi de données annuelles de mortalité de 21 pays de l'OCDE durant vingt-cinq ans, que les taux de décès sont négativement corrélés à la densité médicale, après contrôle par d'autres déterminants de la santé. Ce résultat est confirmé sur données individuelles en France, où la probabilité de décès en 1988 augmente, toutes choses égales par ailleurs, lorsque la densité médicale de la région d'habitation diminue (Jusot, 2004). En outre, la corrélation est plus marquée pour les personnes les plus pauvres (revenu inférieur au revenu médian) (Jusot, 2003).

4.4. La réponse du système de santé

En dehors de la disponibilité effective de l'offre, le système de soins peut apporter des réponses différentes, à pathologie équivalente, selon les caractéristiques sociales des patients. Ainsi, en France, en cas d'hypertension artérielle, les diurétiques sont prescrits plus souvent aux inactifs et personnes au foyer, et moins souvent aux cadres qu'aux autres actifs (Frerot et al. 1999). Ces différences de traitement ne constituent cependant pas nécessairement des inégalités, si elles n'ont pas de conséquences sur l'état de santé ou la qualité de vie. En

revanche, d'autres différences de traitement peuvent sans ambiguité être qualifiées d'inégalités. Dans le cas du SIDA, Gebo et al. (2005) montrent que, aux Etats-Unis, les Afro-américains, les toxicomanes actifs et les femmes ont moins de chance de recevoir un traitement antirétroviral, à taux de CD4 équivalent. De même, après infarctus du myocarde, les noirs ont moins accès au pontage coronarien que les blancs (non hispaniques), après contrôle par le caractère approprié de l'intervention (Hannan et al., 1999). En France, pour le même événement aigu, aucune différence sociale de traitement n'est observée dans la prise en charge hospitalière. En revanche les catégories sociales favorisées semblent bénéficier, en amont de l'hospitalisation, d'un suivi ambulatoire plus spécialisé, plus approfondi, avec des explorations coronaires plus fréquentes (Lang et al., 1998). Comment expliquer ces différences de traitement ? Il peut s'agir d'un comportement « opportuniste » du professionnel, si le mode de rémunération n'est pas identique pour toutes les catégories de population7 et qu'il a dès lors intérêt à en privilégier certaines. Mais cette explication n'est pas valable dans la plupart des systèmes. On peut aussi penser que le professionnel ajuste son « effort » (de diagnostic ou de prescription) au degré d'exigence de son patient. Dans ce cas, les inégalités de soins fournis résulteraient de la faible pression que les catégories sociales les plus basses sont capables d'exercer sur les professionnels. On peut également rendre compte des différences de traitement par la distance sociale et culturelle entre le médecin et son patient, et la qualité de communication qui en résulte, et donc de l'information dont dispose le médecin pour soigner (Balsa et McGuire, 2001). Dans le cas français, Lombrail et al. (2004) voient dans ces inégalités de traitement la marque de l'incapacité du système de santé à envisager la dimension sociale des problèmes de santé qu'il s'agisse d'inégalités par défaut produites par un fonctionnement fondé sur la prédominance de soins curatifs et de la réponse à la demande individuelle (« inégalités par omission ») ou d'inégalités liées à des référentiels ou programmes conçus par les institutions qui méconnaissent et parfois accentuent les inégalités sociales de santé (« inégalités par construction »).A contrario, des expérimentations montrent que le système de soins peut, s'il prend conscience des différences de traitement qu'il met en œuvre entre catégories de patients, agir sur ces différences. Par exemple, une action menée sur quinze mois par une équipe de soins primaires au Royaume-Uni a abouti à réduire fortement les différences entre deux populations de statuts sociaux très différents en termes de couverture vaccinale, de suivi gynécologique et de prévention, voire même dans certains cas à renverser les situations initiales (Marsh et al., 1988).

Même si les inégalités sociales de santé n'ont pas disparu avec la mise en place de systèmes de santé égalitaires et si celles-ci s'expliquent essentiellement par des facteurs sociétaux en amont de l'accès aux soins, il y a donc sans doute aussi une place, dans une politique visant à agir sur elles, pour des politiques mobilisant le système de santé. En effet, même dans les systèmes proposant un accès formel aux soins strictement égalitaire, il subsiste des différences d'accès réel aux soins. Or, dans un contexte d'amélioration de la médecine, les différences résiduelles d'accès aux soins ont sans doute plus de conséquences aujourd'hui sur les inégalités de santé que les fortes différences d'accès aux soins qui existaient auparavant, mais dans le contexte d'une médecine peu efficace (Wilkinson, 1986). En outre, les conséquences des différences sociales de consommation de soins risquent d'être aggravées par le progrès technique, si les catégories les plus favorisées bénéficient davantage des techniques les plus récentes (Deaton, 2002). Par ailleurs, les résultats probants obtenus dans le cadre d'expérimentations semblent par ailleurs conforter l'hypothèse d'un rôle possible du système de soins primaires dans la lutte contre les inégalités de santé.

Dans la deuxième partie de cette recherche, nous présenterons quelques exemples européens de politiques mises en œuvre pour réduire les inégalités sociales de santé. Si elles tendent à

montrer que l'assurance maladie entraîne une augmentation de la consommation de soins, l'effet de cette consommation sur l'état de santé à un niveau global est plus difficile à évaluer d'un point de vue méthodologique. Cependant, l'assurance maladie apparaît améliorer l'état de santé des populations pauvres, notamment par la réduction des maladies infantiles, des problèmes de vision et des risques liés à l'hypertension. D'autres analyses suggèrent un effet indirect de l'assurance maladie : en évitant que les dépenses de santé grèvent le budget, elle permet le maintien de consommations non médicales susceptibles d'avoir des répercussions positives sur l'état de santé, comme le logement ou l'alimentation.

5. PERSPECTIVES

Après la publication prochaine de la synthèse des premiers résultats de l'étude EPIDAURE-CDS, la FNCS, les CDS participants à l'étude et leurs principaux partenaires, l'IRDES et le CES de la CPAM de Seine-Saint-Denis, décideront des axes futurs du projet de recherche - dont l'étude de la consommation de soins des patients de la file active des CDS participants comparées à celle des patients domiciliés dans les zones d'attraction des CDS et ne consultant pas en CDS. Les projets suivants auront pour but de conforter, de valider les résultats déjà obtenus sur la spécificité des CDS, en particulier leur rôle dans la prise en charge des patients précaires.

Pour résumer, l'étude EPIDAURE est une démarche expérimentale et innovante, ayant bénéficié d'un terrain d'enquête réussi, ce qui permet en l'état actuel des résultats, une confirmation de la spécificité des CDS en termes :
- d'implantation (dans des territoires défavorisés),
- d'organisation (inscription dans la politique de la ville, adaptation de l'offre à la demande, organisation intégrées),
- et de population suivie (accessible aux populations défavorisées ou en précarité sociale).

Grâce à cette étude inédite, nous souhaitons que la spécificité des CDS, en particulier leur rôle dans la prise en charge des populations précaires, pourra à l'avenir être mieux reconnue et prise en compte pour les décisions des autorités publiques concernant les CDS et dans les politiques de santé au plan national.

Remerciements à ceux qui ont permis cette étude :

* A la **Fédération Nationale des Centres de Santé :** Brémaud A., Gruer N., Haller I., Houri D., Hermann D., Lopez R., Villebrun F.
* A nos partenaires :
- **IRDES** : Afrite A., Bourgueil Y., Dufournet M., Mousquès J., Pierre A.
- **CES - CPAM de Bobigny** : Michault A.
- **Centre de Santé** participant à l'étude : AGECSA (Grenoble), ADMS (Paris), Belfort, Champigny-sur-Marne, Gennevilliers, Ivry-sur-Seine, La Courneuve, Malakoff, Montreuil-sous-Bois, Nanterre, Vitry-sur-Seine.
* Aux financeurs **: Haut Commissaire aux Solidarités Actives, Conseils régionaux d'Ile-de-France et de Rhône-Alpes, Conseil Général du Territoire de Belfort, Ville de Belfort, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) Ile de France (FIQCS)**.

Chapitre 15

L'Accueil des étrangers en situation précaire en centre de santé : une évidence.

Par le Dr Gilles Lazimi.

Le sujet n'a pas lieu d'être pour nos structures ! Nous recevons tous les patients sans discrimination, sans distinction, et nous assurons le tiers payant et la gratuité, en cas de nécessité. L'accueil des patients bénéficiaires de la CMU et de l'AME est une évidence ! L'accueil de tous et de toutes, fait partie de nos missions, et la prise en charge globale est un objectif que nous nous fixons.

En effet ce sujet est malheureusement d'actualité. Cinq lois sur l'émigration en 7 années, des tentatives répétées de restreindre voire de supprimer l'accès aux soins des étrangers en situation précaire. L'objectif premier de santé publique est sans cesse remis en question, ce qui empêche nombre d'étrangers malades d'accéder aux droits et aux soins. Sans papiers, demandeurs d'asile, détenteurs de titres de séjour provisoires sans garantie de renouvellement, il y aurait en France près d'un million d'étrangers en séjour précaire, dont plus de la moitié en Ile de France.

Leur état de santé est fragilisé par cette précarité administrative. La précarité sociale majeure qui en résulte, à laquelle s'ajoute souvent la crainte de perdre leurs droits ou d'être expulsés, peut rendre les démarches de soins secondaires par rapport aux démarches quotidiennes, administratives et sociales, pour se loger, travailler, se nourrir, vivre.

Une des populations la plus précaire dans notre patientèle se trouve être les personnes migrantes étrangères, en situation de précarité et le plus souvent en situation irrégulière. Ces populations cumulent des difficultés de culture, de langue, de logement, et des difficultés pour l'accès au travail. Personne isolée .... Ils sont exposés à de nombreuses pathologies de la misère et ne bénéficient pas des mesures de prévention. Je citerai pour exemple les prévalences importantes dans ces populations précaires de nombreuses pathologies : hépatite B, SIDA, tuberculose, grossesse à risque, maladies chroniques, diabète, HTA, maladies dermatologiques, et des psycho-traumatismes.

La migration, l'exil, aggravé parfois par des antécédents de violence ou de torture puis par la barrière de la langue, l'isolement, la complexité voire l'inhospitalité des règles du pays «d'accueil» créent une vulnérabilité supplémentaire. La maladie quand elle arrive, fréquemment découverte de façon fortuite, peut être un traumatisme de plus. La protection maladie, à vocation universelle en France, donne droit à tous, y compris aux «sans papiers», d'accéder à l'ensemble du système de soins. Mais souvent, sa méconnaissance tant par les soignants que par les malades, les obstacles grandissants à l'accès aux droits et les différences de représentations mentales du soin et de la maladie peuvent gêner voire retarder la prise en charge médicale.

Reprenons la liste des difficultés rencontrées par les migrants précaires :

1/ Difficultés pour l'accès aux droits, pour l'obtention de l'AME ou de la CMU :

C’est un véritable parcours du combattant pour un migrant précaire maîtrisant mal la langue française, sans accompagnement social ou associatif ou soutien familial. Les discours politiques ambiants empêchent les patients migrants précaires d’accéder aux droits notamment de l’AME. Multiples petits obstacles et diverses modifications pour la demande d’AME ont été entrepris ayant pour finalité de décourager un grand nombre de bénéficiaires potentiels d’en faire la demande ou tout au moins de la retarder avec un risque majeur pour la santé publique. Et des amendements de plus en fréquents visant à restreindre l'accès, voire à le supprimer sont régulièrement proposés à l'Assemblée Nationale par des élus dont l'unique objectif est la désignation de bouc émissaire et aucun cas la préservation de la santé des personnes.

2/ Obstacles à l'accès aux soins directement attribuables aux professionnels :

Les dépassements d’honoraires, et la présence de nombreux médecins secteur 2 dans de nombreuses régions appliquant de tels dépassements rendent impossibles le recours aux soins. Les refus de soins sont attestés par de nombreuses études (les études de Médecins du Monde se sont intéressées au refus de soins des bénéficiaires de l'AME).

3/Obstacles attribuables à l’organisation du système de soins :

Il n’y a pas de place pour une prise en charge globale. C’est la logique du paiement à l’acte. On notera l’absence de temps pour l’écoute mutuelle, la compréhension, l’adaptation des pratiques, ni pour la prévention :
-le travail "solitaire" des généralistes et spécialistes libéraux,
-la nécessité pour les praticiens libéraux de mieux connaître les services sociaux et leurs missions,
-les cloisonnements interdisciplinaires,
-le manque d'informations sur les droits sociaux,
-le manque de disponibilité horaire ou financière pour les médecins libéraux rémunérés à l'acte,
-la méconnaissance réciproque entre acteurs sanitaires et sociaux.

4/ La méconnaissance du système de soins est profonde :

La difficulté à utiliser le réseau de soins et la complexification du système de santé entraine un recours au système de soins en retard, à l’hôpital, avec des ruptures de continuité des soins.

Pour contrebalancer ces problèmes, les réponses des centres de santé passent par l'accès à des soins de qualité des soins pour tous, avec le bénéfice du tiers payant et de la gratuité en cas de CMU et d'AME. C’est une constante et un effort renouvelé par nos structures.

Signalons les principaux points qui font l’intérêt des centres de santé pour l’accueil et les soins des étrangers en situation précaire :

a) Lieu d’intégration : qualité d’accueil et de soin égale pour tous :

- Accueil et prise en charge de tous et de toutes
- Pas de discrimination liée au paiement
- Centre conventionné 1, pas de secteur à honoraires libres

- Pas de dépassement d'honoraires
- Pas de refus de soins
- Tiers payant et accueil des CMU et AME
- Gratuité possible dans l'attente de l'obtention des droits

b) Organisation des centres de santé :

- L'accueil médicosocial,
- Les consultations sur rendez vous et sans rendez vous,
- L'accueil des urgences,
- Structures polyvalentes,
- Le lien avec structures sociales et associations,
- L'interdisciplinarité et travail en réseau, réunion de service et recherche de meilleures alternatives médico-sociales en commun,
- Accueil pluridisciplinaire possible,
- Dossier commun,
- Pas la logique du paiement à l'acte des professionnels médicaux et dentaires,
- Du temps pour une prise en charge globale, pour l'aide à l'accès aux droits,
- Temps, ouverture, écoute, accueil,
- Interprétariat possible,
- Service de soins infirmiers,
- Séances d'éducation thérapeutique,
- L'association soins et prévention : essentielle et encore plus pertinente en direction de ces populations,
- Consultation, soins, bilan biologie et imagerie possible sur le même site.

c) Structures intégrées possibles :

- Centre vaccination de vaccinations,
- Centre de planification,
- Consultation de victimologie gratuite,
- Service d'éducation à la santé.

d) Actions de sensibilisation et de dépistage :

- Action bucco-dentaire,
- Action de dépistage saturnisme,
- Action de sensibilisation concernant la contraception, les IST,
- Dépistage des cancers du sein, du colon,
- Dépistages du diabète,
- Dépistage du mélanome.

Les centres de santé revendiquent l'accès des soins pour tous, et leurs particularités d'accueil de tous patients et de toutes patientes, sans aucune discrimination contribuant ainsi à un meilleur état de santé de tous et de toutes. Ce n'est pas un vain mot dans le climat actuel. Il ne peut y avoir de soins éclairés et de qualité avec une barrière financière ou des difficultés pour l'accès au traitement ou aux examens complémentaires de ces populations en grande précarité.

Chapitre 16

Consultation de psycho-traumatologie en centre de santé.

Par le Dr Gilles Lazimi

Les centres de santé sont des structures polyvalentes ou l'exercice médical est partagé, où le patient est souvent suivi par plusieurs professionnels au sein du même établissement. Le dossier commun, les rencontres et réunions de synthèse permettent au mieux de prendre en charge dans sa globalité le patient et d'améliorer notre pratique.

Dans le centre de santé de Romainville comme de très nombreux autres notamment en Seine Saint Denis, des centres de planifications et /ou de Protection maternelle et infantile sont intégrés, enrichissant encore notre approche et notre suivi des patientes. Lors de nombreuses réunions de synthèses, les histoires des patients étudiées nous ont conduits depuis de très nombreuses années à nous intéresser aux problèmes de violences subies par les enfants pour lesquels un grand nombre de signalements ont été réalisés. Par ailleurs les violences subies par les jeunes femmes et femmes plus âgées se sont révélées être de plus en nombreuses au fur à mesure de notre questionnement et de l'intérêt que nous portions sur ce sujet.

Révélation d'un grand nombre de femmes victimes de violences dans nos consultations et de leurs retentissements en matière de santé, ce fléau et l'importance des données chiffrées ont été confirmées par l'étude de l'Enveff en 2000.

Malgré le Rapport Henrion (2000), et la reconnaissance du problème de sante publique que représentent les violences faites aux femmes, nous, professionnels de santé et du champ social, avons toujours de grandes difficultés à aider, accompagner et prendre en charge les femmes victimes de violences. Tolérance de la société, absence de formation de nombreux professionnels et difficultés majeures des femmes victimes de violences à révéler leur situation.

Quelques données chiffrées sur les violences faites aux femmes en France
* Une femme sur 10 déclare avoir été victime de violences conjugales au cours des douze derniers mois soit 1500 000 femmes par an.
* Un décès tous les 2 jours.
* 150 000 viols par an.
* Problème majeur de santé, augmentation notable de nombre de pathologies médicales liées aux violences subies.
* 25 fois plus de tentatives de suicides en cas de Violences conjugales, 50 % de dépression.
* 1 à 4 années en bonne santé perdue.
* Coût 2 milliards d'euros en France.

Médecins de centre de santé et de PMI nous étions en premier recours d'un grand nombre de femmes victimes de violences, souffrant de très nombreuses pathologies médicales et psychologiques en lien avec les violences qu'elles subissaient et le plus souvent sans soins appropriés notamment médicaux et psychologiques. C'est pourquoi nous avons mis en place des campagnes de sensibilisation contre les violences faites aux femmes en Seine Saint Denis depuis 2004, campagnes coordonnées par la ville de Romainville, l'Observatoire

Départementale des violences envers les femmes de Seine Saint Denis et la Délégation Départementale aux droits des femmes. L'originalité de ces campagnes a été reconnue tant par la presse et que par les institutions et les associations. Pour la première fois une campagne contre les violences faites aux femmes s'adressaient aux hommes, et la deuxième campagne avait pour objectif de sensibiliser sur enfants témoins et victimes des violences conjugales, première campagne elle aussi à évoquer ce sujet !

Lors de la première campagne, sept villes étaient signataires ; elles sont à l'occasion de la dernière lancée le 17 novembre 2009, vingt six villes à s'engager et à mettre en place sur leur cité, affichage, actions de sensibilisation, débats et formations des professionnels sur les violences, afin d'améliorer la prise en charge des femmes victimes de violences.

PREMIERE CAMPAGNE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES
NOVEMBRE 2004 : 7 villes 6 associations, 4 institutions
Mai 2005 :14 villes 6 associations, 4 institutions
DEUXIEME VAGUE Mai 2005 : 14 villes, 6 associations, 4 institutions
TROISIEME VAGUE octobre 2005 : 19 villes 6 associations, 4 institutions

DEUXIEME CAMPAGNE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ENFANTS TEMOINS ENFANTS VICTIMES, 2006-2008
DEUX VAGUE OCTOBRE 2006 et 2007 24 Villes, 6 associations et 2 institutions

Dans les suites de ces campagnes ont été mises en place des études de repérages des femmes victimes de violences en consultations médicales, des études épidémiologiques auprès des jeunes femmes de 18 à 21 ans, une action recherche auprès d'enfants victimes de violences conjugales

La première étude réalisée au CMS de Romainville montre que sur 100 patients interrogées de manière systématiques sur d'éventuelles violences subies :

- Plus d'une sur deux a été victime de violences toutes formes confondues,
- Une sur deux de violences verbales et psychologiques,
- Une sur trois de violences physiques,
- Une sur cinq de violences physiques.

Une nouvelle étude de repérage en consultation médicale a été réalisée en 2007. 51 médecins et 2 sages-femmes ont interrogés 553 patientes :

- Toutes violences confondues 63%,
- violences verbales et psychologiques 62,8%,
- Violences physiques 42,7%,
- Violences sexuelles 17,8 %.

De très nombreuses actions de formations des professionnels ont aussi été mises en place, permettant de mettre en réseau des professionnels formés et enfin des consultations spécialisées en psycho-traumatologies se sont développées sur plusieurs communes de Seine Saint Denis participantes aux campagnes. C'est ainsi que nous avons mis en place des consultations spécialisées gratuites de psycho-traumatologies au sein de notre centre de santé depuis 2 ans assurées par un psychiatre spécialisé et une psychothérapeute. Du fait du travail en réseau au centre de santé, les actions de sensibilisation et les formations des professionnels, l'impact de ces consultations a été d'emblée important et les consultations débordées par l'ampleur de la demande.

Voici un premier bilan sur la période novembre 2008 à septembre 2010 de ces consultations de psycho-traumatismes :

- Consultation gratuite, rapidement insuffisante, débordée par les demandes.
- Trois consultations : une consultation assurée par un médecin psychiatre depuis novembre 2008 2H/semaine et deux consultations assurée par une psychothérapeute depuis octobre 2009 6H/semaine.
- Prés de 150 personnes par année ont été accueillis dans ces consultations.
- 93 % sont des femmes, majoritairement victimes de violences conjugales, d'incestes, de violences au travail, de violences et maltraitances graves dans l'enfance.

Enfin ces consultations répondent à une demande réelle et longtemps insatisfaite. L'amélioration de l'accompagnement de ces femmes, le suivi pluridisciplinaire et l'intégration de telles consultations dans nos centre de santé nous révèle jour après jour que nos centres sont des structures d'avenir pour la prise en charge globale des patients. Ces consultations ont enrichi notre prise en charge des femmes victimes de violences, elles nous permettent de mieux les accompagner, les aider et leur permettre enfin d'être écoutée, comprise et ainsi d'améliorer leur parcours de vie et de santé.

Quelques références :

1/Etude ENVEFF, Rapport Henrion.
2/ Enquête INSEE 2005-2006 cadre de vie et sécurité 2007.
3/Mémoires universitaires 2005, 2008 et 2009 Dr Lazimi, Dr Gazaigne.
4/Mémoire Universitaire DU victimologie Mme Cécile Sarafis.
5/actes des rencontres de l'observatoire départemental des violences envers les femmes de Seine Saint Denis.

La gestion diversifiée des centres de santé

« Quels accords conventionnels en 1985 ? Nous proposons que toutes les formes d'exercice médical soient reconnues et traitées dans des accords conventionnels qui pourraient être négociés avec les organisations syndicales concernées… Le problème de financement des centres de santé doit être réglé de façon juste et précise et la Sécurité sociale doit promouvoir une pratique globale de la médecine. »

Dr Michel Limousin, in Rencontre Médicale N° 20 mai 1984.

Chapitre 17

La Mutualité un organisme social, vivant, complexe.

Par le Dr Catherine Roncin

Les mutuelles se sont constituées sur la base des démarches associatives ; mise en commun de moyens, mutualisation pour assurer la prise en charge des problèmes de santé. Cette démarche de rassemblement a pris une telle ampleur que dès 1898 le législateur bâtit un cadre à ces activités mutualistes.

Aujourd'hui les mutuelles sont régies par le code de la mutualité qui les définit dans son article 1er :

Article L111-1

I. Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Elles acquièrent la qualité de mutuelle et sont soumises aux dispositions du présent code à dater de leur immatriculation dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Elles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Ces statuts définissent leur objet social, leur champ d'activité et leurs modalités de fonctionnement, conformément aux dispositions du présent code.

Les mutuelles peuvent avoir pour objet :

1° De réaliser les opérations d'assurance suivantes :

a) Couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ;

b) Contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés ;

c) Réaliser des opérations de protection juridique et d'assistance aux personnes ;

d) Couvrir le risque de perte de revenus lié au chômage ;

e) Apporter leur caution mutualiste aux engagements contractés par leurs membres participants en vue de l'acquisition, de la construction, de la location ou de l'amélioration de leur habitat ou de celui de leurs ayants droit ;

2° D'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées ;

3° De mettre en œuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires, sociales ou culturelles ;

4° De participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité en application des articles ... et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'Etat ou d'autres collectivités publiques. »

Sous la pression des directives européennes sur les assurances, le code de la mutualité est refondé en 2001, il consacre, en particulier, la séparation des activités assurancielles de complémentarité santé (livre II du code de la mutualité) et des activités de gestionnaire de

réalisations sanitaires et sociales (livre III du code de la mutualité) ; ainsi ce qui avait mis 150 ans à se construire dans le rapport entre la gestion du risque santé et l'intervention sur le champ de l'offre de soins pour interagir sur ce déterminant de la santé a été sacrifié sur l'autel des règles du marché international des assurances.

Toujours portée par les règles associatives de son fonctionnement, la mutualité dans ces nombreuses composantes reste un vecteur de la démocratie sanitaire. Néanmoins elle est prise dans l'engrenage marchand et assuranciel d'une gestion du risque toujours plus gourmande. Cet « affaiblissement » face aux appétits des assurances renforce ceux qui rêvent de voir s'effondrer notre système solidaire de sécurité sociale.

Un engagement historique dans le sanitaire et social par la création « d'œuvres sociales »

L'expérience mutualiste dans le champ dans le champ de la santé est originel, son implication dans celui des centres de santé s'est développée dans le prolongement du programme du Conseil National de la Résistance en 1945 au moment où la mutualité s'est vu confier un rôle complémentaire à celui de la sécurité sociale dans le domaine de la santé, notamment en terme d'innovation et de rassemblement.
L'intelligence concrète et pratique de personnalités engagées avec leurs convictions dans des projets cherchant à résoudre la délicate équation des inégalités d'accès à la santé en s'appuyant sur la réponse aux besoins des populations, a conduit la mutualité à investir le terrain de l'offre de soins. Les Bouches du Rhône constituent dans ce contexte l'exemple le plus abouti de réseau de santé intégré dans lequel les centres de santé occupent une place centrale. Modestes comme il se doit les acteurs de cette aventure ont dessiné un concept de centre de santé mutualiste qui résiste au temps.

Centre de santé mutualiste un parcours singulier

La conception des centres de santé mutualistes trouve son fondement dans la convergence d'opportunités historiques ; trois éléments fondateurs peuvent être mis en avant :
➔ **Les traditions mutualistes** : A Marseille comme dans d'autres régions, les Mutuelles ont organisé, dès le XIXe siècle, la distribution de soins médicaux à leurs adhérents. La forme alors la plus répandue est celle du dispensaire où des infirmières ou médecins viennent exercer bénévolement pour offrir des soins gratuits aux plus démunis ; la mutuelle collectant les fonds auprès de ses membres et sympathisants pour acquérir les locaux et les faire fonctionner.
➔ **Les missions confiées à la mutualité en 1945** : le législateur à la fin de la 2ème guerre mondiale confie à la mutualité un rôle complémentaire à la sécurité sociale, tant pour la prise en charge des dépenses de santé que pour la distribution des soins. Ces missions renvoient à la définition de la santé alors portée par l'OMS : « *un état de complet bien être physique, mental et social, ne constituant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Par ailleurs le code de la mutualité permettait de créer des sociétés mutualistes d'entreprise tenues de travailler avec les Comités d'Entreprise pour la gestion des œuvres sociales créées dans les entreprises. C'est sur sa capacité d'innovation « *pour ouvrir la voie à des réalisations sociales nouvelles* » que reposait, dès lors, la mission de la mutualité.
➔ **Le besoin d'adapter l'exercice médical aux évolutions techniques, scientifiques et sociales pour mieux répondre aux attentes des médecins et des malades** : les évolutions scientifiques et technologiques combinées à la formidable avancée sociale constituée par la sécurité sociale, contribuent à une spécialisation grandissante de la médecine et un

développement des outils de diagnostics qui demandent des investissements importants. Un groupe de médecins (les fondateurs de la Maison Blanche autour du Dr J.F REY), portés par leurs convictions sociales « utopistes » et leur envie de faire de la médecine autrement : pas isolé et de manière pluridisciplinaire, pour d'emblée rompre le cloisonnement des pratiques (y compris entre ambulatoire et hospitalier, puisque les premières expériences s'adossent à des établissements de santé) s'engage dans une pratique ayant pour fondements :

- La suppression du lien d'argent entre le patient et le médecin
- L'alignement de leurs honoraires sur des tarifs d'autorité (différents des tarifs syndicaux appliqués alors) pour la consultation. La rémunération se faisait à l'acte mais constituait une masse commune répartie ensuite entre les intervenants.

Le substrat historique et les étincelles de projets nés de la période sombre de notre histoire collective qui venait de s'achever, ont allumé un feu. Sans doute chaud, vibrant et violent dans ces premiers instants, les acteurs de cet incendie ont su le maîtriser comme on conduit le feu dans l'âtre ou dans le fourneau de la cuisine.

Une confrontation, équipe médicale / mouvement mutualiste, féconde

Les deux projets coexistant dans des territoires proches ne pouvaient que se rencontrer :

- D'un coté une équipe de médecins porteurs d'un projet sanitaire à dimension sociale, qui veulent mettre à la portée de leurs patients une médecine de famille de qualité. C'est en 1953 que le Dr Jean François REY rejoint le Dr Jean MARROT qui vient d'installer, au rez-de-chaussée d'une clinique « la Maison Blanche », une équipe pluridisciplinaire de 5 médecins généralistes, un ophtalmologiste, un ORL et un chirurgien. Trois plus tard fort du succès de cette première expérience, cet équipe de bâtisseurs composée de : Jean MARROT, Samuel CLERC, Lucien TICHADOU, Jacques BESSON, Philippe MORELLI, et Jean François REY se lance dans un complexe médical comprenant cabinets de spécialistes et de généralistes, laboratoire d'analyse, service de radiologie et 57 lits d'hospitalisation sur le site de La Feuilleraie acquis grâce à l'investissement des patients constitués en association : « les amis de la médecine sociale » ;
- D'autre part un mouvement mutualiste occupé à répondre aux besoins d'accès aux soins de ses membres et de la population dans des territoires où les inégalités d'accès aux services de santé étaient criantes : le service public hospitalier ne couvrait qu'un tiers de l'offre de soins, il fallait parcourir des dizaines de kilomètres pour consulter un spécialiste. Déjà après la première guerre mondiale, la mutualité des Bouches du Rhône avait créé la clinique mutualiste de Bonneveine. Mais le point de départ des centres de santé est donné en 1936 par l'initiative d'un dirigeant syndical Lucien MOLINO qui créé en même temps une mutuelle et un lieu de consultation. Mis entre parenthèse pendant la seconde guerre mondiale parce que « hors la loi » la mutuelle et le dispensaire renaissent à la libération (dans la Casa d'Italia, à Marseille, réquisitionnée pour la cause). C'est le Dr Gaston CROUZET qui fait alors accepter le dispensaire et les prises en charge mutualistes par les libéraux.

La rencontre de ces projets, il y a plus de 50 ans, a conduit les acteurs : Jean François REY et Louis CALISTI (président de l'Union départementale des Mutuelles de travailleurs en 1957) à trouver concrètement les moyens de bâtir une réponse, épaulée quelle était par le mouvement social ; syndicats, collectivités locales et les patients organisés en association.
Il est paradoxal de constater combien les questions posées, alors, restent d'une actualité particulièrement pertinente…

Dès lors que les ingrédients étaient réunis, la structuration de ces projets a pris une forme comportant des éléments communs à tous les centres de santé et qui font leur spécificité dans le système de santé et des éléments typiquement mutualistes :

▶ Eléments communs à toutes les formes de centres de santé :

❖ Unité de lieu et unité temporelle ; c'est-à-dire la présence dans un même moment et au même endroit de médecins généralistes, médecins spécialistes, professionnels paramédicaux, plateau technique… ce que l'on peut résumer par proximité et polyvalence,

❖ La non lucrativité, une pratique médicale de qualité et des praticiens salariés ; c'est-à-dire l'absence de lien d'argent entre le médecin et son patient. La mise en place d'un tiers payant conventionné avec les caisses d'assurance maladie permet le paiement des actes à la structure. De plus pour les patients adhérents de la mutuelle gestionnaire (ou par convention) ; le tiers payant sur le ticket modérateur (le reste à charge du patient) ou la part complémentaire peut aussi être activé ; le patient mutualiste se trouve alors en situation de non avance d'argent… lorsqu'il vient consulter son médecin ou faire un examen dans son centre de santé.

❖ Une pratique d'équipe autour du patient avec le dossier médical mis en commun qui facilite la prise en compte de l'environnement naturel du malade,

▶ Eléments spécifiques à la gestion mutualiste :

❖ Proposer une alternative globale à l'exercice libéral de la médecine, tout en conservant, de cette pratique, les fondements qui en font la valeur ; secret médical, libre choix du médecin par son patient. Ainsi le médecin généraliste de famille a pris une place centrale, avec un exercice qui assure la continuité des soins avec consultations et visites à domicile, gardes… L'organisation en équipe permet une prise en charge du patient même en l'absence du médecin habituel. Cette place centrale s'est traduite par une rémunération à la fonction des médecins généralistes.

❖ L'adhésion mutualiste est volontaire, ils choisissent et cotisent pour des prestations. Les responsables mutualistes sont donc tenus de prendre en compte les desiderata des mutualistes. Cette dimension guide le comportement du gestionnaire mutualiste.

❖ C'est l'idée que les centres de santé sont faits pour rendre service aux malades qui prévaut. Or ce sont les médecins qui les connaissent le mieux. Par conséquent les centres de santé sont sous la codirection d'un médecin directeur (généraliste) et d'un représentant du gestionnaire (responsable administratif). Il s'agit d'une structuration permanente qui se reproduit à chaque échelon de prise de décision permettant le dialogue entre les médecins et le gestionnaire.

Ainsi de projets partagés en réponses adaptées aux besoins de santé des populations la mutuelle a su rassembler autour du concept de centre de santé suffisamment d'acteurs locaux pour développer un véritable réseau sanitaire présent dans 15 localités du département.

L'écologie sanitaire à l'ordre du jour

Cette confrontation permanente entre l'équipe médicale et le mouvement mutualiste donne un relief particulier à l'implication des praticiens dans la lecture de l'environnement de leurs patients. La recherche des causes met en évidence des problématiques de prévention fortes sur des facteurs d'origine environnementale au premier rang desquels figurent la santé au travail et les conditions de vie et de logement. Des actions associant médecine du travail, CHS CT, mutuelles, patients et pouvoirs publics émergent ainsi à partir des observations faites en cabinet et avec les patients.

L'expérience la plus aboutie est celle du Système d'Information Concret où le risque présent dans l'environnement était cartographié à partir de « l'expertise brute » des patients sur leur situation concrète au regard du risque. Ces éléments étaient « validés » par le praticien dès lors qu'une atteinte à la santé était constatée. La diffusion de ces informations aux décideurs et acteurs sociaux présents sur le territoire permettait un meilleur repérage des atteintes d'origine professionnelle par l'ensemble des médecins et l'engagement d'actions correctives en mesures de prévention. L'Observatoire Local de la Santé de la ville de Martigues poursuit cette veille sur le territoire à destination des décideurs et des praticiens de la localité. L'Observatoire Régional de la Santé PACA développe lui sur la base de cette démarche un système d'information en ligne à l'attention des médecins généralistes pour les sensibiliser aux risques d'origine professionnelle.

L'implication du patient comme responsable de sa santé est allée un peu plus loin. Au-delà des décideurs et acteurs du territoire sensibilisés à la présence de risques dans l'environnement le projet évolue en donnant au patient les outils pour communiquer auprès de son entourage et des personnels soignants qu'il pourra être amené à rencontrer. Le patient exposé, lui-même, devient un vecteur de l'information sur les environnements nocifs auxquels il a été confronté.

Les circonstances particulières de la fermeture des chantiers navals de La Ciotat et celles de la réparation navale marseillaise ont incité les équipes médicales impliquées avec le concours des acteurs mutualistes à s'engager pour préserver la mémoire des expositions pour des pathologies dont on connaissait les effets à long terme. Issu d'un travail de connaissance partagé, de mémoire et de mise en forme le « Carnet d'exposition amiante » permet aux salariés exposés à l'amiante de porter par devers eux la connaissance de leur exposition afin de la transmettre aux opérateurs de santé. Ce travail de mémoire constitue un formidable outil d'aide à la reconnaissance de la maladie pour tout ceux qui ont été exposés et qui se trouvent aujourd'hui en retraite ou dans d'autres emplois. Il a facilité les regroupements en association et les actions mutualisées pour la reconnaissance des droits : retraite anticipée amiante, faute inexcusable de l'employeur… Les maladies professionnelles de l'amiante restent dans les Bouches du Rhône la première maladie professionnelle reconnue avec les TMS.

Dans d'autres secteurs géographiques (Aix – Gardanne) c'est l'environnement social qui se trouvait au cœur des préoccupations des équipes des centres de santé et des groupes mutualistes ; en avance de quelques années sur la sécurité sociale, le carnet de santé – avec les repère des examens, vaccins et messages de prévention personnalisés – était remis aux patients par leur médecin du centre de santé. Avec le carnet santé de la sécurité sociale, le médecin référent-coordonateur, puis le médecin traitant dans le parcours de soins cette démarche d'accompagnement dans la responsabilisation autour de sa santé se poursuit avec la coordination des soins. La sensibilisation individuelle s'est, elle, accentuée autour du dépistage des 5 cancers les plus fréquents ; les populations à risque étant suivies de manière particulière avec un outil de type carnet.

Evaluation des besoins sanitaires de la population

Cette complémentarité équipe médicale et gestionnaire mutualiste, nourrie de la réalité de terrain et en prise directe sur une évaluation des besoins, a conduit à la création de la Mutuelle Solidarité. Initiative développée à l'échelle de l'ensemble du réseau mutualiste des Bouches du Rhône, cette mutuelle étaient destinée (5 ans avant la CMU) à permettre à tous les bénéficiaires du RMI d'accéder à une couverture complémentaire ; le Conseil Général

finançant principalement ce dispositif. Paradoxalement le montage généralisé de la CMU a plutôt contribué à une mise en retrait du mouvement mutualiste alors qu'il était, en tout cas dans les Bouches du Rhône, innovant sur cette question…
La population qui fréquente les centres de santé est quant à elle à l'image de la population qui réside sur les territoires. On observe toutefois une légère surreprésentation des bénéficiaires de la CMU sur les activités dentaires… Cette typologie des patients est le reflet d'une mixité sociale facteur d'intégration qui confère aux centres de santé une place à part entière dans la cohésion sociale. Acteurs, au sein des Ateliers Santé Ville, certaines équipes arrivent encore à faire reconnaître leurs initiatives en direction des populations les plus fragiles par les Contrats Urbains de Cohésion Sociale.

Tiers payant intégral

Dans cette observation permanente des besoins de la population à travers l'activité du centre de santé et la couverture complémentaire, la dimension « argent » dans l'accès à la santé reste d'une actualité prégnante. Les études aujourd'hui indiquent que près de 30% de la population renonce à de soins au motif de leur coût. Le tiers payant reste la vraie mesure de différenciation des centres de santé dans un environnement « marchand » qui établit et module les tarifs à l'envie. Toutefois chaque Loi de Finance de la Sécurité Sociale rogne un peu plus sur le reste à charge. Le système de tiers payant intégral : Régime obligatoire + Régime complémentaire, inventé et mis au point en centre de santé mutualiste fait disparaître le lien d'argent et contrairement à ce que peuvent en dire ses détracteurs, le tiers payant ne s'avère pas plus inflationniste que le secteur libéral, au contraire. La pratique en centre de santé apporte aux patients plus de sécurité : les enquêtes réalisées auprès des patients montrent que ce qu'ils identifient le mieux comme différence avec la pratique libérale c'est le dossier médical : ils voient que leur dossier les suit d'un médecin à l'autre… l'autre grande différence c'est le tiers payant et le non dépassement de tarif. Aujourd'hui à part les gestionnaires qui en assument la charge, personne ne veut reconnaître la gestion du tiers payant comme un service offert à toute la population et qui devrait être aidé. Il se trouve encore des adversaires militants dans le monde libéral pour s'opposer au développement du tiers payant, pourtant les spécialités techniques (radiologie, laboratoire) et les paramédicaux le pratiquent régulièrement. Certains opérateurs ; les pharmaciens par exemple, sont même tentés d'en facturer une part aux organismes complémentaires. Et pendant ce temps là, l'assurance maladie explique encore que le tiers payant est un avantage concurrentiel pour les centres de santé… au prix que cela coûte il n'y aura bientôt plus de concurrence possible : les centres de santé seront redevenus des dispensaires.

Mode de gestion : le triptyque mutualiste

Pour revenir aux Bouches du Rhône chaque centre de santé a sa propre histoire et c'est l'union mutualiste qui fédère sur le territoire départemental la gestion d'un véritable réseau sanitaire et social : avec des centres de santé (12 centres de santé polyvalents et 11 centres de santé dentaires), et également des centres optiques mutualistes, une clinique, des SSIAD, un HAD, des pharmacies mutualistes, un foyer logement. Au final un des plus importants opérateurs de santé privé à but non lucratif du département.

Cet ensemble s'organise autour d'un mouvement social et d'une entreprise. Au fil des années, bravant les bouleversements structurels, contestant les plans de restriction comptable gouvernementaux, constatant l'impasse d'une approche exclusivement économique de la santé, il a continué à approfondir et enrichir son approche pluridisciplinaire. La réactivité à

l'environnement, les actions conduites pour conserver les acquis de l'accès aux soins, comme le tiers payant des centres de santé en 1994 (renouvellement des conventions avec la sécu), sont autant d'étapes qui ont forgé la conscience collective du bien fondé des relations organisées entre les usagers, les professionnels, les gestionnaires.

La sédimentation de ces acquis dégage aujourd'hui les principes d'un système fonctionnant à partir de trois pôles, à la fois bien identifiés et en étroite symbiose :

- **La fonction « politique »** : elle est chargée d'exprimer le point de vue des usagers, les mutualistes. Elle légitime la place des mutuelles dans leur capacité à une écoute de proximité des populations. En effet, les mutualistes veulent des réponses concrètes et adaptées, leur garantissant un service de qualité à un prix acceptable dans l'environnement concurrentiel actuel.
- **La fonction « sanitaire et sociale »** : elle est chargée de construire une offre de qualité, à partir d'une connaissance précise de la demande et de l'évolution des comportements et des sciences. Les professionnels, médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, opticiens, pharmaciens,… sont légitimement attachés à la qualité de leur pratique du fait de leur responsabilité, exigeant un environnement professionnel sécurisé, un plateau technique performant, garantissant à la fois leur indépendance professionnelle et le respect de la déontologie.
- **La fonction « économique »** : elle est déléguée à une entreprise ayant la responsabilité de l'organisation de l'ensemble des moyens humains, techniques et financiers pour mener les missions arrêtées par le mouvement mutualiste. A l'expérience, ces espaces de responsabilité doivent être travaillés à tous les niveaux dans une approche ascendante.

❖ La dimension locale est incontestablement le lieu de pertinence du repérage des besoins des populations ; à cette échelle c'est un comité de pilotage, structure de participation et de réflexion qui associe localement les responsables des mutuelles locales et d'entreprises avec la direction du centre de santé : médecin directeur et responsable administratif. C'est à ce niveau que s'élabore la démarche du projet.

❖ L'expertise, la cohésion et l'arbitrage entre l'état des besoins formulés et l'affectation des ressources solidarisées se focalisent au niveau de la tête de réseau (échelle départementale en l'occurrence) où les trois fonctions sont également présentes.

- En retour dans le centre de santé, la cohérence est garantie par une direction médicale et administrative coresponsable, du fonctionnement du site.

Avec trois pieds l'équilibre paraît mieux assuré qu'avec deux, néanmoins la stabilité reste vacillante et l'équilibre de plus en plus précaire. Les trois fonctions sont atteintes : les mouvements de restructuration / recomposition des mutuelles les éloignent petit à petit de leur proximité initiale, la pression démographique sur les professions de santé amène des difficultés dans le recrutement, quand à l'économie du système, la mutualité, de plus en plus sollicitée par les prélèvements obligatoires et le désengagement de l'assurance maladie dans les remboursements, ne pourra plus assumer de payer les services répondant à l'intérêt général accessibles à toute la population dans les centres de santé.

Accord National ; la reconnaissance d'une réalité partagée

Les représentants de centres de santé mutualistes, lors des négociations avec les tutelles ont beaucoup œuvré à l'élaboration d'un accord national dans lequel ils voyaient un début de reconnaissance du rôle et de la mission de ceux-ci dans le paysage sanitaire. La mise en place, par le biais du volet optionnel sur la coordination des soins, de possibilités de financement pouvait conduire à espérer une meilleure viabilité économique de ces structures.

Les centres de santé mutualistes notamment dans les Bouches-du-Rhône se sont engagés dès la première heure et de manière massive dans la mise en œuvre du volet optionnel de l'accord national sur la coordination des soins. Forts de leurs pratiques et en pleine refonte de leur système d'information (incluant l'informatisation du dossier médical) les praticiens y ont retrouvé la reconnaissance de tout ce qu'ils avaient contribué à rendre opérationnel pour la coordination autour du patient.

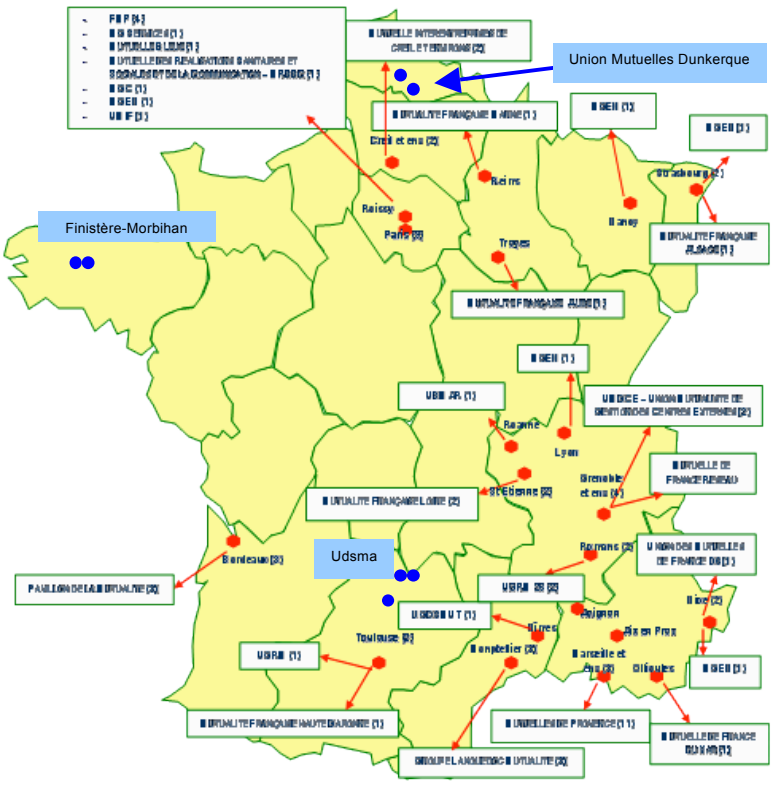
Limite / réflexion / questionnement

Les contraintes économiques, les dérives mondialistes qui conduisent à une libéralisation du marché de la complémentaire santé sur lequel tous les opérateurs d'assurance s'engouffrent dans l'espoir de se voir confier intégralement la gestion du risque santé, bousculent les valeurs mutualistes. Ne pas rester un payeur aveugle incite la mutualité à s'engager ou à garder des points d'ancrage dans l'offre de santé comme opérateur.

Mais si le concept centres de santé revêt des atouts évidents, il reste trop peu développé pour donner toute la mesure de son efficience à des échelles de territoire de plus en plus grande pour les regroupements des mutuelles. La fragilité de son équilibre économique notamment pour les activités médicales, du fait de tarifs « encadrés » et de la non prise en compte par les pouvoirs publics des services rendus à la population est un frein à l'investissement.

Répartition des centres de santé médicaux et infirmiers mutualistes

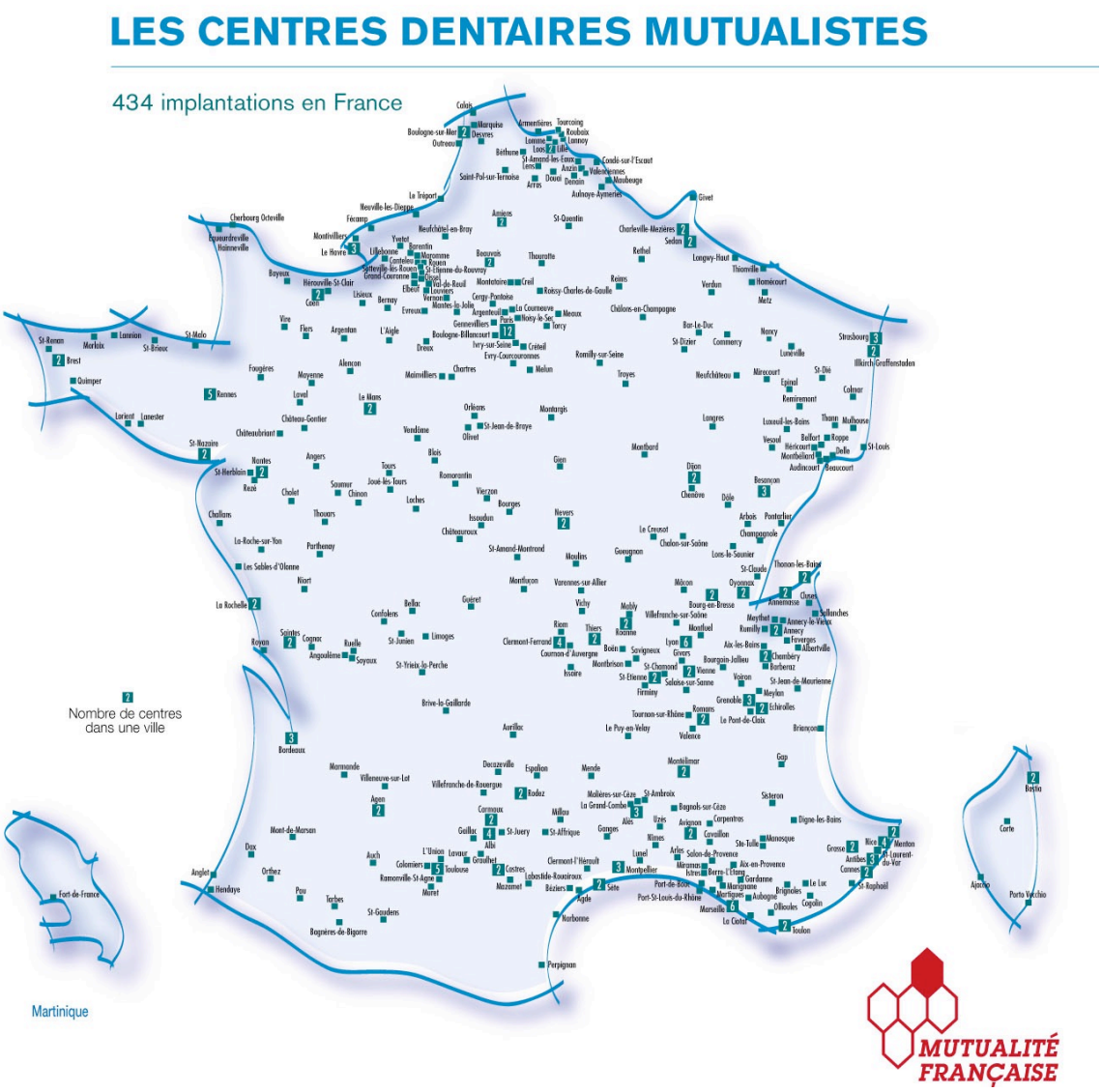
50 centres de santé médicaux et polyvalents et 17 centres de soins infirmiers



Evolutions de la mutualité

D’un acteur porteur d’innovation sanitaire sociale en complémentarité de la sécurité sociale, la mutualité se recentre progressivement sur la nature et la qualité de la prestation quelle rend à ses adhérents. Dans ce cheminement, c’est désormais ce qui différencie les mutuelles des autres opérateurs du complémentaire (notamment les assurances) qui porte le fond des enjeux. Les mutuelles accentuent depuis quelques années leurs efforts sur les activités de santé où s’exercent les plus fortes inégalités de santé. Le dentaire et l’optique sont en première ligne parce que la prise en charge de la solidarité nationale y est la plus faible et que les renoncements aux soins y sont les plus fréquents. L’engagement mutualiste en réponse aux besoins, cherche à réguler un marché abandonné par l’assurance maladie.

La répartition des centres de santé dentaires mutualistes sur le territoire national est à l’image de cette volonté de peser à la fois sur la moralisation des tarifs et sur la qualité de la réponse sanitaire.



Où se situe le projet généreux des pères fondateurs ? Dans sa dimension « interventionniste » dans l’offre de soins, il reste dynamique ; cherchant à intervenir sur les prix, sur la qualité des services et sur l’efficience en essayant de favoriser l’émergence de pratique de prévention.

Dans l'approche « sociale », le contenu s'est « appauvri » en se concentrant sur l'accessibilité financière principalement, mais il faut reconnaître que la pression est telle sur cette question que cela confère à l'action mutualiste encore toute sa légitimité.

Regroupement de la famille mutualiste / nouveaux enjeux

La loi Hôpital Patient Santé et Territoire marque un tournant important dans l'organisation du système de santé en France.

Pour le mouvement mutualiste, il marque l'accentuation de la pression exercée par le pouvoir politique sur la « niche sociale » constitué par l'histoire de la mutualité. Le transfert de charge se poursuit sans vergogne au détriment des mutuelles et de leurs adhérents, en même temps que le pouvoir délègue ses missions de service public aux opérateurs privés.

Pour les centres de santé aussi la période est charnière ; le mode de pratique regroupé et coordonné se voit encensé de droite et de gauche dans de grandes envolées. Dans ces pratiques « vertueuses » de coordination résiderait la réponse aux maux de notre désorganisation nationale et assurerait pour toujours une juste répartition des professionnels de santé sur le territoire… On expérimente même de nouveaux modes de rémunération dont les gestionnaires de centres de santé n'osaient plus prononcer le nom : « forfait ». Et le pire c'est que seuls les centres de santé peuvent aujourd'hui y entrer concrètement alors que ces expériences sont conçues pour aider les praticiens libéraux à monter des projets de Maisons de santé. A coté de tout ce remue ménage, concrètement les centres de santé existants ont toutes les peines du monde à obtenir des aides des pouvoirs publics pour poursuivre leurs activités alors que tout le monde explique que c'est exactement ce qu'ils font qui va apporter une solution durable… Sauf que, à l'image des structures mutualistes, les centres de santé font intervenir un « tiers » qui est lui acteur du mouvement social, porteur d'une forme de démocratie sanitaire ; ce qui visiblement à du mal à s'accommoder des projets gouvernementaux.

Dans ce contexte, les gestionnaires mutualistes de centres de santé sont sous double contrainte. Néanmoins, c'est le moment qu'ils ont choisi pour un nouvel élan avec le regroupement de la famille mutualiste. L'ensemble des acteurs mutualistes en centre de santé se regroupe dans un seul et même réseau avec des enjeux à partager : la gestion, la qualité, le service aux mutuelles et aux mutualistes dans le respect et le prolongement des valeurs fondatrices.

La mutualité s'applique à remettre ses pendules à l'heure, pas de doute que ce sera pour reprendre le fil de l'histoire puisque c'est le sens donné par les aiguilles.

Chapitre 18

Un centre de santé associatif :
Le centre de santé Léon Blum de Belfort.

Par le Dr Marie-Pierre Colin

1. Une histoire mouvementée

- **1981 : Création du centre de santé**

Le Centre de Santé Léon Blum a été implanté sur le quartier des Résidences à Belfort. Il est né de la volonté de deux médecins généralistes et d'élus locaux de créer une structure permettant l'accès aux soins pour tous. La finalité du projet était de permettre une prise en charge globale des problèmes de santé de l'individu.

Situé volontairement dans un quartier populaire, le plus peuplé de Belfort,, aujourd'hui classé en Zone Franche Urbaine dans des locaux mis à disposition par la mairie de Belfort, le centre de santé s'adresse à de personnes socialement défavorisées, mais se veut garant d'une certaine mixité sociale.

Un statut associatif et non municipal a été choisi pour garantir une indépendance des professionnels vis-à-vis des enjeux politiques locaux, permettre un partenariat avec d'autres organismes ou institutions, et favoriser l'implication des usagers. Si les mutuelles se sont investies dès le départ, elles n'ont à aucun moment proposé de gérer le centre de santé.

Ainsi, l'association Agir Ensemble Pour Notre Santé (AEPNS,) association Loi 1901 à but non lucratif, a-t-elle été créée et gère le centre de santé. Ses statuts en expriment l'objectif principal : "L'association a pour but d'améliorer l'état de santé et de contribuer à transformer les conditions d'existence sociale de l'individu et d'une population, avec la participation directe des usagers concernés par le projet".

Pour valider la volonté d'impliquer l'ensemble des partenaires, le conseil d'administration est composé de 4 collèges :

- Collège collectivités locales (Ville de Belfort, CCAS et Conseil Général)
- Collège mutualiste : Mutualité Française, et Mutuelle Alsthom
- Collège usagers : Les usagers du Centres de santé (regroupés ou non en comité)
- Collège salariés

Au fil des années trois secteurs d'intervention ont été développés :

- La médecine générale (soin)
- La prévention et l'éducation sanitaire
- La médecine préventive professionnelle (médecine du travail des collectivités locales et territoriales).
-

Ce projet, à son origine, a été soutenu par des partenaires institutionnels locaux : Ville de Belfort, Conseil Général ainsi que par le réseau mutualiste : Mutualité Française et Mutuelle

Alsthom (MFIB). L'URCAM, la DRASS, la DDASS, le F.A.S., Jeunesse & sports ainsi que d'autres partenaires ont soutenu les programmes de prévention élaborés annuellement.

- **Un objectif principal : « médecine de qualité pour tous » :**

L'accessibilité financière aux soins, par la pratique du tiers payant total, Sécurité Sociale et mutuelle, pour tous les patients, l'accessibilité physique par une grande amplitude d'ouverture, et la réalisation des visites à domicile, ainsi que du temps donné aux consultations de « prévention » (visites des nourrissons, visites de grossesses,…), aux situations médico-sociales complexes (consultations de 30 mn minimum) sont les principales caractéristiques de l'activité de médecine générale au CLB .

De plus, l'intervention dans les consultations d'une médiatrice turque et d'une traductrice en langue arabe pour les personnes non francophones permet la prise en charge spécifique des personnes d'origine étrangère.

L'activité médicale est en progression constante depuis l'ouverture. A ce jour 25 000 actes médicaux annuels sont réalisés, avec une file active d'environ 9000 patients.

Parallèlement à l'activité de soins, les projets de santé publique ont été développés, dès la création du centre en partant des besoins révélés par les consultations : Equilibre alimentaire, prévention des Accidents Domestiques de l'Enfant, jeunes en situation de crise, détection des troubles précoces de la relation mère-bébé et consultations binômes, médecin-psychothérapeute, consultations « mots à maux »…..**.** Des colloques, des travaux de recherche **ont été organisés.**

Pour tous ces projets, les thématiques et modalités d'intervention ont été définies par concertation entre les professionnels et soumis chaque année aux financeurs potentiels. Leur réalisation n'était rendue possible que si le financement des organismes ou institutions sollicités (URCAM, DDASS, FAS, Ville, Conseil Général.) était obtenu.
En 1995 le centre de santé a ouvert un « Point Santé », lieu d'information et de réflexion en matière de santé ouvert aux habitants et aux professionnels (médicaux, paramédicaux et sociaux). La santé publique représentait alors une part importante de l'activité du centre de santé**.**

Le secteur médecine du travail, quant à lui, s'est développé au fur et à mesure puis a été confronté rudement à la pénurie de médecins du travail.

- **Les années 2000, un tournant …**

Le désinvestissement financier progressif des partenaires financiers met le centre de santé dans une situation économique difficile :

Le Conseil Général cesse toute participation financière au dispositif de soins.
La Ville de Belfort continue, seule, à participer au financement du centre de santé par la mise à disposition des locaux et par l'intermédiaire d'une subvention annuelle du CCAS. (dont le montant n'a pas évolué durant les dix dernières années).

En 2003 fermeture du Point Santé et licenciement de l'animatrice prévention :

C'est à partir de 2003 que les problèmes sérieux de financement de l'activité de prévention, éducation pour la santé se font sentir .Ces actions directement tributaires de financements extérieurs devront être interrompues (interruption brutale du suivi psychologique des adolescents par exemple…).

En 2004, les problèmes économiques s'aggravent :
Afin de remotiver l'investissement financier de nos partenaires, et redonner un nouvel élan à notre structure, nous déposons une proposition de démarche qualité à l'URCAM dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV). Le projet est accepté. Les financements nécessaires attribués.

En 2005 : redressement judiciaire (avril à septembre) :
Les charges fixes (salaires, charges..) augmentent régulièrement sans que les subventions et la cotation de l'acte médical ne soient réactualisées..L'association est placée en redressement judiciaire pour insuffisance d'actif. Cette situation dure 6 mois, délai accordé par le tribunal pour trouver une solution.
L'audit du Centre de Santé réalisé par la Société ICONES, en 2004, et financé dans le cadre de la démarche qualité, apporte en partie les arguments pour « remotiver » l'engagement de nos financeurs « historiques ». La démonstration d'un « coût social » inhérent à la pratique de la médecine générale en Centre de Santé, non rémunéré par l'acte médical, est établie et chiffrée La reconnaissance de ce « surcoût » servira de base de négociations avec la Ville de Belfort et le Conseil Général et permettra de relancer l'activité.

La nécessité de poursuivre l'offre de soins aux personnes socialement défavorisées à Belfort, est également confirmée par l'hôpital, local, le comité des usagers… La signature de l'option de coordination de l'avenant conventionnel apporte de nouvelles ressources financières en échange d'une amélioration de la prise en charge des patients (plan de prévention personnalisé, dossier médical de synthèse …)

En 2006 : nouvelle dynamique et nouveau départ grâce aux financements conjugués du FAQSV de la Ville de Belfort et du Conseil Général :
Une réorganisation interne est effectuée avec instauration d'un nouveau mode de management et de pilotage de l'activité. La démarche qualité en matière de soins est mise en œuvre avec harmonisation des pratiques par mise en place de référentiels et de protocoles entre professionnels (Accueil du patient, hygiène…). Le système d'information est totalement renouvelé (matériel et logiciels).

En 2007, démarrage d'une activité d'Education Thérapeutique du patient

2. Organisation actuelle du centre de santé, fonctionnement, situation financière :

L'Equipe de professionnels se compose de :
- 1 médecin directeur (0.2 ETP)
- 9 médecins : 7 médecins généralistes (5.5 ETP), 2 médecins du travail (1 ETP)
- 1 responsable administration & finances 1 ETP
- 1 assistante de gestion chargée du tiers payant (0.85 ETP)
- 5 secrétaires : 4 secteurs soins (2.7 ETP), 1 secteur médecine du travail (1 ETP)
- 2 agents d'entretien (1 ETP)
- Une équipe d'Education Thérapeutique du Patient : infirmière, diététicienne, psychologue, éducatrice médico-sportive (temps partiels)

Un organigramme hiérarchique et un organigramme fonctionnel répartissent les fonctions et responsabilités de chacun. Le médecin directeur et un comité de direction sont chargés du pilotage de l'activité et soumettent les décisions importantes au bureau et au conseil d'administration.

Sept commissions sont mises en place et fonctionnent depuis 2006 : qualité des soins, organisation des soins, santé publique et prévention, informatique médicale, hygiène, veille sanitaire, ETP. Elles sont dirigées par un médecin chef de projet et réunissent médecins et secrétaires (ou personnel d'entretien pour la commission hygiène). Des lieux et temps de concertation sont organisés : réunions dans le cadre des commissions, réunions d'équipe, réunions par profession.

L'engagement dans l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, début 2010 permet, par la signature du module 1, de coordination des soins, de rémunérer le temps de réunion (bénévole pour les médecins auparavant) à raison de 2h par semaine ainsi que des temps de coordination administrative.

Situation financière

La rémunération de la coordination autour du patient a été d'un réel apport pour le budget de l'association. Toutefois, la lourdeur administrative du dispositif en limite l'application.
En 2009, les recettes du Centre sont structurées de la façon suivante :

- Assurance Maladie (activité soins, option de coordination) 60 %
- Médecine préventive professionnelle des collectivités territoriales (activité médecine du travail) 17.5%
- Subventions CCAS 7.0%
- Subvention du Conseil Général 5.0%
- Subrogation de charges CPAM 3.0%
- URCAM (PRSP, FIQCS) 2.0%
- Divers (Subventions, investissements, subrogation) 5,5%

Ainsi la partie générée par l'activité des médecins (généralistes ou médecins du travail prévention comprise) représente 80 % des recettes et la partie subventions 12 % (la subrogation de charges de 3 % de la part de la CPAM, ne pouvant pas être assimilée à des subventions).

3. **Un projet de Pôle de santé Pluridisciplinaire à l'horizon 2013** :

L'idée est née de la rencontre de deux volontés : celle de la municipalité de Belfort et celle des professionnels du centre de santé.
Pour la mairie, ce projet doit répondre aux besoins de santé d'un quartier défavorisé de la ville et permettre de trouver des solutions au problème de la désertification médicale.
Pour les professionnels du centre Léon Blum, la réalisation d'un Pôle de Santé offrira la possibilité de développer l'offre de soins et de l'enrichir par une coopération pluridisciplinaire.

En effet, l'analyse des besoins réalisée par les professionnels révèle :
Une aggravation des conditions d'accès aux soins pour une partie de plus en plus importante de la population : Difficultés de financement d'une assurance complémentaire (mutuelle),

difficultés pour régler les prestations des spécialistes et paramédicaux (kiné, podologues, dentistes…)…

Devant le constat des difficultés que rencontrent certains patients pour réaliser des prescriptions, les médecins du centre de santé Léon Blum ont conduit une enquête sur le renoncement aux soins en mai juin 2009 : 24% des personnes qui fréquentent le Centre Léon Blum ont renoncé à des soins, dans l'année, pour des raisons financières. Parmi les soins qui font l'objet de renoncement, sont citées, la kinésithérapie, les consultations de spécialistes.

Le besoin d'adapter les structures de soins ambulatoires aux contraintes et évolutions actuelles : nécessité de proposer aux jeunes médecins des structures d'exercice coordonné et regroupé, nécessité d'envisager une coopération interprofessionnelle permettant une nouvelle organisation des soins.

Le nécessaire développement de nouvelles pratiques de soins et prévention : l'Education Thérapeutique du Patient (E.T.P.), la télé médecine impliquent la mise en place de partenariats avec les autres médecins (généralistes, spécialistes) et para médicaux.

La nécessité de répondre aux besoins locaux d'organisation des soins primaires et principalement la gestion des urgences, des consultations non programmées et des soins de suite de prise en charge au service des urgences de l'hôpital.

4. **La situation des centres de santé associatifs et leur avenir**

Un équilibre financier fragile …

- Le surcoût de la pratique de la médecine générale en centre de santé a été évalué à Belfort en 2004

  Facilitation de l'accès aux soins par la pratique du tiers payant :

  L'accessibilité sociale et financière, par la mise en place systématique du tiers payant pour les Régimes Obligatoires et Régimes Complémentaires, sans seuil, occupe une assistante de gestion à raison de 30h hebdomadaires pour 25000 actes annuels. Le parcours de soins coordonné est venu alourdir cette gestion. Le dispositif est coûteux pour les centres de santé car il est source de nombreux rejets et d'impayés. Il résulte de la non prise en compte par certaines caisses de régimes obligatoires et complémentaires, des caractéristiques de fonctionnement des seules structures pratiquant le tiers payant intégral en ambulatoire : les centres de santé.

- Madame Acker dans son rapport sur les centres de santé (juin 2007) confirme l'insuffisance de prise en compte, par le paiement à l'acte, des frais de structure ainsi que des frais liés à la pratique du tiers payant « Cette activité représente une **charge** que plusieurs études ont essayé de cerner soit en termes de charges de personnel (10 ETP dans l'étude de la mutualité francilienne portant sur 15 centres, un mi-temps au centre de Belfort), soit en terme de coût rapporté à l'acte médical (3 à 3,3€ par acte selon l'étude des Mutuelles de France), soit en terme de pourcentage des dépenses d'exploitation (4% pour les centres de Montpellier). Cette estimation rejoint l'étude conduite par l'IGAS en 1990, qui concluait à un surcoût compris entre 1,6 et 6,5% des charges d'exploitation selon les centres ».

Accueil médico-social d'un public spécifique :

Cet accueil est effectué durant toute l'amplitude horaire et pendant toute l'année sans interruption. Il comporte entre autre :
un temps d'accueil majoré pour absence de maîtrise du langage courant par le public qui fréquente le centre de santé (population étrangère et française) une gestion et explication des droits en matière de couverture sociale vérification des droits et de l'adhésion au parcours de soin….aide administrative, orientation médico-sociale .. et nécessité pour certains patients de recourir à nos interprètes …

Pratique médicale particulière et adaptée aux populations socialement défavorisées :
15% des consultations nécessitent un temps de prise en charge supplémentaire dans le temps de la consultation.

Frais de structure : management et pilotage de la structure :
Un médecin directeur à ¼ temps, une R.A.F. (responsable administration & finances à temps plein), des temps « chefs de projets », des temps de concertation interne et externe.

Un statut associatif facilitant

A l'heure où l'organisation des soins ambulatoires subit de profonds bouleversements en incitant à un mode d'exercice regroupé et coordonné, les centres de santé doivent se positionner.

Municipaux, mutualistes, associatifs, il est important de les décrire pour inciter les professionnels de santé à la recherche d'un mode d'exercice à les développer. Le statut associatif d'un centre de santé, sur le modèle de celui de Belfort, s'il apporte aux professionnels une liberté d'organisation, une participation directe à la gestion, permet une participation des usagers, nécessite une rigueur financière, une recherche permanente de nouveaux partenaires financiers par les professionnels eux-mêmes. Le paiement à l'acte n'est pas adapté à la rémunération de la pratique en centres de santé. La perspective des nouveaux modes de rémunération proposés aux structures de soins ambulatoires pluri disciplinaires permet d'entrevoir la prise en charge de certains surcoûts. Toutefois, la pratique en centre de santé diffère de celle des maisons de santé libérales et les nouveaux modes de rémunération ne sont pour le moment pas spécifiques. D'autres différences existent bien mises en exergue dans le rapport Acker, qui nécessiteront qu'on s'y intéresse.

Chapitre 19

Les centres de soins infirmiers : l'exemple de Mauron.

Par Mme Victoria Fediaevsky

L'Association « Centre de soins de Mauron » qui gère un Centre de santé infirmier, un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), et un Point accueil écoute jeunes (PAEJ) est implantée sur le territoire de la communauté de communes de Mauron et sur les communes limitrophes (bassin de population de 8000 habitants environ). Cette communauté de communes est située en centre Bretagne au cœur d'un triangle délimité par Vannes (70Km), Rennes (60Km) et Saint-Brieuc (80Km), à l'écart des axes routiers principaux, à la limite de trois départements : Morbihan, Ile et Vilaine et Côtes d'Armor. C'est un territoire dont la densité est faible : 37, 9 habitants au Km² avec un réel problème d'accessibilité et de mobilité, car il est très peu desservi par les transports en commun. Il n'existe pas de médecins spécialistes consultant sur le territoire, et il n'y a pas non plus d'établissement hospitalier. Du fait de la position géographique particulière le recours aux établissements hospitaliers est très divers, dépendant de multiples facteurs avec des établissements de proximité situés dans un rayon de 20 à 40 Km, le centre hospitalier universitaire de Rennes, et le centre hospitalier de Vannes étant eux à une heure de route.

Les données publiées par l'INSEE en 2007 font état d'un revenu imposable nettement inférieur à la moyenne nationale : 16979 euros contre 21803 euros. Le poids des retraités y est important puisqu'ils représentent 36,7% de la population. Il n'existe pas de statistiques concernant la santé au niveau local, mais les données disponibles au niveau du Pays de Ploërmel[25] montrent un état de santé globalement défavorable par rapport à la moyenne nationale avec une surmortalité prématurée évitable car liée à des comportements à risque, ou qui aurait pu être évitée par des mesures de surveillance ou de dépistage précoce.

L'association « Centre de soins de Mauron » s'est créée en 1975 en réponse au départ programmé de la communauté religieuse qui jusque là assurait les soins infirmiers sur le territoire de la commune et des environs, sous l'impulsion conjointe de cette communauté religieuse, soucieuse de passer le relais dans de bonnes conditions et d'usagers souhaitant voir se maintenir une offre de soins infirmiers sur ce territoire par ailleurs peu dense en structures sanitaires.

A ce centre de santé a rapidement été adjoint un SSIAD permettant la prise en charge de personnes âgées à leur domicile, les deux services coopérant étroitement dans des prises en charge complexes. D'autre part, en 2009 en réponse au constat partagé par un ensemble de professionnels (médecins, enseignants, psychologues, travailleurs sociaux,...) de l'importance des problématiques liées au mal être chez les jeunes dans ce contexte rural : dépression, conduites additives, chômage, un PAEJ a été crée. Il s'agit d'une structure légère jouant un rôle de proximité, d'écoute et d'orientation auprès de jeunes exposés à des situations à risque et de leur entourage, en amont de toute intervention médicale.
Le centre de santé infirmier emploie dix IDE, dont un poste de coordination, deux secrétaires et mutualise son temps de direction avec le SSIAD et le PAEJ. Les IDE effectuent sur prescription médicale des actes relevant de la compétence infirmière. Ces soins sont

[25] Données de l'ORS Bretagne

principalement effectués au domicile du patient : le territoire d'intervention est divisé en quatre secteurs géographiques qui correspondent à quatre tournées différentes.

Une part non négligeable des soins se fait dans les locaux de l'association qui dispose de deux salles de soins. L'effectif permet d'assurer un temps de présence infirmière de 8h à 14h, ce qui permet de recevoir des patients avec ou sans rendez vous. L'existence d'une salle de soins équipée, entre autre, d'un lit médicalisé permet de réaliser des soins longs et/ou complexes, ce qui permet soit d'éviter à certains patients d'avoir à se rendre dans une structure hospitalière assez éloignée, soit de ne pas avoir à effectuer à leur domicile des soins d'une certaine technicité, ce qui apporte une certaine sécurité mais aussi la possibilité de préserver l'intimité du domicile dans un contexte de pathologie chronique. En effet, sous l'influence de plusieurs facteurs (éloignement des structures hospitalières, mais aussi moindre recours à l'hospitalisation, souhait des patients d'être pris en charge au plus près de leur lieu de vie) ce centre de santé est amené à prendre en charge des personnes ayant des traitements complexes, des personnes dans des situations palliatives, ou vivant dans un contexte socialement difficile. De ces soins prescrits découlent aussi toute une prise en charge liée au rôle propre de la profession, dont on pourrait dire qu'il relève du domaine du « prendre soin », lorsque le rôle prescrit relève du domaine du « soin ».

Depuis 2003 s'est engagée, sous l'influence de plusieurs facteurs, la mise en œuvre de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie devant conduire à une organisation du travail différente, la prise de conscience empirique du fait que les déterminants sociaux défavorables en matière de santé avaient un impact visible sur l'état de santé des patients pris en charge, une réflexion concernant la mise en œuvre d'une coordination centrée sur le patient pour améliorer la qualité médicale mais aussi sociale des prises en charge.

Cette réflexion s'est concrétisée par une modification de l'organisation interne afin de permettre un temps de concertation et de coordination autour des patients plus important. Parallèlement des outils de coordination externe ont été élaborés, afin de mieux communiquer avec d'autres professionnels intervenant à domicile et les structures sanitaires. Des conventions avec les établissements hospitaliers environnants ont été signées afin de faciliter le parcours de soins et la continuité des soins. Le centre de santé participe à la permanence et à la continuité des soins, et il initie des actions ponctuelles en éducation thérapeutique.

En 2008 sous l'impulsion du centre de santé, cette coopération s'est formalisée par la constitution d'un pôle de santé pluridisciplinaire regroupant une part majeure des professions de santé du territoire dont l'objectif est de permettre une organisation coordonnée, un travail en réseau pluridisciplinaire, pour palier à la faible implantation sanitaire et pour améliorer la prise en charge de chaque patient en particulier en situation complexe ce qui a permis de bénéficier de subventions de la part de l'ARS Bretagne.

L'objet de cette collaboration est avant tout de simplifier le parcours de soins, d'améliorer la qualité des prises en charge, de remédier à l'éloignement des structures hospitalières et plus globalement, de tenter d'agir sur la réduction des inégalités de santé. Les centres de santé infirmiers ont toute leur place dans la recomposition de l'offre de soins de premier recours par leur ancrage local, les liens qui se tissent avec les usagers et le rôle d'interface que permet l'exercice infirmier.

Dans le contexte du centre de santé de Mauron, structure associative, non lucrative, avec une histoire forte entre l'association et ses usagers, les fondements de son action diffèrent de celles des professionnels libéraux avec lesquels il est amené à collaborer. L'association est porteuse de valeurs qui fondent son identité : solidarité, sens du don, respect de la dignité de la personne, auxquelles s'ajoute une conception des soins qui dépasse la mise en œuvre de soins techniques. C'est sans doute une force pour le centre de santé, mais la collaboration avec d'autres professionnels de santé, pour qui ces valeurs ne s'articulent pas aisément avec ce qui fonde leurs pratiques, n'est pas nécessairement aisée. Néanmoins cette collaboration (et non confrontation) est indispensable pour pouvoir placer l'usager au cœur de préoccupations communes, dans une perspective de complémentarité et de maillage territorial.

Chapitre 20

Les centres de santé miniers :
Organisation de l'offre de santé minière des CARMI.

Par le Dr Jean-Louis Hourtoule

I/ Introduction : historique

La protection spécifique des mineurs fait l'objet de mesures dès l'époque d'Henri IV par lettres patentes. **Un édit de 1604** impose aux propriétaires de mines de remettre un trentième des produits extraits à leur trésorier pour ouvrir un crédit permettant que « les pauvres blessés soient secourus gratuitement et, par cet exemple de charité, que les autres soient plus encouragés au travail des dites mines » et se s'attacher les services d'un chirurgien.

L'Empereur Napoléon 1er en 1813 après plusieurs catastrophes minières prend deux décrets qui indiquent que les exploitants sont tenus d'observer des mesures de sécurité, de prévoir et de prendre à leur charge les dépenses liées aux accidents. Une caisse de prévoyance est crée au profit des mineurs devant fonctionner avec des fonds prélevés sur les salaires, une contribution patronale et une subvention de l'Etat.

En 1850, est créée une caisse de retraites, mais le travailleur n'est assuré d'aucune garantie d'un versement de pension de retraite.

La loi du 29 juin 1894 institue un véritable régime de prévoyance sociale obligatoire par capitation en faveur des travailleurs du sous-sol. Elle rend obligatoire la création au sein de chaque exploitation d'une société de secours chargée de prodiguer des soins et d'accorder des secours en cas de maladie, infirmité ou décès.

La loi du 19 février 1914 modifie la loi précédente sur l'assurance vieillesse en combinant capitalisation et fonds spécial de répartition créant ainsi la caisse autonome de retraites des ouvriers mineurs (CAROM).

Le 9 mars 1920, mise en place des retraites proportionnelles et extension des pensions de réversion aux veuves dont les maris sont décédés avant 55 ans.

Le 24 décembre 1923, création des pensions d'invalidité générale

Le 11 juillet 1925, attribution d'une pension mensuelle aux orphelins

Le 8 Juillet 1932, octroi de l'allocation chauffage

Le 30 Octobre 1935, mise en place de la Caisse de retraite des ouvriers mineurs d'Alsace-Lorraine : le CROMAL

Le 17 Octobre 1945, création de la pension d'invalidité professionnelle.

A la libération, il est procédé à l'unification du régime de sécurité sociale minière. La CAROM devient la Caisse Autonome Nationale au 1er janvier 1946.

Le décret du 27 novembre 1946 apporte la stabilisation au régime minier pendant près de 50 ans.

Les pouvoirs publics et les partenaires sociaux confrontés à la réduction du nombre d'affiliés et à la récession minière, ont réformé plusieurs fois le régime des prestations.

En 1985, l'âge de la retraite, normalement à 55 ans est abaissé en raison d'un an par tranche de 4 ans de services au fond sans pouvoir être inférieur à 50 ans et pour ceux qui ont au moins 30 ans d'affiliation.

Le décret du 24 décembre 1992 et celui du 26 juin 1998 précisent notamment les conditions de mensualisation des retraites, l'augmentation du taux de réversion de 50 à 54% ainsi que la revalorisation du montant des retraites versées.

1994 est l'année du pacte charbonnier, la production nationale de charbon est en baisse constante depuis 1947. Des plans successifs d'adaptation et de restructuration s'efforcent de concentrer l'exploitation sur les sites les moins déficitaires, arrêt dès 1986 de tout recrutement et mise en place d'un programme de fermeture progressive des mines.

Les pouvoirs publics ont soutenu « compte tenu que la collectivité avait une dette historique vis-à-vis de la population charbonnière » l'élaboration d'un « pacte charbonnier » signé en octobre 1994 entre Charbonnage de France et la plupart des syndicats. Le texte prévoyait la fin de la production nationale de charbon en 2005 et des mesures sociales d'accompagnement.

La fin de l'exploitation du charbon en France est officiellement intervenue le **23 avril 2004** lors de la fermeture du puits de la Houve en Lorraine.

Face au repli progressif de l'activité du régime minier, la Caisse des dépôts s'est rapprochée à la demande des pouvoirs publics de la Caisse Autonome Nationale de sécurité sociale dans les mines (CAN) afin d'étudier les modalités de reprise de la gestion du risque vieillesse/invalidité, l'intégration de son personnel et de présenter son offre de service.

Le décret n° 2004-1172 qui entérine le transfert de gestion du risque vieillesse/invalidité à la Caisse des dépôts a été signé **le 2 novembre 2004**[26] avec pour date d'effet, le 1er janvier 2005 et la Caisse Autonome conserve la gestion de l'assurance-maladie décès.

Le 1er janvier 2005 est créé l'Agence Nationale pour la Garantie des Droits des Mineurs (ANGDM). Elle a pour mission de garantir les droits sociaux des mineurs. A la disparition des exploitants, elle liquide, verse ou attribue l'ensemble des prestations dues, à l'exception de celles relevant du régime de sécurité sociale géré par la Caisse Autonome.

Le décret du 2 novembre 2004 définit une nouvelle organisation administrative et des soins, il renforce le rôle de la CAN sur les différentes caisses régionales (CARMI) qui devront se constituer au plus tard le 1er janvier 2007 et précise en son article 186 les modalités de libre choix du professionnel de santé pour les affiliés ainsi que la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie. L'article 227 stipule que les caisses régionales peuvent constituer des centres de santé tels que définis à l'article L.6223-1 du Code de santé publique avec mise en application au 1er juillet 2005.

[26] Le paiement à l'acte des médecins date de la mise en place des centres de santé, issu du décret du 2 novembre 2004.

Les organismes sont regroupés en **7 CARMI**, la CAN étant tête de réseau. Elle signe avec l'Etat une convention d'objectifs et de gestion (COG) **le 12 décembre 2007** suivi de la signature avec les CARMI de sa déclinaison en contrat pluriannuel de gestion (CPG).

Le décret n° 2007-1904 du 26 décembre 2007 définit les compétences propres des CARMI : assurent la gestion des œuvres, des services et établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, gèrent les fonds régionaux, mettent en œuvre les orientations définies au plan national en matière de formation et d'actions sanitaires et sociales.

Le décret n° 2009-1787 du 31 décembre 2009 renforce le rôle de la Caisse Autonome Nationale qui finance les organismes, organise le système d'information, promeut la politique de prévention, agrée les décisions de restructuration, anime la gestion de l'assurance maladie.

La CAN est officiellement reconnue organisme représentatif des centres de santé médicaux, dentaires et polyvalents le **5 août 2008**. Elle était préalablement membre invité du RNOGCS depuis 2006. Un avenant à l'accord national des centres de santé du 19 avril 2003 a été signé le 23 novembre 2009 par l'UNCAM et les organisations représentatives des centres de santé et approuvé par l'Etat le 8 mai 2010. Il porte de 8 à 9 dont la CAN, le nombre de représentants des centres dans les instances de concertation prévues par l'accord au niveau national et en région.

Cet accord permet aux CARMI d'être représentées dans 10 régions où la marque FILIERIS est présente. En effet le **13 novembre 2009** à l'occasion de journées portes ouvertes, la marque et le logo FILIERIS représentant l'offre de santé ont été lancés.

II/ La convention d'objectifs et de gestion et le contrat pluriannuel de gestion

La COG définit les grandes orientations du régime pour la période 2008-2011 qui sont repris dans le CPG, il est ainsi précisé :

- La promotion d'une offre de soins pour tous de qualité
- La nécessité de recomposer l'offre (nécessaire fermeture de cabinets médicaux et regroupement selon les possibilités)
- De mettre en place une démarche qualité aboutissant à la certification des activités
- De valoriser le patrimoine immobilier
- De développer les partenariats
- De développer les actions de prévention, de promotion de la santé et les actions de santé publique
- De mettre le patient au centre du système d'information à construire
- De s'appuyer sur le service social et sur le plan national d'actions sociales
- De diversifier et favoriser les projets immobiliers en faveur des personnes âgées
- De mettre l'accent sur le maintien à domicile, regrouper les services d'aide à domicile et les SSIAD, mieux identifier les besoins des personnes
- D'opérer le transfert des praticiens conseils au sein de la CNAMTS
- De développer la communication, mieux faire connaître l'offre à toute la population
- D'aboutir rapidement à la certification des comptes, développer le contrôle interne et de gestion
- De mettre en place une authentique gestion prévisionnelle des emplois (GEPEC)
- De s'inspirer du projet médical national, l'adapter aux données et conditions locales…

III/ Le dispositif de santé du régime et sa population : Un organisme national et 7 CARMI (Données 2009)

- **149** centres de santé dont **16** intégrant des médecins spécialistes
- 26 centres dentaires
- **2** laboratoires de prothèse dentaire
- **60** pharmacies
- **5** laboratoires d'analyse médicale
- **15** cabinets d'optique
- **3** services d'ambulances
- **210** médecins généralistes à temps plein salariés
- **222** médecins spécialistes essentiellement à temps partiel
- **44** médecins généralistes hospitaliers
- **41** dentistes à temps plein
- **148** pharmaciens à temps plein
- **13** biologistes à temps plein
- **16** médecins généralistes à temps partiel
- **220** infirmières à temps plein salariées
- **81** assistants sociaux en ETP
- **300 lits** de MCO (Freyming Merlebach et Carmaux)
- **625 lits** de SSR
- **240 lits** d'EHPAD
- **40 Lits** d'ULSD
- **250** places en foyer logement
- **80** places en résidence services
- **1220** places de SSIAD
- Un service d'aide à la personne (aide à domicile) de 2000 personnes environ avec une activité de **1,9 million d'heures effectuées**.
- Les CARMI ont opéré des regroupements d'œuvres (regroupement sur un territoire géographique de centres de santé polyvalent et poly disciplinaire avec une ou plusieurs pharmacies et ou laboratoires de biologie) pour déterminer des unités fonctionnelles **(23 au total).**

Un exemple : Les priorités essentielles du projet médical régional de la CARMI Nord-Pas-de-Calais

- Reconsidérer l'implantation et le fonctionnement des centres de santé
- Amplifier la coordination entre les professionnels de santé et le service social
- Mettre en pratique le fonctionnement en filières pour la prise en charge des maladies chroniques (diabète et insuffisance cardiaque), des malades présentant un cancer, des personnes âgées et des personnes handicapées.
- Accentuer les stratégies de soutien à domicile
- Définir l'organisation des sorties hospitalières vers le domicile
- Valoriser l'image de l'offre de santé et majorer l'effort sur la communication interne et externe
- Développer les actions de santé publique avec les professionnels de santé et tous les partenaires (Dépistage des cancers, Bilans de santé sénior, vaccination, prévention cardiovasculaire, consultations gériatriques…)

- Promouvoir la démarche qualité dans les centres de santé (référentiel des centres), l'évaluation des pratiques professionnelles, la démarche qualité dans les centres dentaires, les officines, les services d'aide à la personne et les SSIAD
- Développer un système informatisé de partage des données médicales et sociales
- Permettre l'expression des usagers de l'offre en ouvrant un site Internet de dialogue sur des thèmes de santé.

Répartition de la population minière des 7 CARMI par ordre décroissant :

- **CARMI Nord-Pas-de-Calais** : 65 000 affiliés miniers **(Environ 80 % de l'offre globale de santé du régime)** comprend 63 CDS polyvalents et 8 poly disciplinaires, 15 centres dentaires, 8 cabinets d'optique, 34 pharmacies, 4 laboratoires d'analyses médicales, 1 laboratoire de prothèses dentaires, 1 service ambulances, un service d'aide à la personne, 6 SSR, 2 SSIAD et 5 établissements pour personnes âgées.
- **CARMI Est** : 65 000 affiliés miniers comprend 54 centres de santé et 2 poly disciplinaires, 9 centres dentaires, 1 pharmacie, 3 centres optiques, 1 hôpital, 2 SSR, 4 SSIAD, 1 service d'aide à la personne.
- **CARMI Sud Est** : 17 700 affiliés miniers comprend 6 centres de santé polyvalents, 1 cabinet d'optique, 11 pharmacies, 4 SSIAD, 1 établissement de rééducation respiratoire, 1 SSR.
- **CARMI Sud-Ouest** :13500 affiliés miniers comprend 7 centres de santé polyvalent, 1 centre poly disciplinaire, 1 laboratoire d'analyses médicales, 2 SSIAD, 1 établissement hospitalier.
- **CARMI Centre Est** : 8700 affiliés miniers, comprend 9 centres de santé polyvalents et 1 poly disciplinaire, 2 centres dentaires, 1 centre infirmier, 2 centres de kinésithérapie, 3 pharmacies, 1 laboratoire de prothèses dentaires, 1 service ambulancier, 3 SSIAD et 1 EHPAD.
- **CARMI Centre** : 7700 affilés miniers, comprend 5 centres polyvalents, 1 centre poly disciplinaire, 1 centre infirmier, 1 cabinet d'optique, 3 pharmacies.
- **CARMI Ouest** : 4000 affiliés miniers, comprend 2 centres de santé et 2 pharmacies.

Le taux d'ouverture des médecins généralistes :

5,9 % en 2008 et **9,6 %** en 2009 (avec des variations de 0 à plus de 30 %)

Le taux d'ouverture des médecins spécialistes

De **3 à 70 %** selon les spécialités

Le régime minier observe une perte de sa population de 5 à 8 %

Le taux d'option de coordination à la CARMI Nord-Pas-de-Calais : 77,2 % pour les affiliés miniers et de **10 %** pour la population d'autres régimes

IV/ Bilan économique :

1/ Les centres de santé en France minière

2006	2007	2008	2009
- 35,6 M€	**- 32,3 M€**	**- 26, 9 M€**	**-25,4 M€**

2/ Les résultats globaux des regroupements (Ensemble des CARMI en France)

2006	2007	2008	2009
-14,8 M€	**-10,75 M€**	**-9,7 M€**	**-8,8 M€**

3/ Le nombre de feuilles de soins traitées en 2009 (Uniquement pour la CARMI Nord-Pas-de-Calais et pour les patients hors régime minier)

	Nombre de feuilles de soins	Estimation du coût du traitement
Médecins généralistes	**603 200**	**1809 600**
Infirmiers	**172 000**	**516 000**
Spécialistes et auxiliaires médicaux	**236 000**	**708 000**
TOTAL	**1011 200**	**3 033 600 €**

4/ L'offre de santé du Nord-Pas-de-Calais est en quasi équilibre en 2009

V/ Bilan et perspectives

Le mouvement de développement est acquis depuis 2005 mais essentiellement depuis la fusion des organismes en 2007.

Les priorités sont identifiées : regroupement de centres de santé isolés, promotion, démarche qualité, échanges des informations médicales et sociales (système de partage des données), coordination modélisée entre les centres, les établissements, le service sociale, le service d'aide à la personne, les services de soins infirmiers à domicile…

Les partenariats se nouent avec les réseaux de proximité et les CARMI s'impliquent dans de très nombreuses manifestations de santé publique.

Les priorités du moment sont : la rédaction des projets médicaux des centres pour l'ARS, la mise en place dans la CARMI du Nord-Pas-de-Calais de la stratégie de prise en charge des malades diabétiques et des malades insuffisants cardiaque avec mise en place d'ateliers d'éducation thérapeutique, la démarche qualité dans les centres pluridisciplinaire et la modélisation de filières (Personnes âgées, cancers, addictologies, maladies chroniques).

L'objectif de la CARMI du Nord-Pas-de-Calais est de tout faire pour favoriser l'accès des personnes à la santé et de promouvoir le soutien à domicile en garantissant un dispositif efficace et coordonné en mobilisant toutes les ressources utiles.

Chapitre 21

Les Centres de santé dentaires en France.

Par le Dr Fabien Cohen.

Les personnels des centres médicaux, dentaires et polyvalents sont des salariés mais relèvent de statuts variés :

- soit de différentes conventions collectives (Régime minier, FEHAP, MUTUALITE, CROIX-ROUGE),
- soit de la fonction publique territoriale
- soit enfin d'accords locaux,

Ils sont tous salariés et rémunérés soit à la fonction pour les temps plein, soit à la vacation, soit à l'activité pour la grande majorité sur la base d'un pourcentage sur les actes réalisés, le niveau du pourcentage dépend de l'ancienneté, de la discipline et du contexte local.
Le Ministère de la Santé et des Solidarités et plus particulièrement la DHOS, ne suivent pas en routine l'état des agréments qui sont donnés par les DRASS. Elles-mêmes n'enregistrent pas systématiquement les fermetures de centres. Il n'y a donc pas de source fiable sur le nombre actuel de centres fonctionnant sur l'ensemble du territoire. Dans leur rapport, Mesdames LEGER et MAUSS considèrent pour leur part *« que l'absence de pilotage par les directions d'administration centrale et la responsabilité partagée entre la DHOS et la DSS pour les deux volets organisationnel et financement contribuent au manque d'intérêt pour ce secteur ».*

La seule enquête de référence concernant le dénombrement des centres de santé a été réalisée en 1995 par la CNAMTS, puis actualisée en 2004. Une nouvelle enquête devrait être lancée auprès des Caisses primaires en 2007, dans la perspective de la renégociation de la convention.

En 1995 la CNAMTS dénombrait 1460 centres de santé (chiffre actualisé à 1439 hors DOM en 2004) se répartissant ainsi :

- 29 centres de santé médicaux
- 357 centres de santé polyvalents (avec la plus part du temps un service dentaire en son sein)
- 377 centres de santé dentaires
- 691 centres de soins infirmiers (561 en 2004)

Selon le Regroupement National des Organisme Gestionnaires des Centres de Santé(RNOGCS), on récence 1 439 centres de santé en 2006, selon source CSI-IGAS, dont 472 centres de santé dentaire exclusif et 401 centres de santé médicaux et polyvalents (avec la plus part du temps un service dentaire).
Pour sa part la Mutualité Française déclare gérer 440 centres de santé dentaire, soit 1200 fauteuils avec 1600 dentistes.

Ce recensement est sujet à des difficultés d'appréciation dans la mesure où :

- il ne fait pas apparaître les regroupements d'activité
- il ne tient pas compte des centres du régime minier qui en 1995 n'étaient pas ouverts aux ressortissants des autres régimes et n'avaient pas fait l'objet d'un agrément : ces centres sont au nombre de 234 entités (dont 164 centres polyvalents, et 42 centres médicaux) ils

rentrent progressivement dans la procédure et mais font l'objet d'un plan de restructuration qui conduira vraisemblablement à ne pas tous les maintenir en l'état.

- il ne tient pas compte des fermetures récentes.

En effet, d'un point de vue dynamique, l'écart entre les chiffres de 1995 et 2004 cache un double mouvement d'ouvertures et de fermetures : les ouvertures concernent plutôt les centres dentaires ou polyvalents et les fermetures ont touché plutôt les centres de soins infirmiers dont le nombre avait fortement augmenté en 1998.[27]
La diversité des situations peut être appréhendée sous trois angles :
- celui du gestionnaire
- celui de la taille et l'activité
- celui de la localisation

Les gestionnaires

Nous rappellerons que les centres de santé sont définis comme des organismes à but non lucratifs pouvant être gérés par des associations, des mutuelles, des organismes d'assurance maladie, des congrégations ou encore des communes.

- La loi de 1901 permet une grande souplesse dans la constitution des **associations,** et les centres visités relevaient soit d'organisations caritatives, comme la CROIX ROUGE française (*centre de Boulogne*), soit d'associations crées spécifiquement pour reprendre une gestion initiée par la Commune (centres de Grenoble et de Belfort) ou née d'initiatives individuelles (centre COSEM à Paris et Paul Parret à Marseille). En 1995, l'enquête CNAMTS a recensé 450 associations gestionnaires.

Le Docteur Paul Paret a créé un centre dans les quartiers Nord de Marseille et a par la suite légué sa maison aux mutuelles de Provence qui assurent désormais la gestion de ce centre.
Le Centre ENFANCE et FAMIILE, implanté dans le 19ème arrondissement à Paris a une plus longue histoire et a été fondé en 1917 par la *RED CROSS américaine* pour lutter contre la tuberculose et la mortalité infantile: particulièrement dédié à la femme et l'enfant, au départ, il est intégré dans un ensemble comportant une PMI et une halte-garderie.

- Les mutuelles sont une deuxième famille de gestionnaires très présente dans les centres de santé, cela fait partie d'une longue tradition de présence dans l'offre de soins (cliniques, pharmacie, centres optiques …etc) avec des œuvres destinées initialement à leurs adhérents. Depuis l'ordonnance du 19 avril 2001 transposant dans le Code de la Mutualité les directives européennes sur l'assurance, les mutuelles ont dû séparer, dans des entités juridiques différentes, ces activités de soins des activités d'assurance complémentaire santé. Cette séparation n'est pas sans incidence sur le devenir des centres qui doivent désormais assurer seuls leur équilibre financier. En 1995, 354 centres étaient gérés par une mutuelle. La mutualité française, pour sa part, en recense en 2004, 417, et 440 aujourd'hui. C'est donc en progression.

- La même obligation est faite aux organismes d'assurance maladie qui gèrent, quelques 318 centres de santé (dont 234 centres du régime minier). Le régime minier est confronté au problème de l'équilibre financier de ses centres, ce qui incite les nouvelles caisses

[27] rapport IGAS sur les centres de santé 1999

régionales gestionnaires (CARMI) à travailler sur une restructuration importante de leur offre de soins.

- Les congrégations étaient assez largement représentées dans l'enquête de 1995 avec 19% des centres gérés, mais il s'agit essentiellement des centres de soins infirmiers. Un centre comme celui de l'ABEJ (*Association baptiste pour l'entraide et la jeunesse*) à Lille, plus particulièrement tourné vers les sans domicile fixe, est né en 1985 d'une initiative des bénévoles d'une paroisse protestante.

- Les communes, enfin, représentent 12% des gestionnaires, notamment en région parisienne où elles se sont particulièrement impliquées dans la création de centres de santé au lendemain de la deuxième guerre mondiale. Sur Paris, les centres de santé municipaux sont passés de 26 à 5, mais les centres privés sont en progression.

La taille et l'activité

Outre la diversité des gestionnaires, se regroupent sous le vocable centres de santé des concepts extrêmement différents. En dehors des centres infirmiers le plus souvent isolés et mono activité, on distingue essentiellement :

- de petits centres de proximité qui assurent des soins dentaires (2 à 4 fauteuils en moyenne), et/ou des consultations de généralistes (centres de Grenoble) qui font office de médecin traitant[28] pour la population de l'environnement : le nombre d'intervenants est en moyenne de 5 à 10 ETP, ces centres ont vocation à desservir la population qui vit ou travaille dans le quartier ;
- des centres de taille moyenne, polyvalents, offrant à la fois des consultations de généralistes et de spécialistes (gynécologie, diabétologie, rhumatologie ..), des soins dentaires ainsi qu'un plateau technique minimal (radiologie et laboratoire sur place ou commun à plusieurs centres), des soins d'auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes) et éventuellement des prestations de diététiciennes ou d'assistantes sociales : ils ont à la fois une vocation de proximité sur le quartier et de recours sur la ville et peuvent être couplés avec des antennes et /ou centres dans les quartiers ;
- des centres très importants drainant non seulement une patientèle de proximité, mais répondant soit à des besoins liés aux migrations domicile/travail : les effectifs médicaux peuvent alors dépasser les 150 médecins, exerçant le plus souvent à temps partiel dans ces centres.
- Enfin, il existe quelques centres ne proposant que de l'imagerie, ils sont peu nombreux et leur qualification fait débat car le code de la Santé Publique ne cite pas explicitement les activités de diagnostic (un contentieux initié par la CPAM du Var est en cours à l'encontre d'un arrêté d'agrément concernant un centre de santé mutualiste d'imagerie attenant à un établissement de santé). Compte tenu de la difficulté à maintenir un libre choix entre offre publique et offre libérale dans cette discipline, l'existence de centres de santé pratiquant l'imagerie, comme celui de Roanne, peut pourtant être très utile.

Compte tenu de cette diversité, portant à la fois sur la nature de l'offre mais aussi sur les conditions de gestion de ces structures, on imagine bien que les réponses aux questions de coordination ne sont pas sur les mêmes enjeux.

[28] article 7 de la loi du 13 août 2004

La localisation

Les centres sont très inégalement répartis sur le territoire français, ce qui peut constituer un obstacle par rapport à une politique de structuration de l'offre ambulatoire.

Les centres de soins infirmiers, les plus nombreux, sont essentiellement en zone rurale et dans l'Ouest de la France ;

Les centres médicaux et polyvalents sont concentrés sur un peu plus d'une vingtaine de départements en Ile-de-France (Paris et petite couronne), Nord-Pas-de-Calais, Est, Rhône-Alpes, Paca.

Les centres de soins dentaires sont très largement répartis, moins d'une dizaine de départements en sont dépourvus, ce qui traduit bien la dynamique constatée sur ce type de centres qui répondent à un besoin dans lequel leurs caractéristiques sont particulièrement attractives (tiers-payant et maîtrise des coûts).

La différence dans l'attractivité de l'exercice en centre de santé par rapport aux cabinets de groupe et aux maisons médicales porte essentiellement sur :

- le statut de salarié qu'ils proposent,
- la décharge totale des démarches et charges administratives
- un état d'esprit par rapport à une conception globale de la médecine, liée notamment à la possibilité de participer à des activités de coordination, de prévention et d'éducation de la santé,
- une capacité à définir un projet collectif préparé dans le cadre d'une CME ou équivalent,
- un intérêt intellectuel par rapport aux pathologies rencontrées, et par rapport aux protocoles d'évaluation des bonnes pratiques,
- une maîtrise du temps de travail et une souplesse certaine dans l'emploi du temps, convenant particulièrement aux femmes, mais aussi à tous ceux qui souhaitent pouvoir diversifier leur activité.

Enfin, les centres de santé partagent avec les maisons médicales une pluridisciplinarité associant au minimum des infirmières, et qui peut, dans le cas des centres, être plus largement étendue à d'autres personnels paramédicaux (kinésithérapeutes, psychologues, diététiciennes) ou sociaux (assistante sociale, médiatrice).

Exercice collectif, structure administrative et pluridisciplinarité conjugués permettent, en période de ressources rares, de recentrer au maximum les professionnels sur les soins.

Chapitre 22

L'accord national & le tiers payant.

Par le Dr Alain Lesiour

L'ACCORD NATIONAL

L'accord national, entre les trois caisses d'assurance maladie et les huit organisations alors représentatives des gestionnaires de centres de santé, rassemblées au sein du Regroupement National des Organisations Gestionnaires de Centres de Santé (RNOGCS), a été signé le 19 novembre 2002 et promulgué au journal officiel du 19 avril 2003.
Il s'agit d'un texte d'importance pour les centres de santé et dont la portée ne peut être appréciée qu'en fonction du contexte dans lequel il a été négocié.

Un peu d'histoire

La bataille de plusieurs décennies que les centres de santé ont entreprise pour leur reconnaissance officielle a trouvé son aboutissement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Celle-ci a en effet intégré les centres de santé comme structures sanitaires à part entière dans le Code de la santé publique et a inscrit, dans le Code de la sécurité sociale, le principe d'un accord national ainsi que les principaux points qu'il doit aborder.
Jusqu'à la signature de cet accord, les rapports entre les caisses d'assurance maladie et les centres de santé étaient régis par une convention-type, élaborée par les services du ministère de la santé et promulguée sous forme de décret, puis signée individuellement par les centres de santé avec les caisses primaires d'assurance maladie dont ils dépendaient.
L'accord national est donc le premier texte conventionnel réellement négocié. Les centres de santé ont la possibilité, individuellement, d'y adhérer ou pas. Le Code de la santé publique précise que les centres qui n'adhèrent pas à cet accord continuent à être agréés, à pratiquer le tiers payant, à bénéficier des tarifs conventionnels et du remboursement d'une partie des charges sociales relatives au professionnels soignants (dite « subvention » TEULADE) à l'instar de ce que les caisses consentent pour les praticiens conventionnés. Cet accord constitue le pendant des conventions signées entre les caisses et les différentes catégories de professionnels libéraux. Contrairement à celles-ci il n'est pas signé par les professionnels prestataires d'actes, mais par leurs employeurs.

La négociation

Elle débute le 29 juin 2000, après une enquête de représentativité diligentée par les services du ministère de la santé et qui aboutit à la reconnaissance des huit organisations qui composent le RNOGCS. Elle va durer plus de deux ans et nécessiter plus de vingt séances plénières.
La durée de cette négociation peut sembler considérable mais s'explique par la nécessité, pour les parties en présence, de mieux se connaître. En effet, avant cette négociation, il n'existait quasiment pas de relations, au niveau national, entre l'assurance maladie et les centres de santé. L'essentiel de leurs relations s'établissait au niveau départemental. Les caisses découvrirent ainsi peu à peu les caractéristiques et l'originalité des centres de santé, qu'elles assimilaient globalement à des cabinets de groupe dont les membres seraient salariés. De leur côté, les gestionnaires de centres de santé apprirent à connaître le fonctionnement, un peu

lourd, des caisses et découvrirent la grande méconnaissance que celles-ci avaient du travail social et de l'exercice collectif et coordonné caractéristiques des centres de santé.
Outre cette découverte mutuelle, la négociation devait également permettre de concilier les objectifs des deux parties en présence. Pour l'assurance maladie, il s'agissait de décliner aux centres de santé la politique qu'elle appliquait aux professionnels libéraux, notamment l'encadrement, dit médicalisé, des dépenses d'assurance maladie, le système SESAM-Vitale, ainsi que la contractualisation individuelle de l'assuré avec un médecin généraliste, dans le cadre du dispositif du médecin référent alors appliqué aux médecins libéraux volontaires. Pour les centres de santé, il s'agissait de faire reconnaître et valoriser la spécificité de leur activité, à travers la fin de certaines mesures discriminatoires par rapport aux professionnels libéraux (notamment la possibilité de facturer des actes hors nomenclature, principalement en dentaire, ainsi que la possibilité de faire financer en partie par les caisses l'équipement informatique des centres), mais également de faire reconnaître et prendre en charge les surcoûts liés aux spécificités de l'exercice en centre de santé en matière de gestion du tiers payant, de coordination des soins et d'accueil médico-social. Sur ce dernier point il ne fut pas possible d'avancer, les caisses considérant que les mesures destinées à faciliter l'accès aux soins, et leur financement, relevaient des prérogatives de l'État.

Le contenu de l'accord national

S'agissant d'un document de près de cent pages, il n'est évidemment pas question d'en proposer une description exhaustive, mais simplement d'en souligner les points essentiels.
Il comprend deux grandes parties : un socle de base et trois dispositifs optionnels (médical, dentaire, infirmier). Ces deux parties sont précédées d'un important préambule, largement écrit par les représentants des centres de santé, qui synthétise la « philosophie » de l'accord.

Le socle de base comprend un certain nombre de dispositions d'ordre général, parmi lesquelles la possibilité de facturer des actes hors nomenclature, mais également des dispositions fondamentalement nouvelles comme l'organisation et le financement de la formation professionnelle conventionnelle des professionnels soignants des centres de santé, ainsi que le financement des actions de prévention et d'éducation sanitaire menées par les centres. Il autorise les centres à participer à toutes les actions menées dans le cadre des fonds nationaux de prévention dans les mêmes conditions que les autres acteurs sanitaires (les centres en étaient jusque-là exclus). Il prévoit l'intégration des centres de santé dans le système informatique des caisses, dit SESAM-Vitale, et ses contreparties financières en matière d'aides à l'investissement informatique des centres et à la télétransmission. Il définit les modalités de la vie conventionnelle, au travers notamment des instances paritaires nationales et régionales (départementales pour la région Île-de-France), ainsi que les conditions d'application aux centres de santé des conventions nationales des professionnels de santé libéraux.

Les trois dispositifs optionnels visent à définir les engagements particuliers, et les rémunérations afférentes, pris par des centres volontaires en matière de coordination des soins.
Le dispositif optionnel des centres médicaux comprend principalement :

- La désignation par l'assuré (qui doit être âgé d'au moins 16 ans) d'un médecin généraliste coordinateur, formalisée par un document adressé à la caisse dont il relève.

- La mise en place, sous la responsabilité du médecin coordinateur, d'un document médical de synthèse, comprenant un plan de prévention personnalisé, intégré au dossier médical du patient et accessible à tous les membres de l'équipe soignante
- L'élaboration d'un plan de soins pour les malades en ALD
- L'engagement du centre à participer à la permanence et à la continuité des soins, dans le cadre du droit commun s'appliquant aux professionnels de santé qui y travaillent
- La mise en place d'un système de réponse concernant les demandes de visites à domicile. Celles-ci peuvent être effectuées, soit par les praticiens du centre, soit par des praticiens vers lesquels le centre aura orienté le patient.
- Le respect des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques par l'équipe médicale du centre.
- L'assuré adhérent s'engage à ne pas consulter un médecin généraliste exerçant en dehors du centre de santé, sauf urgence ou situation exceptionnelle. Si besoin, il recourt à un spécialiste, de préférence exerçant dans le centre, choisi en commun avec son médecin coordinateur.
- Les médecins coordinateurs doivent participer chaque année à une action de formation professionnelle conventionnelle.
- La rémunération de l'option est de 46 € par an et par patient.

L'accord prévoit des obligations allégées, durant les années 2003 et 2004, pour les centres optants afin de leur permettre une mise en œuvre progressive de l'option.
L'option des centres dentaires est assez similaire et comprend, outre la désignation par l'assuré d'un chirurgien-dentiste coordinateur, un dossier dentaire comprenant un bilan complet de l'état bucco-dentaire ainsi qu'un plan de prévention personnalisé. Il prévoit également la remise au patient d'un carnet personnel d'information et de liaison contenant les informations essentielles relatives à sa santé dentaire et utiles à celui-ci ainsi qu'aux autres professionnels de santé qu'il pourrait consulter. La rémunération de l'option est de 50 € pour la première année et de 30 € pour les années suivantes.
L'option spécifique aux centres de soins infirmiers comprend l'organisation d'une coordination, interne et externe, avec des outils spécifiques. La rémunération de l'option est forfaitaire et dépend du nombre d'infirmières de la structure calculé en équivalent temps plein. L'adhésion du patient n'est pas requise.

L'accueil reçu par l'accord national

Il a été très favorable parmi les gestionnaires de centres de santé qui ont apprécié les avancées qu'il contenait, d'autant que leurs organisations représentatives avaient participé à la négociation de l'accord et les avaient tenus régulièrement informés de leur déroulement.
Il fut plus mitigé, et sur certains points hostile, chez les organisations des professionnels soignants des centres, notamment le syndicat des médecins. Ces organisations avaient en effet demandé à participer aux négociations de l'accord national, à l'égal des organisations de gestionnaires, et avaient déposé des dossiers lors de l'enquête de représentativité préalable à la négociation de l'accord. Leurs demandes avaient été rejetées. Si ce refus était prévisible, il n'en fut pas moins mal ressenti par les organisations de professionnels. L'essentiel des griefs qu'elles portaient à l'encontre de l'accord résidait dans les dispositifs optionnels, médical et dentaire. Elles s'opposaient à l'adhésion individuelle des patients à ces options dont elles craignaient qu'elles n'introduisent une différence de traitement entre les patients, selon qu'ils adhérent ou non. Elles y voyaient en outre la préfiguration de filières de soins auxquelles elles étaient hostiles.

Sept ans après la signature de l'accord national, il faut reconnaître que ces craintes étaient infondées. En témoigne l'adhésion ultérieure aux dispositifs optionnels de certains de leurs détracteurs. L'exemple des centres pionniers ainsi que l'instauration du dispositif du médecin traitant, concrétisé par un document signé par le patient et par son médecin, ont certainement conduit à cette évolution. Il faut néanmoins souligner que le faible taux initial d'adhésion des centres aux options médicale et dentaire (alors que les centres infirmiers ont d'emblée adhéré massivement à leur option spécifique), n'a pas pesé positivement dans le rapport de forces avec les caisses d'assurance maladie. Celles-ci ont eu beau jeu de faire remarquer qu'il existait pour le moins une distorsion entre les déclarations des négociateurs au niveau national et le faible niveau d'adhésion à ces options. La valorisation au travers de celles-ci des spécificités de l'exercice en centre de santé et leur reconnaissance, y compris financière, ne rencontrant qu'un modeste écho au niveau des centres, notamment municipaux (un certain nombre de centres associatifs et mutualistes, confrontés à une situation financière critique, s'étaient emparés dés le départ de cette possibilité de financement).

La mise en œuvre et l'évolution de l'accord national depuis sa signature

Un double constat peut tout d'abord être fait en la matière. D'un côté, force est de constater que les évolutions de cet accord ont été, du fait des caisses, extrêmement limitées. Quatre avenants ont été signés depuis 2003. Ils portent sur la télétransmission, les modalités de l'option dentaire et les instances conventionnelles, et constituent pour l'essentiel des ajustements techniques. Malgré les demandes répétées des organisations représentatives des centres, aucune déclinaison des conventions signées avec les libéraux n'a été discutée. Si l'on considère que, depuis sa signature en 2005, la seule convention avec les médecins libéraux a été suivie de trente et un avenants, on peut mesurer le peu d'enthousiasme des caisses pour une vie conventionnelle dynamique. D'un autre côté, et même si les caisses ont refusé d'appliquer aux centres la rémunération relative au dispositif du médecin traitant (40€ par an pour chaque patient en ALD), le principe des options conventionnelles ainsi que leur niveau de rémunération n'a pas été remis en cause. Ceci alors qu'il n'existe pas de dispositifs équivalents pour les infirmiers et les dentistes libéraux et que le dispositif du médecin référent, qui avait largement servi de modèle aux caisses dans leurs propositions relatives à l'option médicale, a été purement et simplement supprimé.
Il faut également rappeler que la suppression du financement des actions de santé publique spécifique aux centres de santé est une conséquence de loi de santé publique de 2004. Parallèlement la formation professionnelle conventionnelle, dont la mise en œuvre a été laborieuse, se déroule de façon globalement satisfaisante et mériterait certainement que les professionnels des centres se l'approprient davantage.
D'importantes difficultés tiennent par ailleurs à la mise en œuvre du système SESAM-Vitale et à l'insuffisante prise en compte des spécificités des centres de santé en la matière. Si ces problèmes ne résultent pas directement de l'adhésion à l'accord national et retentissent également sur les rares centres qui n'y adhèrent pas, il faut néanmoins constater qu'il est très difficile de faire prendre en compte par les caisses, y compris au sein du comité technique paritaire national SESAM-Vitale, les contraintes résultant de la pratique systématique du tiers payant par les centres.

L'avenir de l'accord national

Il est évidemment bien difficile de le prédire. Il est certain que les centres de santé, comme les autres acteurs sanitaires, n'échapperont pas aux tentatives de les intégrer dans une politique

générale d'encadrement et de restrictions des dépenses de santé. Dans ce contexte peu favorable, il nous semble cependant possible de proposer deux pistes de réflexion.

La première concerne l'association des professionnels soignants, et de leurs organisations représentatives, à la vie conventionnelle et donc à l'évolution de l'accord. Il nous apparaît que les gestionnaires et les professionnels n'ont pas le même niveau de responsabilité dans la vie des centres et que la revendication par les professionnels du statut de salarié (avec ses contraintes, notamment l'existence d'un lien de subordination à leurs employeurs, mais aussi ses avantages) doit, selon nous, les conduire à accepter qu'en dernier ressort et pour toutes les dispositions qui ne mettent pas en cause leur indépendance technique, l'avis des gestionnaires soit prépondérant. Cependant, ceci ne doit pas conduire à pérenniser la situation actuelle où les organisations de professionnels ne participent pas à la vie conventionnelle et à considérer les antagonismes apparus lors de la négociation initiale de l'accord comme indépassables. Il reste donc à définir en commun, gestionnaires et professionnels, de nouvelles modalités de collaboration (qui pourraient d'ailleurs être déclinées au niveau de chaque centre) respectueuses des aspirations de chaque partie. Ceci ne devrait pas être un obstacle insurmontable si l'intérêt des centres, et donc de leurs usagers, est pris en compte prioritairement.

La seconde concerne la possibilité d'un tronc commun conventionnel entre les centres de santé, notamment polyvalents, et les maisons de santé. S'il n'est évidemment pas question de faire silence sur les différences entre ces deux types de structures, il faut reconnaître que, dans leurs intentions respectives, principalement dans la mise en œuvre d'un exercice pluri professionnel coordonné et dans la prise en compte des besoins sanitaires des populations, il existe de fortes convergences. Des dispositions conventionnelles communes (ce qui ne signifie pas une convention unique), visant notamment à la prise en compte par les caisses des spécificités de l'exercice coordonné et de sa plus-value sanitaire, mais aussi des surcoûts qu'ils induisent, seraient donc de nature à favoriser le développement de ces types de structures.

Sur ces deux points, comme sur bien d'autres, le débat est ouvert.

LE TIERS PAYANT

Le tiers payant est une pratique étroitement liée au concept de centre de santé et souvent citée, par les usagers des centres, comme une des raisons principales de leur attractivité. Cette forte liaison contribue souvent à considérer son existence comme allant de soi. Il s'agit en fait d'un acquis souvent remis en cause et qui, plus que défendu, mérite d'être étendu.
Sous son acception la plus habituelle, le tiers payant consiste pour le patient à ne pas faire l'avance des sommes laissées à la charge de la sécurité sociale. On parle ainsi souvent, comme dans l'accord national, de dispense d'avance des frais. Cette définition, qui associe la pratique du tiers payant à l'assurance maladie obligatoire est certainement restrictive. En fait, la notion de tiers payant peut être étendue à d'autres tiers payeurs, notamment l'assurance maladie complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance, assurances).

Quelques réflexions autour du tiers payant

Un débat qui ne semble jamais clos consiste à s'interroger sur l'éventuel caractère inflationniste du tiers payant en matière de dépenses de santé, ce qui induirait, pour beaucoup de « spécialistes » de la santé et de son économie, qu'il faille le restreindre aux catégories d'usagers qui seraient présumées en avoir un besoin vital.

Effectivement, la pratique du tiers payant conduit certaines populations à un plus fort recours au système de santé et donc à une augmentation des dépenses. Une analyse plus fine montre que si ce sont les personnes socialement les plus fragilisées qui augmentent ainsi leur consommation de soins, cet accroissement ne les amène qu'à accéder au même niveau de recours aux soins que les personnes qui ne bénéficient pas du tiers payant. Ce dernier joue donc un rôle important en matière de réduction des inégalités sociales d'accès aux soins.
Si on veut bien réfléchir à l'essence des cotisations sociales, pourquoi ne pas considérer que la pratique du tiers payant devrait être la norme et non pas l'exception. En effet, les personnes qui bénéficient des prestations des différents régimes d'assurance maladie, obligatoires ou complémentaires, ont le plus souvent contribué par leurs cotisations ou celles de leurs employeurs (qui ne constituent au fond qu'une autre part de leurs salaires) à abonder les caisses de ces différents régimes. Par conséquent, les remboursements qu'ils perçoivent ne constituent qu'une forme de restitution de leurs cotisations. Il n'est peut-être donc pas indispensable qu'ils paient deux fois une prestation sanitaire avant de se la faire rembourser.

Trois propositions

Tout d'abord, il faut constater que le système SESAM-Vitale contient déjà toutes les potentialités pour une pratique du tiers payant intégral, c'est-à-dire pour tous les actes et avec tous les assureurs. L'exemple du tiers payant pharmaceutique est là pour montrer que cela est techniquement possible. La mise en œuvre du tiers payant intégral n'est donc qu'une décision politique.

Ensuite, qu'il n'est pas légitime de considérer comme une évidence la mise en place d'un tiers payant social (système qui consiste à réserver la pratique du tiers payant chez les professionnels de santé libéraux aux patients socialement les plus en difficulté), actuellement expérimenté au niveau de certaines caisses primaires d'assurance maladie et dont on envisage la généralisation. Le tiers payant, au moins avec l'assurance maladie obligatoire, peut-être étendu sans condition à l'ensemble des assurés.

Enfin, il nous semble que le coût de la pratique du tiers payant, variable selon les acteurs sanitaires qui le pratiquent et considérable dans le cas des centres de santé, doit être pris en charge financièrement par les caisses d'assurance maladie.

Chapitre 23

Communes, Santé Publique & Centres de Santé.

Par M. Patrice Voir

Responsabilité et transversalité

L'État est responsable de la santé publique, même si là aussi il se désengage, garant de la santé de chacun, garant de l'égalité de tous sur tout le territoire. Ce ne sont pas aux collectivités d'assurer cette responsabilité et de palier à ses déficiences.
En même temps, la santé est un élément capital du contrat républicain, de l'égalité, du bien-être, de la paix sociale, de la tranquillité publique et par toutes ces entrées. Toutefois, la parole des élus locaux, dans le domaine de la santé, est essentielle. Il est donc impossible de ne pas prendre cette dimension en considération dans l'ensemble des politiques que nous menons. Que nous parlions de transport, de logement, de scolarisation, de sport, de culture, d'action sociale, d'insertion professionnelle, la question de la santé doit être une préoccupation transversale de toute l'équipe municipale.
La mise en œuvre de l'ensemble des politiques, et particulièrement des politiques de santé, ne peut pas se faire si nous n'y mettons pas les mains, ne nous engageons pas. Ce qui revient à dire que, sans l'engagement des villes et de leurs élus, il n'y aurait pas de santé publique pour tous.
En France la structuration des niveaux infrarégionaux a connu plusieurs fluctuations historiques. La ville et la santé constituent un couple marqué de hauts et de bas ! Les municipalités étaient très investies en hygiène publique et médecine sociale à la fin du 19ème et début du 20ème puis, leur retrait de ce domaine a été progressif ; un coup de frein a même suivi les lois de décentralisation de 1983. En dehors d'un faible nombre de villes très engagées dans le domaine de la santé, souvent celles d'ailleurs qui comptent un centre de santé, la relance de l'investissement des villes s'est faite, de manière frileuse, aux époques sida, toxicomanie, RMI, renforcée avec la Politique de la Ville (DSU, DSQ, contrat de ville), et un coup réel d'accélérateur a été donné avec la circulaire de juin 2000 sur les Ateliers Santé Ville.
L'intervention en santé prend des formes variables selon les villes : environ 250 disposent d'un service communal et de santé, 70 adhèrent au réseau des Villes-Santé initié par l'Organisation Mondiale de la Santé. Ce réseau considère que les territoires urbains sont des échelons pertinents d'intervention sur la santé, adopte le concept de « santé pour tous » et décide d'agir notamment sur la protection de l'environnement, la justice sociale et la participation du citoyen.
Autre préoccupation, pour les élus, la France est en tête de peloton de l'Europe pour les inégalités sociales de santé.

L'échelon local est un échelon absolument pertinent pour connaître les besoins de santé des populations, pour connaître les problèmes d'accès aux soins et construire des réponses adaptées avec l'ensemble des acteurs locaux.

Par acteurs locaux, il faut entendre toujours à la fois les professionnels, qui sont les experts dans leurs domaines de compétence, mais aussi les habitants qui sont, comme le disait un ancien ministre de la santé, « les experts du quotidien ». Il faut dresser cet état des lieux à la fois de façon quantitative, à partir des données que nous avons, mais également qualitative,

dans les quartiers. C'est par exemple tout l'intérêt des ateliers Santé-Ville permettant de voir quelle est la perception des priorités de santé posées, dans les quartiers.

Ce n'est qu'au niveau des communes, au niveau des collectivités territoriales, qu'on va pouvoir jouer sur les déterminants des états de santé, qu'on va pouvoir développer une approche intersectorielle avec un recensement rigoureux des besoins des citoyens.

Dans la reconfiguration actuelle du paysage territorial (réforme des collectivités territoriales) et du paysage de la santé (loi « Hôpital, Santé, Patients et territoires », mise en place des Agences Régionales de Santé, prochaine loi de santé publique), les collectivités ont à se repositionner et à se réorganiser pour apporter une réponse cohérente aux besoins de santé de la population.

Le centre de santé : outil de proximité et levier privilégié ?

Les centres de santé se présentent sous des formes regroupées ambulatoires, des structures de proximité, donc en lien avec leur environnement, qui permettent à des professionnels de santé de disciplines diverses d'exercer une pratique collective. Il s'agit d'une offre de soin alternative, non libérale privilégiant un exercice médical "lent" où l'on prend le temps d'informer, d'expliquer.
Les centres de santé ont pour mission **de faciliter l'accès à des soins de qualité pour tous, l'accompagnement social, la formation**. Ils pratiquent toujours le tiers payant ainsi que des tarifs de secteur 1. Ils participent à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation à la santé.

Les centres de santé ont tous un gestionnaire qui peut être municipal, mais aussi associatif ou mutualiste. Les centres de santé ont largement été précurseurs dans de multiples domaines : regroupement des professionnels, prise en compte des besoins nouveaux des populations, pratiques collectives des professionnels de santé, accès aux soins pour tous. La fonction de coordination des soins, assurée par les centres de santé est à la fois un des principes fondateurs de leurs pratiques et un élément qui les différencie des autres modes d'exercice dans le secteur des soins ambulatoires. Cette fonction de coordination se caractérise par un mode d'organisation interne et externe, des outils formalisés (dossier médical, plan personnalisé de prévention, cahier de transmission…).

Ce qui est le plus préoccupant pour beaucoup des élus que nous sommes, c'est l'offre de soin et de santé. C'est aussi l'accès facilité ou freiné à cette offre de soin et de santé, frein géographique ou financier ainsi que l'amélioration de l'état de santé de nos concitoyens, à travers toutes les actions de santé publique.

Pour toutes les raisons évoquées, plus haut notamment, l'accès aux soins, la prévention, l'éducation à la santé… le centre de santé, quand il existe, est un atout et un partenaire privilégié pour une ville engagée en santé.

Prenons l'exemple de Grenoble

La population de la ville de Grenoble a doublé après les Jeux olympiques en 1968. Les centres de santé ont été créés en 1973, dans les quartiers sud de la ville de Grenoble où sont concentrés de nombreux logements locatifs publics. Ce sont les centres de santé qui sont la ressource médicale du territoire.

Leurs missions sont très classiques : l'accès aux soins pour tous évidemment, avec un effort particulier pour l'accès aux droits et l'accompagnement des personnes, qui est à l'origine et qui explique le nombre important de secrétaires médicales dans cette structure.

Les médecins sont formés à introduire la prévention individuelle dans l'acte de soin et à participer à des projets collectifs de prévention et d'éducation pour la santé, notamment autour de la nutrition.

Les quatre centres de santé sont au cœur des zones urbaines sensibles et le cinquième est au cœur de la vieille ville où sont notamment concentrées les populations immigrées, avec des migrants vieillissants.

Il y a plus de 21000 patients suivis qui viennent tous quasiment de la ville de Grenoble, alors qu'il y a des communes très proches aux alentours. C'est donc vraiment un service local.
Les bénéficiaires de la CMU-C atteignent 24,30%. C'est un indicateur très clair - une proportion tout à fait considérable, par rapport à la moyenne nationale - qui montre que ces centres de santé ciblent la population qu'il fallait toucher. Pour la ville de Grenoble, les centres de santé sont vraiment des co-acteurs de la municipalité pour l'accès de tous aux soins et aux droits. Co-acteurs, parce que la ville, elle-même, a mis en place une politique à travers un service municipal de santé scolaire qui est un observatoire extrêmement précieux au regard des besoins des enfants et qui permet d'influer sur les choix des centres de santé.

Un exemple : le choix de l'orthophonie, comme une piste de nouvelle intervention, provient du constat fait par les équipes de santé scolaire. Il y a un véritable aller-retour entre ces deux formes de présence. Il existe aussi un partenariat dans le cadre de la prévention de l'obésité. Les enfants dépistés, par la santé scolaire, peuvent bénéficier d'une prise en charge par le centre de santé. De plus, la ville s'est dotée d'un Conseil Local en Santé Mentale. Ce conseil rassemble tous les partenaires, la psychiatrie publique bien sûr, mais aussi tous les acteurs locaux de la santé mentale. Les villes sont extrêmement interpellées par toutes les questions de santé mentale, troubles de voisinage… Grenoble a institué une commission pour les situations complexes, comprenant l'Etat, la psychiatrie publique, un médecin généraliste d'un centre de santé, les services sociaux. Il est très important de comprendre ce qu'une ville peut faire à ce niveau-là. Dernier exemple, deux des cinq centres de santé de la ville sont localisés sur le quartier de la Villeneuve. Ce quartier a été pendant l'été 2010 sous les feux des projecteurs pour des violences urbaines, relayées par la violence médiatique, avec tous les traumatismes qu'entraîne ce genre de situations. La cellule d'aide psychologique du CHU était dans l'incapacité de répondre. La ville, dans le cadre de ses actions sur la souffrance psychosociale, a un dispositif de point d'écoute et a été en capacité avec les centres de santé de le renforcer et de faire face à cette situation aigue.

Les centres rencontrent des problèmes d'équilibre financier. Les actes faits par les médecins et par les infirmières apportent à peu près la moitié du budget. Le reste est assuré par des conventions avec les collectivités territoriales. L'assurance maladie contribue aussi à travers la rémunération de la coordination des soins.

Dès que de nouveaux projets émergent, par rapport à la nutrition ou dans n'importe quel autre domaine, ce n'est plus le fonctionnement qui est financé mais la nouvelle prestation. On ne peut donc pas équilibrer un budget déficitaire avec des projets et c'est toujours la course aux financements.

Les centres de santé se sont engagés dans une évaluation médico-économique ne concernant pas seulement l'équilibre budgétaire mais aussi tout un champ de réflexion sur l'évaluation des pratiques professionnelles et des services rendus et apportés.

L'Agence Nouvelle des Solidarités Actives a été l'opérateur d'une étude consistant à travers la construction de tableaux d'indicateurs (indicateurs de qualité des soins, indicateurs de prise en charge, indicateurs de coordination, indicateurs de satisfaction des acteurs…) à évaluer les capacités du centre de santé, dans des domaines qui sont aussi des priorités pour l'assurance maladie aujourd'hui.

Dans ses conclusions rendues en Juin 2008, l'ANSA note que: **« l'efficience économique n'est pas aisément objectivable, hormis sur le comportement des professionnels eux-mêmes, en revanche la valeur ajoutée en terme de prévention et d'amélioration de la qualité des soins est très franche. »**

L'attention portée par les centres de santé aux problématiques de santé publique est un avantage comparatif majeur pour permettre à des populations difficilement perméables aux actions de prévention d'accéder à l'information, à la prévention et aux soins adaptés. Ainsi, il doit être souligné que **la dépense en consultations de spécialistes supérieure à la moyenne nationale constitue un point satisfaisant dès lors que la question de santé publique sous-jacente est la difficulté d'accès aux spécialistes pour les populations localisées dans les zones urbaines sensibles. »**

Plus généralement, il a été souligné deux traits importants, susceptibles d'alimenter un débat plus vaste que l'étude des centres de santé.
D'une part, l'application ponctuelle et aléatoire du score Epices montre une précarité singulière beaucoup plus importante que celle retenue par les données administratives, et notamment les données relatives aux patients bénéficiaires de la CMU ; d'autre part, sur plusieurs enquêtes, les professionnels ont pu mentionner dans ¾ des cas des situations d'inobservance auprès de leur patient.

Ces deux traits soulignent le lien étroit mais à la fois mal explicité et mal traité par le système de soins actuel, des situations de fragilité sociale et de leur prise en charge par la médecine.

Engagés volontairement dans une stratégie de valorisation de leur activité, les centres de santé de Grenoble ont montré à l'aide d'une analyse qualitative et quantitative l'apport de ce type de structure dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge en général et leurs avantages cumulés au contact de publics spécifiques.

L'association des centres de santé, pilier de l'offre de soins à l'égard des populations les plus fragiles, est pourtant chroniquement déficitaire. La situation Grenobloise n'est pas isolée. Les centres de santé rencontrent des difficultés économiques d'ordre structurel.

Des charges de structure importantes dues à la gestion du tiers payant, des coûts d'équipement et de maintenance informatiques, l'accueil et le suivi de populations spécifiques, la prise en charge de patients lourds et chroniques, un financement des modes de travail collaboratif insuffisants sont à l'origine de ces difficultés économiques.

La loi de finances pour la sécurité sociale de 2008 a ouvert la possibilité pour les centres de santé d'expérimenter de nouvelles formes de rémunérations tandis que de nouvelles possibilités de transferts de tâches sont envisagées.

L'association des centres de Santé de Grenoble s'est engagée dans cette expérimentation mais pour l'instant les recettes nouvelles sont en deçà de ce qui était espéré.

La loi « Hôpital, patient, santé et territoire » nous fait entrer dans un nouveau paysage de santé avec la mise en place des Agences Régionales de Santé et la structuration au niveau régional de la politique de santé de l'Etat.

La loi HPST a acté le principe de Contrats Locaux de Santé, contrats négociés entre la préfecture, L'ARS et la collectivité territoriale.

Avec les Contrats Locaux de Santé, l'enjeu pour l'Etat est la mise en œuvre sur le terrain d'une politique et des actions de promotion de la santé et de santé publique.

Pour les divers acteurs locaux, et les centres de santé qui en sont partie intégrante, un des enjeux est qu'ils puissent, dans le cadre de ces Contrat Locaux de Santé mettre en œuvre une politique et des actions de promotion de la santé et de santé publique correspondant aux besoins des populations et conformes à leurs attentes.
Enfin, quant aux citoyens, l'enjeu est que ces Contrats Locaux de Santé puissent contribuer au renforcement de la démocratie sanitaire et répondre à leurs besoins de santé.

Tout l'enjeu des contrats locaux de santé est bien de permettre une meilleure organisation locale de la promotion de la santé et de la santé publique.

Qui dit contrat local de santé dit, au préalable, élaboration d'un plan local de santé. Par le plan local de santé, la collectivité affirme son engagement politique et assied un projet stratégique de santé publique allant au-delà de la juxtaposition d'actions. Engager la rédaction du Plan Local de Santé c'est évaluer : les choix et les réalisations opérées, consolider la qualité de ce qui se réalise, définir nos priorités, mettre en œuvre les articulations avec les partenaires. Ainsi, j'ai souhaité que l'on travaille pour articuler projet médical du centre de santé et plan municipal de santé. Les interrogations sont les suivantes : à quelle échelle territoriale souhaitons-nous mener l'action? Nos modalités de pilotage sont-elles pertinentes? Dotée d'un plan local de santé, la collectivité sera ensuite en mesure de demander sa contractualisation via un Contrat Local de Santé. Restera à débattre de la mise en adéquation des moyens par rapport à des objectifs ambitieux convenus entre les collectivités et l'Etat.

Pourquoi et comment j'ai créé des centres de santé dans ma ville.

Nous sommes venus habiter avec nos enfants dans le « grand ensemble Orly Choisy » en 1961. Le grand ensemble c'était une cité d'urgence « bidonvillisèe », trois cités de transit, une cité million, la cité lopofa, la cité de la pierre aux prêtres, les cités du domaine gazier. Le grand ensemble regroupait environ 23 000

habitants. Lors du recensement de 1968 la ville d'Orly comptait 30 200 habitants. Ces chiffres illustrent la place du grand ensemble dans la ville.

Les logements du grand ensemble avaient été édifiés dans l'urgence à partir de 1955. Les équipements n'avaient pas précédé et encore moins suivi ces constructions. Même les écoles alors qu'il y avait beaucoup d'enfants n'avaient pas été construites. En 1965 à l'occasion des élections municipales j'ai été élu maire. Parmi les préoccupations les plus urgentes avec l'école, la culture au sens large intégrant le sport, la santé ont été au premier plan.

La ville particulièrement à l'endroit des cités manquait de médecins. Un seul cabinet médical avait été installé dans un appartement du grand ensemble. La plupart des familles disposaient de faibles ressources, nombreuses étaient les familles d'origine immigrées.

Nous avions besoin de médecins et de spécialistes au plus près des habitants et surtout de pouvoir faire bénéficier ces familles du tiers payant. En nous inspirant de l'exemple d'autres villes nous avons décidé de créer un « centre médical municipal ». Le docteur Claude Callebout a accepté d'en prendre la direction, il est venu s'installer à Orly avec sa famille. Nous avons réaménagé les locaux de l'ancien dispensaire municipal, dans le parc Mellies où nous avons ouvert ce qui deviendra l'antenne du centre Calmette construit au cœur du grand ensemble.

On peut dire du centre Calmette qu'il est l'œuvre collective de deux architectes ; Jean et Maria Déroche, d'un médecin Claude Callebout et d'un kinésithérapeute Yves Galliot conseiller municipal chargé de la santé. Ce sont eux qui ont élaboré les plans et suivis avec moi la construction d'un établissement exemplaire à l'époque.

Je suis reconnaissant à tous les médecins et particulièrement aux spécialistes qui nous ont rejoints. Grâce à eux nous avons pu prendre en charge le problème de la santé des orlysiens sur place et prolonger la vie d'un grand nombre. Les centres municipaux de santé, Melies dans le vieil Orly, Calmette au cœur des cités, ont contribué au même titre que le centre culturel, les équipements sportifs, le centre administratif municipal et la nouvelle mairie…. ! À la réalisation de notre projet urbain « Créer la Ville ».

Gaston Viens,
Maire honoraire d'Orly.

Les centres de santé comme lieu de formation

Chapitre 24

La formation des personnels & la Fédération nationale de Formation Continue et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles des Centres de Sante.

Par le Dr Guirec Loyer

De tous temps il a été traditionnel que la formation trouve sa place dans la pratique quotidienne des équipes dans les centres de santé. Le plus souvent informelle, sous la forme de soirées à la fois studieuses et conviviales les personnels se retrouvaient au sein de leur centre ou en associant les professionnels des centres voisins « pour faire corps » et honneur à l'intervenant qui, lui aussi, venait souvent du milieu des centres de santé.

Ces groupes étaient souvent informels, le stade le plus abouti en était sans doute l'association type « loi de 1901 » ayant pour objet d'organiser des EPU (enseignements post-universitaires). Jusqu'au milieu des années 2000, on rencontrait encore ces assemblées constituées de médecins des centres de santé mais aussi de kinésithérapeutes, de dentistes, d'infirmières et mêmes d'agents administratifs. Ils représentaient une grande partie, voire l'essentiel de nos formations professionnelles.

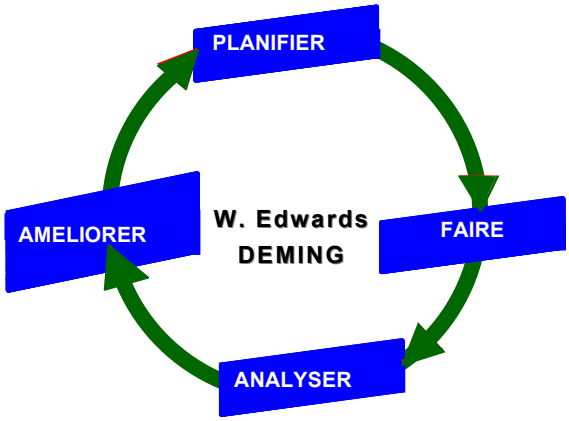
Les plus militants d'entre nous se chargeaient de chercher les sujets pertinents, l'intervenant ad hoc, le lieu et la date de la réunion le plus souvent vespérale ou nocturne. Certains passaient sous les fourches caudines de l'industrie pharmaceutique pour assurer le volet alimentaire... et nourrir ainsi l'assistance.

En 1995, le plan Juppé prévoyait la mise en place de la formation médicale continue. La démarche se précisant dans les ordonnances d'avril 1996 qui prévoyait les modalités de l'obligation de la FMC pour tous les médecins et pour 5 ans. Le texte prévoyait la mise en place d'un conseil national de la FMC ainsi que celle des conseils régionaux. Il était également prévu qu'un fond d'assurance formation soit amené à collecter les fonds destinés à la formation médicale conventionnelle. En mars 2002, lors de la parution de la loi « Kouchner » relative aux droits des malades et à la qualité de la santé, les modalités de mise en place, la composition des conseils nationaux, régionaux, libéraux, salariés n'étaient toujours pas réglés ou pas opérationnels. Ne parlons pas du temps nécessaire à la désignation de l'organisme qui allait gérer le «gros gâteau » constitué par les fonds destinés à la FPC qui restaient l'objet de toutes les convoitises. Il faudra attendre la loi du 9 août 2004 pour que les médecins salariés non hospitaliers soient eux aussi soumis à l'obligation de FMC. Et enfin les lois de juin et juillet 2006 préciseront les fonctionnements des conseils nationaux et régionaux de FMC ainsi que celui des fameuses « grilles » de crédits nécessaires à sa validation.

Dans le même temps apparaissait un second axe de FMC, l'EPP (ou évaluation des pratiques professionnelles). Il s'agit d'une démarche plus que souhaitée par la haute autorité de santé (HAS) et qui vise à l'amélioration de la qualité des soins par une « autoévaluation » de leur pratique par les professionnels ou par un recours à des experts extérieurs. Les modes d'EPP

pouvant être aussi variés que le « staff-EPP » pour les hospitaliers, la revue de dossier en cabinet de groupe ou encore le groupe de pairs, l'audit clinique, le chemin clinique, etc.

La démarche d'EPP se résume assez clairement dans ce schéma (cycle de DEMING) :



Les praticiens restaient tous attentifs aux évolutions de la loi (même si celles-ci tardaient à venir...) qui allaient bientôt contraindre les médecins, les dentistes (puis à échéance les autres professions de santé) à accumuler les « crédits formations », attestant de leur assiduité à se former. La situation rendait nos structures « artisanales » d'EPU de plus en plus inadaptées à des formations « validantes ».

L'obtention des crédits par des méthodes aussi nombreuses qu'incompréhensibles pour la plupart d'entre nous, allait devenir une obligation incontournable pour la poursuite de notre exercice. Sur des périodes de 5 années, la participation à des formations présentielles, l'abonnement à des revues, la participation à des groupes de pairs, des formations voire des évaluations « en ligne » sur Internet, devaient s'imposer à nous pour obtenir ces 250 précieux points sous peine de remontrance de nos instances ordinales et de sanctions plus ou moins graves planant au-dessus de nos pauvres têtes.

Les adhérents des associations, les participants à ces EPU, commençaient à s'inquiéter de la nature « validante » ou non de leur participation à ces réunions peu formalisées et leur assiduité diminuait d'autant plus que les textes tardaient à paraître. D'autres avaient déjà rejoint les organismes de formation de la médecine libérale où, s'ils ne trouvaient pas totalement leur compte, au moins comptaient-ils leurs points.

Si certains ont vu l'arrivée dans la loi d'une formation médicale continue obligatoire comme une nouvelle contrainte, nous étions quelques-uns, au sein des centres de santé, à y voir une chance à saisir. Celle de formaliser nos actions de formation, de les regrouper, de les évaluer, de les valoriser, de les professionnaliser et surtout de les fédérer. C'était l'occasion de donner une impulsion nouvelle à ces réunions que nous faisions vivre depuis si longtemps mais que nous gardions jalousement cachées, nuitamment, derrière les murs de nos structures.
Certes nous aurions pu rejoindre les professionnels de la formation médicale continue aux sigles déjà connus de nos confrères libéraux et aux pignons sur rue extrêmement développés, mais leur offre ne semblait pas rencontrer nos préoccupations.

Au fil des années, nos petits groupes, bien qu'isolés, avaient développé nombre de valeurs communes. Celles de la solidarité, de l'humanisme, de l'approche globale de la personne, du travail en équipe pluridisciplinaire basé sur la coopération et non la concurrence, que nous n'étions pas certains de retrouver dans ces organismes qui nous semblaient, pour tout dire, très éloignés de nous.

Si l'expression d'exercice regroupé coordonné n'avait pas encore fait flores, ce concept non encore désigné comme tel ne nous était pas étranger et nous ne nous reconnaissions pas dans des formations tournées, pour la plupart, vers un exercice exclusivement individuel.
C'est en tout cas ce que quelques uns d'entre nous issus des centres de santé des mines, municipaux et associatifs ont eu l'impression de partager un soir de l'automne 2006 dans une salle du CMS de Malakoff alors en travaux.

A la suite de cette réunion, les choses étaient plus claires pour chacun de nous et une lettre a été adressée à de nombreux collègues que nous savions concernés, et prêts à s'investir dans une démarche commune, afin de garantir et d'autonomiser la formation des professionnels des centres de santé. Le 17 novembre 2006 un courrier invitait plusieurs d'entre nous à se réunir 3 semaines plus tard afin d'évoquer les initiatives diverses mais non agréées qui existaient déjà.

Les décrets encadrant la formation médicale continue venaient donc de sortir et il était urgent que soit créée une structure agréée de formation médicale et d'évaluation des pratiques professionnelles propre à nos modes d'exercice et porteuse de nos valeurs. Pour la toute première fois les mots de *fédération nationale* des associations de FMC et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles des centres de santé étaient évoqués.

Au sortir de cette deuxième rencontre, nous sentions que la nouvelle législation pouvait être prise comme une opportunité pour faire progresser la qualité des soins dans nos centres. Il valait mieux, nous semblait-il, être acteurs de ce processus que d'être amenés à le subir. Nous souhaitions donner des outils pour soutenir des initiatives locales et impulser une démarche fédérative.

Le 26 janvier 2007 se tenait une journée Marathon : l'assemblée générale constitutive de la Fédération National de Formation Continue et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles des Centres de Santé ou FNFCEPPCS (sigle un peu long dont certains considèrent qu'il a le tort ou le mérite de tenter de contenir tous les statuts en quelques lettres...). Ce jour là furent adoptés les statuts de l'association et les premières adhésions individuelles ou associatives concrétisées.

Les statuts prévoient toujours l'organisation des membres en 3 collèges permettant de recevoir des adhésions individuelles au titre du collège des personnes physiques, des adhésions d'associations (libres ou « loi de 1901 ») représentées par leur président ou son représentant au titre du collège des associations, d'accueillir la représentation syndicale au titre du collège professionnel. Les syndicats représentants des professionnels de centres de santé étant membres de droit de la FNFCEPPCS. Il s'agissait là des organisations représentants les kinésithérapeutes, infirmiers, dentistes, médecins, dont de nombreux membres étaient présents dès les prémices de la réflexion sur une fédération de formation et soutiens objectifs de celles-ci.

Un conseil scientifique constitué de nombreux praticiens hospitaliers, d'universitaire et du président du Comité National de Formation Médicale Continue des médecins salariés est

chargé de valider la qualité scientifique des programmes de formation et des actions d'EPP proposées.

Les recettes de la FNFCEPPCS sont assurées par les cotisations des membres.

La Fédération décidait dès ce jour, par fidélité aux valeurs de ses membres fondateurs portées par une charte, de s'affranchir de toute intrusion de l'industrie pharmaceutique. Celle-ci ne devait bien évidemment pas intervenir dans les programmes et une transparence totale était mise en place par la nécessaire et obligatoire déclaration de conflit d'intérêt exigée de tout intervenant. Chassée par la porte d'entrée, il fallait bien entendu se garder que l'industrie du médicament ne revienne par celle de derrière sous la forme d'un soutien aux aspects alimentaires et logistiques. Cette décision fût actée à l'unanimité, même si elle compliquait encore un peu plus les aspects strictement comptables.

Une structure dite de gouvernance professionnelle et une structure projet venaient compléter la réponse aux obligations faites par le Conseil national de la Formation Médicale Continue et la Haute Autorité de Santé.
La première assemblée générale fut suivie immédiatement d'un premier conseil d'administration puis d'un bureau associatif. Le bénévolat des membres du bureau et du Conseil d'administration fut acté dans la charte et les statuts. Au soir du 26 janvier 2007, la FNFCEPPCS était en ordre de marche, les rôles distribués, les taches réparties. Les bases posées, il restait seulement à se mettre au travail...

LA FNFCEPPCS avait vocation à opérer dans la formation médicale continue, l'évaluation des pratiques professionnelles et la formation médicale conventionnelle.

L'obtention de l'agrément pour la FMC et la FPC (formation professionnelle conventionnelle négociée), indispensables à la mise en route des premières formations, était un cap indispensable qui fût passé avec soulagement (et beaucoup de sueur préalable...) dès le 28 décembre 2007.

Les thèmes de FPC étant négociés par les instances professionnelles représentatives au sein de commissions paritaires avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), les thèmes de FMC émergeant des demandes des praticiens.

L'agrément pour l'EPP s'est perdu dans les méandres des évolutions législatives. Chaque nouveau dépôt d'une nouvelle mouture de dossier d'agrément (générateur de pas mal de sueur elles aussi...) se heurtant aux modifications de textes en fixant le contenu.
Finalement l'arrivée de la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) qui refondait toute la formation médicale continue dans le vaste concept de Développement Personnel Continu (DPC) a sonné le glas du dossier d'EPP.

Cette même loi causant la dissolution des conseils régionaux de formation médicale continue et manquant cruellement de clarté sur l'aspect obligatoire, l'existence et l'obtention des fameux « crédits » risquait de faire prendre un nouveau retard considérable à la FMC. La FNFCEPPCS, forte de son expérience dans les domaines de la FMC et de la FPC, décidait de poursuivre ses stages de formation dans l'attente d'une lecture plus claire de la loi et des décrets concernant le DPC.

En effet depuis les toutes premières sessions organisées en septembre et octobre 2007 (« prévention et dépistage des cancers », « nutrition »), les formations organisées par la fédération affichaient complet et obtenaient des indices de satisfaction des participants extrêmement satisfaisant. La FNFCEPPCS s'inscrivait donc dans la logique de la FPC en déclinant les thèmes retenus annuellement en comité technique paritaire sur des sessions organisées à Malakoff et dupliquées fréquemment localement ou en province. Les thèmes de FPC négociés par les représentants des associations professionnelles sont cependant très souvent empreints de la volonté des caisses d'aller vers des sujets visant clairement à la maîtrise des dépenses. Et l'intérêt des thèmes qui ont émergé de ces négociations doit beaucoup aux représentants des organisations salariés dont il faut saluer la ténacité dans la défense de sujet utiles à tous les praticiens et échappant à une logique strictement comptable.

Par une large communication auprès des gestionnaires, des directions des centres et de nombreux services de DRH dans les villes possédant un centre de santé, le label FNFCEPPCS, est rapidement devenu un gage de sérieux et un partenaire naturel pour la formation des praticiens des centres.

De 2007 à 2010, au titre de la FPC, ce sont 24 sessions de formations de 2 jours qui ont été organisées par la FNFCEPPCS, regroupant environ 500 stagiaires. Ces stages concernent aussi bien des médecins que des dentistes.

Outre la FPC, la fédération a dors et déjà organisé des formations encore plus spécifiques à l'exercice en centre de santé. Une journée de sensibilisation à la pratique en centre de santé est destinée aux nouveaux praticiens, aussi bien médecins que dentistes.
Un stage d'une semaine destiné aux cadres de direction des centres de santé (directions administratives ou médicales) et qui aborde aussi bien les aspects législatifs, historiques, administratifs, organisationnels a rencontré un vif succès auprès des participants, tant par la qualité des intervenants que par la pertinence des thèmes abordés et approfondis. La question du rapprochement avec une structure universitaire visant à formaliser un diplôme fait débat au sein du bureau de la FNFCEPPCS.

La fédération a par ailleurs organisé des stages de formation en direction des kinésithérapeutes et des infirmières.

La FNFCEPPCS est aujourd'hui inscrite dans le paysage des centres de santé comme un acteur naturel et incontournable de la formation médicale continue. Mais pour soutenir nos valeurs de référence que sont le travail en équipe, la prise en charge globale du patient, il apparaît indispensable de n'écarter aucun personnel de nos structures.

Il est sans doute regrettable que les « micro associations » de FMC et d'EPU aient semble-t-il, disparu du paysage de la formation professionnelle et qu'elles n'aient pas rejoint nos attentes en adhérent à la fédération nouvellement constituée. Cependant, il est plus que probable que les lourdeurs législatives et administratives soient venues à bout de l'énergie des plus courageux de leurs membres et que l'accumulation des textes souvent contradictoires et des procédures compliquées publiées régulièrement, en créant l'incompréhension et la complexité, n'aient laissé survivre que les organismes très organisés. Sans doute le discours de la FNFCEPPCS n'est-il pas arrivé jusqu'à ces groupes et associations et c'est là son plus grand échec. La FNFCEPPCS souhaite pourtant toujours que les associations locales soient un relais, un maillon solide de la duplication des formations. Elles sont un point d'appui nécessaire pour que la FMC et les valeurs portées par la FNFCEPPCS trouvent écho dans

chacune de nos structures.

Cependant, à présent que les « fondamentaux » sont maîtrisés, il convient d'élargir le champ des formations dans un avenir proche. Il est donc évoqué la perspective d'ouvrir des sessions de formations en direction des aide-soignant(e)s et assistant(e)s sociaux(les), des assistant(e)s dentaires et des diététicien(ne)s nutritionnistes.

Il est aussi indispensable de faciliter l'accès à la fédération, pour les démarches d'information, de communication avec la FNFCEPPCS, de partage de l'actualité et probablement dans une perspective de possibilité d'inscriptions aux différentes formations dans un avenir proche. Dès la fin 2010 ou le début 2011, la FNFCEPPCS se sera dotée d'un site Internet afin de faciliter l'interactivité avec les stagiaires, les gestionnaires de structures, les collectivités locales et les institutions.

En tant qu'opérateur de formation médicale continue, la FNFCEPPCS, est associée depuis sa création au congrès national des centres de santé. Elle y apporte son expertise en termes de FMC, son appui logistique et sa caution morale et scientifique portés par ses statuts et sa charte.

La FNFCEPPCS est aussi à l'initiative du prix Jean-François REY (figure emblématique du mouvement des centres de santé), remis chaque année lors du congrès national des centres de santé. Il récompense une personne ou une équipe qui s'est particulièrement illustrée au cours de l'année et a marqué les centres de santé par son action.

Les médecins de centre de santé, sans aucun ostracisme, ont su se doter d'un outil de formation performant et dont la qualité est régulièrement saluée aussi bien par les usagers de ces formations que par les autorités. L'année 2010 et les modifications législatives ne devraient pas entamer la dynamique de la FNFCEPPCS qui modernise l'existant, souhaite étendre son champ d'action à tous les acteurs des centres de santé et se positionne dors et déjà comme un possible outil au service des gestionnaires de structure face aux nouvelles exigences auxquelles ils seront confrontés demain.

Dans un constant et même souci de l'amélioration de la qualité des accueils, des pratiques et des prises en charge, la FNFCEPPCS reste fidèle aux valeurs des centres de santé : la solidarité, l'humanisme, l'approche globale de la personne et le travail en équipe pluridisciplinaire basé sur la coopération et excluant la concurrence. Elle souhaite aujourd'hui les transmettre à ces nouveaux praticiens qui disent à une large majorité se destiner à un exercice salarié et regroupé, y sensibiliser les élus et gestionnaires et pourquoi pas les soutenir dans leurs démarches. Tant il est vrai que la réponse aux crises actuelles que traverse la médecine, tant ambulatoire qu'hospitalière, n'émergera sans doute que de l'acquisition d'une culture commune et partagée par le plus grand nombre de ses acteurs : praticiens, usagers, décisionnaires. Acquisition qui passera nécessairement par la formation.

Chapitre 25

Contribution des centres de santé dans la formation universitaire des futurs médecins.

Par le Dr Mohad Djouhab.

Une longue expérience dans la formation des professionnels paramédicaux :

Parallèlement aux soins et à la prévention, les centres de santé ont toujours investi le champ de la formation en accueillant des élèves infirmier(e)s, kinésithérapeutes, auxiliaires de soins au cours de leurs stages pratiques obligatoires. Ces étudiants peuvent ainsi bénéficier d'un cadre de travail adapté à l'apprentissage des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de leur future profession. Ils bénéficient également d'un accompagnement par des professionnels expérimentés qui réalisent leur évaluation à partir de référentiels métiers validés par les organismes de formation avec lesquels des conventions sont signées. Fort de cette expérience, il semblait tout à fait logique que les centres de santé s'inscrivent comme des partenaires privilégiés dans la formation des futurs médecins.

A) Les centres de santé ; des partenaires qui vont devenir incontournables pour les Universités de Médecine.

1) Données liées à la démographie médicale.

En 2008, seulement un nouvel inscrit à l'Ordre des médecins sur dix s'est inscrit en pratique libérale. Les 2/3 ont opté pour le salariat, le 1/3 restant a choisi de devenir remplaçant. Il faut noter par ailleurs un vieillissement de la population des médecins généralistes installés avec des départs à la retraite sans succession assurée. A cela il faut rajouter un changement sociétal des mentalités qui n'épargne pas les jeunes médecins généralistes qui souhaitent une meilleure qualité de vie, une diminution de la durée de leur temps de travail, la fin du tout paiement à l'acte et un exercice regroupé. La totalité des médecins généralistes en activité représente 60 000 professionnels. Selon le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) seuls 6% de ces médecins soit environ, 3500 sont actuellement maîtres de stage appelés également Enseignant Clinicien Ambulatoire (ECA). Chaque semestre, ce sont 1323 internes d'Ile de France qui font un choix parmi les 1000 stages hospitaliers répartis par l'Agence Régionale de Santé entre les 660 services agréés. 265 stages sont quant à eux proposés en médecine ambulatoire. Dans les 3 années à venir, le nombre d'internes va augmenter de 50% nécessitant donc la création de 130 lieux de stages ambulatoires faisant appel à 260 maîtres de stage. Par ailleurs, pour que les universités de médecine soient en mesure d'organiser le stage d'externe en 5ème année tel qu'il est prévu par la loi, il faudrait dès maintenant recruter 1000 ECA supplémentaires.

2) Données liées à l'évolution récente de la filière universitaire de la médecine générale.

L'attractivité de la médecine générale passe par le développement de sa filière universitaire dans les 3 valences ; le soin, l'enseignement et la recherche. Cette filière universitaire

désormais inscrite dans la loi a prévu l'organisation de stages en soins primaires ambulatoires de différents niveaux.

a) Stage de 3 mois pour les externes de 5ème année de médecine :

Ce stage rendu obligatoire par la loi n'est que très peu proposé aux étudiants faute de maîtres de stage. A l'université René Diderot (Paris 7), seul 25% de la promotion ne l'effectue. Le stage est effectué sous la responsabilité du maître de stage en liaison avec le directeur du département d'enseignement et de recherche en médecine générale désigné par le directeur de formation et de recherche. Certains centres de santé accueillent déjà ces étudiants mais pourraient constituer des lieux privilégiés compte tenu du manque très important de médecins qui acceptent de s'investir dans cette fonction. Compte tenu de l'offre de soins en médecine générale qui existe dans les centres de santé, ces structures pourraient jouer un rôle de premier plan.

b) Stage interné de niveau 1 :

Il dure 6 mois et est obligatoire. L étudiant à la possibilité de le réaliser en se partageant entre 2 maîtres de stage. L'un peut être en centre de santé, l'autre exercer en libéral. Cette possibilité offre plusieurs avantages. En dehors de permettre à l'étudiant d'expérimenter 2 modes différents d'exercice de la médecine, il permet à des médecins des centres de santé qui y exercent souvent à temps partiel d'être néanmoins ECA en recevant un interne même s'ils ne sont présents que 2 jours par semaine. Durant ce stage, l'interne qui n'est pas autonome a néanmoins la possibilité d'effectuer quelques consultations par jour seul à condition que son maître de stage puisse effectuer une supervision. Ce sont par exemple les consultations non programmées qui peuvent être confiées à l'étudiant.

c) Stage ambulatoire en soins primaires supervisé (SASPAS) :

Ce stage de 6 mois non obligatoire est proposé aux internes qui sont en 5ème et 6ème semestre. L'interne est dans ce cas complètement autonome. Le maître de stage doit néanmoins être joignable et doit en fin de journée réaliser une supervision dite indirecte car consistant à reprendre les dossiers des patients vus dans la journée par l'interne. Les centres de santé sont parfaitement adaptés à ces stages en raison de la présence en continu de médecins présents dans es centres pouvant ainsi venir en aide au stagiaire en cas de besoin. Cette organisation séduit largement les internes qui n'ont pas l'impression d'être des remplaçants d'autant que le produit de leurs actes est perçu par le centre et non pas par le maître de stage contrairement à ce qui se passe dans le secteur libéral. Initialement peu choisis par les internes car méconnus, les centres de santé sont largement plébiscités lors du choix des stages.

B) <u>Les centres de santé : des structures adaptées pour accueillir des Chefs de Clinique en Médecine Générale (C.C.M.G.).</u>

Depuis 2004, la médecine générale est devenue une spécialité médicale avec une filière universitaire qui lui est propre prévoyant un alignement de la durée de son 3ème cycle sur celui des autres spécialités médicales, c'est à dire 3 ans au lieu de 2. La spécialisation de la médecine générale a logiquement entraîné la création de postes de chef de clinique en médecine générale accessible après les 3 années d'internat. En 2010, 15 postes de chef de clinique ont à ce jour lors qu'il en faudra 50 dans les 5 ans à venir. Une collaboration étroite entre le département de médecine générale de l'université Paris 7 René Diderot et les centres

de santé de la ville de Saint-Ouen a permis d'élaborer un profil de poste type. Il prévoit un temps d'activité clinique d'un volume horaire correspondant à un mi-temps (4 demi journée), un autre consacré à un travail de coordination et de formation en direction des professionnels de soins de la structure, et enfin un troisième temps dédié à la recherche en médecine générale. Ce professionnel, rémunéré pour la part enseignement et recherche par l'université est, pour ce qui concerne son activité clinique et la formation des médecins, directement rétribué par la structure qui l'emploie en l'occurrence le centre santé. La durée du clinicat est de 2 ans, l'objectif étant de recevoir un nouveau chef de clinique à chaque terme.

Concernant l'activité de soin :

Les centres de santé se sont organisés pour être en mesure d'assurer un suivi régulier des patients en proposant une prise en charge médico-sociale pluri-professionnelle coordonnée autour d'un dossier patient unique. Ils ont une approche populationnelle de leur territoire et disposent de files actives de patients très importantes permettant au CCMG de se constituer très rapidement sa propre file active. Le salaire des CCMG provenant très majoritairement de leurs revenus liés à l'activité clinique compte tenu de la faible rémunération de l'université, le salariat de cette activité constitue un rempart contre l'abandon des autres missions (formation, recherche) aux dépens des consultations comme cela a pu être noté dans les structures libérales qui accueillaient un CCMG.

Concernant les activités de coordination et de formation :

La présence d'un CCMG au sein des centres de santé devrait être de nature à faciliter l'encadrement des externes et des internes de médecine générale qui y effectuent déjà des stages. Il est prévu qu'il consacre une demi-journée par semaine au sein des centres à la formation des professionnels qui y exercent. Cette formation pourrait bénéficier aux professionnels de santé libéraux implantés sur le même territoire renforçant ainsi les liens entre tous les acteurs locaux.

Concernant l'activité de recherche :

Il n'est pas inutile de rappeler l'importance pour les centres de santé de s'investir dans le champ de la recherche en médecine générale. Les centres de santé disposent de données épidémiologiques très importantes en raison de leur ancienneté dans les territoires où ils sont implantés mais aussi en raison de files actives très importantes. Pour s'intégrer dans les objectifs des centres de santé, ces projets de recherche pourraient être développés dans des champs déjà investis par les centres, à savoir la coordination des soins et l'amélioration des pratiques professionnelles mais aussi la prévention. Il apparaît ainsi évident que la fonction d'un chef de clinique en médecine générale telle qu'elle a été définie par l'université correspond pleinement aux missions actuelles et aux attentes des centres de santé. Ils ont une organisation matérielle et humaine qui répond aux attentes de l'université en matière de qualité.

C) **Intérêts pour les centres de santé d'un partenariat avec l'université**.

Au-delà de l'intérêt évident de renforcer son rôle dans formation des professionnels de soins, l'accueil d'étudiants en médecine implique un travail d'équipe de l'ensemble des professionnels des centres de santé qui intègre également les agents administratifs. Ces agents qui sont rarement concernés par l'accompagnement de personnes en formation participent à

l'accueil des étudiants en médecine quel que soit leur niveau (externes, internes, CCMG) en leur présentant le principe du tiers payant et ses conséquences.

L'investissement des médecins des centres de santé dans la maîtrise de stage est par ailleurs une manière de faire connaître les centres de santé aux universités qui ont comme seule vision de l'exercice regroupé en soins ambulatoires les maisons de santé qui revendiquent précisément vouloir avoir un rôle dans l'accueil des CCMG.

Plus que jamais, les centres de santé ont intérêt à investir les départements de médecine générale de manière à être des lieux de stage pour un plus grand nombre d'externes, d'internes et de CCMG. Ces derniers y voient une pratique de la médecine qui correspond à leurs attentes (salariat, exercice en groupe, prévention) avec un encadrement de tous les instants qui profite à leur formation. Si l'accueil des externes et des internes n'augmente pas la masse salariale des centres de santé, celui du CCMG nécessite la création et le financement de 18 heures par semaine de médecine générale. Ce surcoût est cependant à pondérer des recettes produites par l'activité de consultation de ce praticien. Il est surtout à mettre en parallèle des bénéfices du centre en matière d'amélioration des pratiques professionnelles et donc de la qualité du service rendu aux patients.

L'objectif de l'investissement dans la formation des futurs médecins doit permettre aux centres de santé d'obtenir le label universitaire de la part des universités auxquelles ils sont rattachés à condition qu'ils s'inscrivent en masse dans ce processus.

A une période de la vie des centres où la preuve de leur efficience leur est demandée, cette reconnaissance ne peut être que de nature à renforcer leur visibilité.

Chapitre 26

Le Prix Jean François Rey, une initiative originale de la FNFCEPPCS.

Valoriser les pratiques innovantes des centres de santé.
Stimuler les initiatives.

Le Prix Jean-François Rey est un prix honorifique, attribué tous les ans, individuellement ou collectivement à toutes personnes ou équipes de centre de santé ayant engagé, promu ou étudié une action innovante conforme aux idées et valeurs défendues par le Dr Rey. Il est remis à l'occasion du Congrès des centres de santé. Ce prix est dédié à la mémoire du Docteur Jean-François Rey décédé en 1999.

Sont particulièrement concernées :
- La facilitation de l'accès aux soins et à la santé.
- La participation des usagers dans la définition, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques de santé s'appuyant sur les centres de santé.
- Les pratiques médicales et professionnelles faisant appel au travail en équipe.
- Les pratiques administratives innovantes.
- Les capacités et techniques d'évaluation des pratiques.
- L'expression publique de la modernité des centres de santé.

Le jury réuni à l'initiative de la Fédération nationale de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des centres de santé est composé des personnes suivantes :

- Dr Michel Limousin, Président de la FNFCEPPCS
- Dr Guirec Loyer, Secrétaire Général de la FNFCEPPCS
- Dr Véronique Solano, Trésorière de la FNFCEPPCS
- Dr Eric May, Président de l'Union syndicale des médecins de centres de santé
- M. Paul Sabatino, Directeur Général du grand Conseil de la Mutualité des Bouches du Rhône
- M. Dominique Durant, écrivain, ancien journaliste de la Revue Prévenir
- Dr David Houri, Président de la Fédération nationale des centres de santé
- Dr Marc Schoene, Président de l'institut Théophraste Renaudot
- Dr Jean Victor Kahn, Vice - Président de la FNFCEPPCS
- Dr Dominique Jasseron, Présidente du Syndicat des chirurgiens dentistes de centres de santé
- Dr Omar Brixi, médecin de santé publique
- Dr Beaupin, Président du CNFMC des médecins salariés
- Dr Alain Brémaud, Membre du Bureau de la FNFCEPPCS.

Son attribution a eu lieu lors du Congrès National des Centres de santé

PRIX JEAN-FRANCOIS REY 2009

Le prix 2009 avait été attribué à Marie-Pierre Colin et à son équipe du centre de santé Léon Blum de Belfort en hommage à la ténacité, à la rigueur et au courage dont elle fait preuve pour gérer un centre associatif avec peu de moyens tout en sachant développer des programmes de prévention, d'éducation à la santé et une prise en charge des patients exemplaire.

PRIX JEAN-FRANCOIS REY 2010

Le Prix Jean-François Rey 2010 est attribué au Docteur Hélène Colombani et à l'équipe du Centre Municipal de Santé de la ville de Nanterre (Hauts de Seine). A l'heure où beaucoup réfléchissent aux formes nouvelles que doit prendre la médecine de ville (travail en équipe, lien entre soins et prévention, éducation thérapeutique, promotion de la santé, travail en réseau, proximité et excellence), le jury, à l'unanimité, a choisi cette année d'honorer le travail qui est fait depuis des années à Nanterre. Ce centre de santé qui inscrit son activité dans une démarche dynamique, met en œuvre une politique de santé municipale pérenne au service de l'accès de tous à des soins de qualité. A ce titre il est exemplaire de ce que font les centres de santé sur tout le territoire et il illustre de façon explicite le projet qu'ils proposent face à la crise que traverse aujourd'hui le système de santé.

Le Docteur Jean-François Rey, bâtisseur de centres de santé.

Note biographique par le Dr M. Limousin,
d'après un texte de Dominique Durand, journaliste,
publié dans la Revue Prévenir en 1999.

Jean-François Rey est né le 19 avril 1925 à Lyon, mais c'est à Marseille où son père, receveur des postes savoyard va être nommé, qu'il fait ses humanités. Quand on est élève des jésuites, on apprend le grec et le latin, la rigueur et la discipline.

De Marseille, les pérégrinations paternelles le mènent à Albi, dans le Tarn, d'où sa mère est originaire. Forte femme, qui consacrera ce qui reste de sa santé à son fils unique. On le place chez les maristes. Marseille à nouveau, pour la Première et la Terminale. Puisque ses études sont à dominante littéraire, sa mère veut en faire un avocat. Ce n'est pourtant pas son inclination. Il passe un baccalauréat philosophie sciences puis rentre, en droit, à Saint-Jérôme. Il a dix-sept ans. C'est la guerre. En novembre 1942 ses parents l'envoient chez ses grands-parents maternels, à Villeneuve-sur-Vère pour qu'il échappe au service du travail obligatoire. Il y fera le paysan. Début 1941, sa décision est prise. Il sera médecin. Retour à Marseille. Ses parents, sa mère surtout, plient, malgré le coût et la longueur des études, sept ans. Et Marseille, pour la vie. Il aura pour Maître le Professeur Henri Gastaut, spécialiste de l'épilepsie. Un homme expansif, ambitieux, une forte personnalité, un modèle de Patron.

1951 - Voici Jean-François Rey tout à la fois médecin, catholique de gauche, communiste - il faudrait dire les alchimies de la guerre et de la libération – fraîchement marié à Josette et vivant de remplacements. Mais ses parents achètent un pavillon à Sainte-Marthe et le Docteur Rey ouvre un cabinet au rez-de-chaussée. Son avenir est celui d'un médecin libéral dans les quartiers nord de Marseille. L'expérience ne dure pas. Elle ne lui correspond pas. En janvier 1953, il rejoint l'équipe médicale du docteur Jean Marrot qui vient de s'installer au rez-de-chaussée d'une clinique, « La Maison blanche », boulevard Gaston Crémieux, à Vauban. Cinq médecins généralistes, un ophtalmologiste, un O.R.L. et un chirurgien qui exercent en équipe. Il faudrait de longues pages pour décrire le climat dans lequel se forgea puis essaima cette expérience et l'hostilité dont elle fut entourée. Une phrase synthétise les reproches: *"Des médecins rouges, qui font de la médecine jaune, dans une maison blanche"*. Jean-François Rey, plus tard, évoquera ce moment qui renforça ses convictions: "*La plupart de ces médecins étaient très engagés dans le combat politique, toutefois tous avaient des préoccupations qui se situaient au premier chef, mais là aussi de façon non exclusive sur un plan économique, non pas pour eux-mêmes mais pour leurs malades, essentiellement travailleurs de l'industrie du port, de la réparation navale. Deux décisions furent prises qui, à l'époque, nous semblèrent absolument essentielles pour notre pratique médicale. Elles forgèrent notre identité, renforçant notre cohésion mais, en même temps, elles nous marginalisèrent par rapport au corps médical marseillais. Ce furent : d'une part, la suppression du lien d'argent entre médecins et malades; nous pensions profondément, non sans une certaine naïveté, que cela allait régler nombre de problèmes liés à l'exercice médical ; d'autre port, l'alignement de nos honoraires non pas sur les tarifs syndicaux mais sur les tarifs d'autorité, c'est-à-dire 3,50 francs au lieu de 8 francs pour la consultation. Cette attitude, non comprise par les autres médecins, renforça par contre nos liens avec nos malades venant majoritairement des quartiers populaires. (...) Quelle que fut leur origine sociologique, leur situation financière, ils pouvaient toujours accéder à des soins que nous essayions d'être les meilleurs*. " (Prévenir N°19). Ce que n'écrit pas le docteur Rey, lorsqu'il évoque, dans cet article, ses souvenirs, c'est que la rémunération de chaque médecin se faisait à l'acte, mais constituait une masse commune répartie ensuite, indépendamment de la spécialité du praticien, du nombre de malades ou du nombre d'actes.

Cette première expérience a un tel succès que l'équipe de la Maison Blanche - Jean Marrot, Samuel Clerc, Lucien Tichadou, Jacques Besson, Philippe Morelli et Jean-François Rey - décide, comme le dira Jean-François en 1987, d'ouvrir sa "propre boutique", réalisée à la fois par les médecins et leurs patients. Il faudra trois ans pour mener le projet à terme. Une association, "Les amis de la médecine sociale", est fondée. Elle lance un appel public pour constituer le capital de départ. Une société anonyme à personnel et capital variable (La société

des Amis de la Feuilleraie) achète les terrains et la bastide de "La Feuilleraie" à Saint-Barnabé. Un emprunt est contracté pour l'équipement de ce qui va devenir un complexe médical comportant cabinets de spécialistes et de généralistes, laboratoire d'analyse, service de radiologie et 57 lits d'hospitalisation. Une grande première dans le département, malgré les foudres du Conseil de l'ordre et, dira le docteur Rey, « *les ricanements qui se voulaient intelligents des syndicats médicaux* ». Il ajoutera, en 1989 : "*II y a quelques années, j'y amenais le docteur Jean Laroze, alors Secrétaire général de la Fédération nationale des omnipraticiens français. Avec son accent un peu rocailleux de Béziers et son sourire plein d'humour, il me dit : « C'est bien ici le site éponyme de la médecine d'équipe? » Il avait bien, en effet d'un coup d'œil, tout compris.*"

La clinique ouvre en 1956. L'année 1957 est difficile, parce que tous les enthousiasmes sont paroxystiques. Des médecins partent. D'autres arrivent. Jean-François Rey ne cache pas son désaccord avec la direction individualiste du médecin chef, son ami pourtant. Les mutualistes constituent la grande masse des malades consultants de la Feuilleraie. L'Union départementale des Mutuelles de travailleurs suit avec intérêt le développement de la clinique, le mode d'exercice qui y est pratiqué. En 1957, Louis Calisti, son Président, propose à Jean-François Rey de prendre la succession du Docteur Crouzet, médecin directeur du centre de santé géré par les mutuelles, rue Grignan, qui prend sa retraite. La rencontre des deux hommes est féconde. Ils partagent le même intérêt pour le social, et la même conception d'une mutualité d'action, de gestion et de réalisation. Le Docteur Rey commence par transformer le dispensaire de la rue Grignan qui devient un centre mutualiste pilote. La suite: "*j'ai participé à la mise en place de seize centres médicaux et dentaires jusqu'en 1981*" résume lapidairement le docteur Rey, dans une note de 1982. Une infirmerie à Aubagne, une Maison médicale à Aix-en-Provence, un centre médical à la Ciotat, un autre à Port Saint-Louis du Rhône, la maison médicale Paul-Paret, et, en 1962, La Feuilleraie qui s'intègre au réseau, la fusion étant devenue nécessaire. Il accompagnera d'autres créations jusqu'à sa retraite en 1989.

Gérer des centres de santé, ouvrir des centres de santé, transformer des centres de sante ne va pas sans réflexion sur l'exercice médical, l'accès aux soins, une certaine conception de la santé. "*Nous nous posons la question de savoir si ce que nous faisons est juste, c'est-à-dire si cela correspond aux besoins réels, aux besoins des patients, des mutualistes et des médecins. Intégrons-nous la totalité de la réalité ? Ou filtrons-nous dans la réalité globale une réalité particulière ? Voilà la question. La ligne juste dépend de la réalité globale et la réponse ne peut venir que de la population*", explique Jean-François Rey à Monika Steffen, pour sa thèse (Monika Steffen. *Régulation politique et stratégie professionnelle : Médecine libérale et émergence des centres de santé, Institut d'Etudes politiques, Grenoble, 1983).*

Dès son entrée en mutualité, Jean-François Rey participe aux débats de fond suscités par l'expérience mutualiste marseillaise. Il doit avec d'autres dirigeants de la mutualité des travailleurs, tout autant se garder de sa droite que de sa gauche, des syndicats professionnels et des organismes de Sécurité Sociale. Il s'exprime plusieurs fois dans La Nouvelle Critique sur la santé et l'organisation de la médecine en France. Ses réflexions montrent toute la complexité de l'engagement qu'il a choisi, celui d'une médecine militante dont les réalisations peuvent être une école d'apprentissage à la gestion pour la classe ouvrière. Il anime des journées d'études internes. En 1968, il donne un caractère départemental à une réflexion sur "le médecin généraliste dans trois structures d'exercice : isolé, en groupe, libéral, salarié." En 1969, il s'interroge publiquement sur le fonctionnement un structures de l'exercice médical dans les Bouches-du-Rhône. En 1970, la question est cette fois-ci plus vaste: "Demain, quelle

médecine ? » Débat fécond qui commence à trouver des échos nationaux. En 1971, il est du colloque sur la médecine d'équipe, lui qui, par ailleurs, défend la valeur du colloque singulier entre le médecin et le patient. Rencontre nationale où les participants conviennent (déjà !) de la nécessité de dépasser les cloisonnements de l'art médical, la séparation entre généralistes et spécialistes, entre ambulatoire et hospitalier, entre santé et social. En 1976, il construit une rencontre nationale sur la prévention. « Revenant d'une visite au centre de médecine préventive de Vandœuvre-lès-Nancy, et à son directeur, le docteur Poulizac, dira plus tard Jean-François Rey, je fis part à Louis Calisti de ce que je venais d'y découvrir qui m'avait émerveillé. Louis ne me laissa pas le temps d'achever ma phrase pour me dire : "Il faut tout de suite préparer un colloque national sur la prévention " ».

En 1977, il organise, avec l'Union des syndicats de médecins de centre de santé un colloque sur leur avenir. "Un grand événement » Notre message passait peu à Paris. Mais pour ce colloque, tous les parisiens se sont déplacés à Marseille et ça a accroché des jeunes du syndicat" (cité par Monika Steffen, oc.). A l'issue des travaux, un manifeste est signé entre l'Union départementale des mutuelles de travailleurs et l'Union syndicale. C'est l'année où il cosigne, avec Louis Calisti, l'ouvrage « Santé et cadre de vie », pour écrire: "*Demain, le droit à la santé ne sera plus seulement le droit aux soins, droit des malades, il sera le développement des conditions de santé, droit de l'homme bien portant*". En 1978, Louis Calisti est élu Président de la Fédération nationale des Mutuelles de Travailleurs. Jean-François Rey en devient le conseiller technique médical. Cette année-là il participe à un colloque sur "santé, démocratie, liberté" d'où va naître la revue Prévenir. Prévenir sera, à partir de 1980, l'un des lieux d'expression du Docteur Rey sur une multitude de sujets. Pendant longtemps il en nourrira également les pages lectures. Mais sa participation va bien au-delà. Il écrira, reprenant les termes de l'éditorial fondateur de la revue que "le terreau était prêt pour une nouvelle frondaison où s'exprimeraient et se confronteraient mutualistes et professionnels de santé, chercheurs de diverses disciplines, représentants élus de la population, dans le cadre d'un outil intellectuel au service de ceux qui recherchent des solutions nouvelles dans le champ social et de la santé."

Le corpus de ses écrits - encore conviendrait-i1 d'y ajouter les collaborations qu'il offrit à La Vie Mutualiste - dessine l'homme. Dans la diversité des sujets qu'il a abordés, jamais le docteur Rey n'a écrit sans connaissances, sans réflexion, sans soutenir sa thèse.

Au début des années 80, il fonde l'Association nationale pour le développement de la médecine d'équipe qui eut pour journal : « Rencontre médicale ». Ce fut un lieu d'écriture, d'élaboration d'idées, de rencontre et de maturation d'une nouvelle génération de médecins de centres de santé. Ce journal avait – grâce à l'appui de la Fédération nationale de la Mutualité des Travailleurs – une diffusion très large dans le monde médical.

En 1989, au terme de trente deux ans de services, Jean-François Rey transmet la direction des centres de santé mutualistes des Bouches-du-Rhône à l'un de ses plus proches collaborateurs, Alain Simoncini. Pour autant il ne quitte pas la mutualité, ni la charge des responsabilités. Il s'engage alors dans la création de la Mutuelle provençale de la solidarité qui regroupe des titulaires du R.M.I. Il anime le collectif social des Mutuelles de Provence et s'investit dans la prévention du mauvais vieillissement (Prévenir, numéro 35). Il apporte sa pierre à la construction de l'Institut de promotion de la Santé. Il participe au collectif de rédaction de Prévenir. Il est mort en 1999.

Jean-François était de la race des bâtisseurs.

De nouvelles pratiques professionnelles

« Pour entrevoir l'essentiel, il ne faut exercer aucun métier. Rester toute la journée allonger et gémir »
Cioran, Aveux et anathème.

« Les médecins salariés demandent un nouveau statut ! »
Rencontre Médicale, N°14 novembre 1983.

« Si le colloque singulier garde toute sa valeur dans le cadre de la médecine de réparation, le colloque pluriel, collectif devient une nécessité pour élaborer une stratégie de prévention. »
Dr G. Squarcioni, Rencontre Médicale, N°9, avril 1983.

Chapitre 27

Les centres de santé au cœur de la révolution informationnelle.

Par le Dr Eric May

1. Préambule

Les centres de santé, « sans avoir l'air d'y toucher » sont entrés de plein pied et avec un certain brio dans l'ère de la révolution informationnelle qui emporte irrésistiblement le secteur de la santé. Par révolution informationnelle, j'entends tous les éléments qui conceptuels ou techniques ont modifié l'approche, le transfert, les modalités d'échange, la forme ou l'expression de l'information médicale.

Parmi les modes d'organisation de la médecine ambulatoire de proximité, les centres sont des précurseurs ayant exploré très tôt les perspectives offertes par la bureautique, par l'informatique médicale, internet mais aussi par le développement de nouveaux outils de communication : site internet dédié à la promotion des centres ou outils interactifs entre les centres et leurs usagers.

2. Les éléments de la révolution informationnelle de transformation des centres de santé ;

a. En interne, dans les structures.

Ce sont ceux qui suscitent encore le plus de questions, qui ont connu les développements les plus importants ces dernières années, et qui transforment très concrètement, visiblement, les centres de santé et la pratique des professionnels.

Pour rappel, les centres de santé se sont bâtis sur la mise en œuvre du concept de pratiques coordonnées, pluri-professionnelles. L'élément pivot, clé de la réussite, a été sans conteste le dossier médical partagé. Ce dossier, nous le connaissons tous : en papier, entreposé dans des volumineux Kardex à l'épreuve du temps mais soumis à quelques ratés (qui n'a pas connu la panne rendant inaccessible parfois pendant plusieurs jours les dossiers entreposés ?), il arrive en bout de course, et a touché ses limites.

Peu lisible (l'écriture légendaire des médecins pour mieux masquer les actes et ne pas s'exposer aux jugements de ses collègues ???), souvent égaré, résistant mal au temps qui passe et aux manipulations répétées, il n'est plus adapté aux exigences d'une médecine moderne. Celle-ci nécessite le stockage impressionnant dans le dossier médical du patient de données parfois en rapport avec plusieurs dizaines d'années de suivi ; d'éléments spécifiques et organisés de patients poly-pathologiques et chroniques ; de courriers et de rapports d'intervenant internes et externes multiples ; de données d'examens complémentaires souvent numérisés, à l'exemple des images de radiologie médicale. Sa fonction d'outil de liaison entre les intervenants du centre de santé autour d'un patient a perdu sous cette forme papier, de son évidence.

Alors c'est avec une attention toute particulière que les acteurs des centres de santé ont observé les premiers pas du dossier médical informatique dans le champ de la médecine

ambulatoire. Quelques audacieux de centres de santé, convaincus de la première heure, ont rapidement fait le choix voilà près de 10 ans, de l'informatisation de leur dossier médical. L'évolution leur a donné raison. Aujourd'hui, c'est massivement que les centres de santé optent pour l'informatisation de leurs dossiers médicaux.

Le premier bénéfice perçu par les structures et les soignants est la capacité du DMI à favoriser et développer le travail de coordination entre les différents intervenants du centre pour un même patient, par la clarté de l'information recueillie et récupérable.

L'autre bénéfice, même s'il est encore incomplètement évalué, est la transformation profonde des tâches des accueillantes et secrétaires des centres que le DMI induit. Il doit permettre l'émergence d'un secrétariat médicosocial dans les centres où l'informatisation des dossiers médicaux libèrera du temps auparavant consacré à la maintenance des dossiers papier et des Kardex…

L'arrivée de nouvelles fonctionnalités dont le besoin est ressenti par les soignants dans leurs pratiques quotidiennes mais aussi par les responsables médicaux des centres doit permettre le recueil organisé de données spécifiques, d'indicateurs pertinents de santé et de prévention. Elles tendront à l'amélioration des suivis individuels dans un premier temps et populationnels ensuite : dépistage des cancers, suivi des pathologies chroniques, état des vaccinations… Les potentialités offertes par le DMI en termes de capacité d'analyses des besoins de santé des populations que le centre de santé accueille paraissent aussi bien réelles. Elles peuvent devenir un instrument d'aide à la décision lors des choix par les gestionnaires, de projets de santé publique et de leurs financements. Il peut être à l'échelle d'une structure, un outil de comparaison et de contradiction face aux données fournies par les organismes de tutelle, dans le suivi des Nouveaux Modes de Rémunération par exemple.

N'oublions pas l'intérêt des patients, au-delà du bénéfice pour le suivi dont on peut penser qu'il est amélioré : il leur offre aussi la garantie d'accès à des informations claires sur leur état de santé. Il est lisible par tous, même par les non initiés et il est censé assurer la traçabilité de ses rédacteurs, donc des responsables des actes. Cet aspect de transparence totale n'a pas été sans susciter de nombreux débats voire des appréhensions au sein des équipes, en particulier pour les professionnels habitués à noter dans le dossier des remarques qui tiennent de l'interprétation, psychiatres mais aussi médecins généralistes. Les solutions trouvées ont été diverses selon les structures mais ont amené sans aucun doute une réflexion collective et individuelle sur l'usage du dossier qui n'est légalement pas la propriété du praticien mais celle du patient…

b. En externe, avec les usagers et les partenaires :

Historiquement, c'est la télétransmission des ancêtres des FSE puis de celles-ci qui ont été un des premiers exemples de l'usage des nouveaux moyens informationnels par les centres. Elle améliora le traitement du tiers paiement et la perception des recettes par les centres même s'ils durent essuyer les pots cassés de systèmes pas toujours stabilisées. Des centres associatifs faillirent disparaitre dans les dysfonctionnements de logiciels informatiques de géniaux informaticiens mais dénués de toutes ressources de développement. Le temps a fait son œuvre, seuls les plus solides ont survécus et les prestations des différents logiciels destinés aux centres de santé semblent assez homogènes aujourd'hui.
Désormais, c'est la relation avec l'environnement qui devient la préoccupation et l'enjeu des centres :

1 Avec les usagers :

Les projets de sites interactifs permettant une relation directe et la prise de rendez vous sont à l'étude dans de nombreux centres. Certains l'ont déjà expérimenté avec succès. Outils complémentaires de ces sites, la mise en place de bornes de prise de rendez-vous dans les centres permettra d'offrir des prestations améliorées en déchargeant les accueils des taches les plus simples et mécaniques. Ils peuvent devenir aussi un outil de participation des usagers à la vie et aux projets des centres par la mise en place de forums de discussion.

2 Avec les partenaires extérieurs, hôpitaux, réseaux, autres centres et professionnels de santé de ville :

L'outil internet a supplanté dans nombres de situations le courrier postal ou le téléphone. Reste à tisser des réseaux sécurisés d'échanges d'informations médicales : le défunt RSS a fait long feu face au développement de modes de transmissions validés de données cryptées par le réseau internet. Hprim.net ou Apicrypt, le développement de ces systèmes est attendu et les centres ont emboité le pas des laboratoires d'analyses médicales de ville et des structures hospitalières qui offrent résultats directement aux médecins par mail ou intégrés dans les DMI pour les premiers et accès à des éléments de leurs dossiers (Compte rendus par exemple) pour les seconds. Ils vont devoir répondre aux demandes de leurs partenaires à recevoir leurs données ou à y accéder.

3 Et le DMP, le Dossier Médical Personnel ?

Ce serpent de mer promu par tous les ministres de la santé depuis 2004 sera-t-il une carte d'identité médicale, mouchard permettant de débusquer les malades indélicats, trop dépensiers, une assurance tous risques contre les erreurs médicales ou les prescriptions iatrogènes, ou un outil d'aide à la coordination des soins et à l'amélioration de leur qualité ? Fantasme des sociétés d'assurances, sa mise en place est annoncée régulièrement puis repoussée à plus tard. On en attend des nouvelles en cette fin d'année 2010. S'il apparait un jour, il sera temps pour les centres d'envisager son articulation avec les outils déjà en place dans les structures.

4 Le développement de nouveaux services et de nouvelles pratiques :

Les centres ont pour certains d'entre eux déjà une certaine expérience de nouveaux services liés à la mutation des outils informationnels. Des laboratoires d'analyses médicales des centres de santé ont développé par exemple des systèmes experts informatiques garantissant à leurs partenaires, centres de prélèvements en charge de la phase dite pré-analytique, le respect de critères de qualité, de traçabilité en particulier, répondant aux futures normes qu'imposera l'accréditation. Le partenariat des centres avec les réseaux de dépistage de la rétinopathie diabétique ont permis le test avec succès de la télétransmission d'images numérisées, photographies du fond d'œil en l'occurrence, analysées dans des centres diagnostiques experts.

A l'heure où la télémédecine est actée dans la loi, on peut voir dans les expériences des centres la préfiguration d'une certaine forme de médecine dématérialisée adaptée à leurs ressources et a leurs besoins. Elle pourrait par exemple, associée à la mise en place de protocoles de coopérations interprofessionnelles, être étendue au transfert d'autres données numérisées, images d'examens de radiologie par exemple et répondre ainsi à la crise imminente de centres contraints de fermer leurs services de radiologie car menacés d'être bientôt vidés de leurs radiologues, peu intéressés par nos services sans scanners ou IRM. Quand aux téléconsultations, pourquoi se refuser d'y réfléchir si elles peuvent permettre au final de faire bénéficier de l'accessibilité sociale de nos structures des usagers qui en sont privés de nos jours (usagers à mobilité réduite, pensionnaires de maisons de retraite dans un cadre là encore de coopération interprofessionnelle avec les soignants …)

3. Le mouvement des centres et les mutations informationnelles :

L'un des éléments majeurs de la révolution informationnelle est sans doute le changement des supports et des modes de communication. Le modeste mais étonnant succès de la remise en fonction et en activité du site www.lescentresdesante.com le prouve : internet est un vecteur d'information et de communication incomparable et à nul autre pareil. Le développement de sites d'organisations des centres de santé est essentiel. Mais la complémentarité de leurs services doit être un objectif en soi, un enjeu majeur qui doit permettre la multiplication des outils de promotion des centres plutôt que leur extinction par mise en concurrence de fait et absence de concertation préalable.

La Fédération Nationale de Formation Continue et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles ne pouvait concevoir de développement de ses activités auprès des centres sans un outil internet qui offre information sur ses programmes et inscription à ceux-ci. Le projet est cours d'achèvement et va donner un nouveau souffle à cette jeune Fédération déjà si dynamique.

Les organisations gestionnaires, la Fédération Nationale des Centres de santé en tête doivent lui emboiter le pas et développer leurs propres outils pour transmettre encore plus largement les nombreux travaux qu'ils produisent.

4. Perspectives

La révolution informationnelle est en marche et les centres en sont un des éléments dynamiques. Ils prouvent encore à leurs partenaires et à leurs contradicteurs la modernité de leurs approches, leurs facultés d'adaptation aux évolutions de leur cadre ou à celui plus large de l'organisation de la santé et la pertinence de leurs réponses en toutes circonstances au bénéfice des usagers séduits par la qualité de leurs services et convaincus par la pratique du tiers payant. Ils sont en mesure avec leurs atouts de faire face aux nombreux défis de la médecine moderne : intégration des DMI dans les centres au bénéfice d'une coordination médicale optimisée, développement des réseaux d'échanges avec leurs partenaires aujourd'hui, mise en œuvre d'outils de recueil d'information et d'évaluation de santé publique de leurs actions demain source d'amélioration des pratiques individuelles et collectives. De même, si la télémédecine autorise le développement de leurs activités dans le cadre d'une plus-value qualitative ou sociale des prestations aux usagers, nul doute que les centres initieront des expérimentations dans ce champ si nouveau.

Enfin un défi est à relever pour les centres, rendu possible par la révolution informationnelle. L'étude EPIDAURE menée sous la direction de l'IRDES a démontré le potentiel des centres à mener des travaux de recherche dans le champ de la médecine de premier recours. Un certain nombre de données ont pu être recueillies grâce aux outils informatiques dont disposent les centres. Des difficultés, surmontées au final, ont été notées liées à des modes de recueils des données différentes d'un centre à un autre, d'un logiciel à un autre, de modes de requêtes différents aussi. Cette étude (et ses aléas) illustrent les capacités des centres, pour peu qu'ils s'en donnent les moyens (mise en commun des expériences, détermination d'un guide du bon usage des DMI, choix de codifications communes…), à pouvoir créer un Observatoire National des Centres de santé qui collecterait et analyserait les données de santé publique qu'ils produisent dans l'intérêt des populations, des professionnels de santé et des institutions.

Chapitre 28

Exercice coordonné et protocolé & les pratiques professionnelles en centre de santé.

Par le Dr Anne Moulin

L'organisation du travail et des pratiques en soins primaires fait l'objet de réflexions croissantes depuis les années 70. La composition de l'équipe de soins autour d'un patient fait partie de ces réflexions. Les professionnels intervenant dans les soins de proximité sont de plus en plus perçus comme constituant une équipe, ne serait-ce que *de facto,* autour d'un patient, de la secrétaire d'accueil à la pharmacienne.

Dans ce modèle centré sur le patient, il est rapidement apparu nécessaire, dans l'intérêt du patient, des professionnels et de la société, de coordonner les différents professionnels. Cette coordination vise à optimiser le parcours de soins du patient, harmoniser les messages qui lui sont délivrés, éviter les bilans redondants, fluidifier les échanges d'informations entre les acteurs, sécuriser la prescription.

La promotion des chemins cliniques comme méthode d'amélioration de la qualité des soins relève de ce besoin de coordination. En France, les travaux autour du dossier médical partagé illustrent également cette préoccupation.

Depuis plus de 50 ans, les centres de santé polyvalents se sont emparés de la question de la coordination des soins pour la mettre au service de certains de leurs objectifs : la prise en charge globale et continue de leur population et la lutte contre les inégalités sociales de santé.

- Un exercice de groupe par essence et par nature

Les centres de santé sont développés localement pour mettre en œuvre un projet local de politique de santé. Ce projet politique est porteur de valeurs et de principes. Une des valeurs communes à la majorité des centres de santé polyvalents français est la promotion d'une prise en charge globale, bio-psycho-sociale, continue et coordonnée, des personnes qui recourent au centre.

Pour servir cet objectif, les centres de santé se sont organisés comme une « structure regroupée » dans le champs des soins primaires. Cela signifie qu'ils réunissent différents professionnels autour d'un projet commun. Dans les quelques 350 centres de santé polyvalents français une équipe pluri-professionnelle travaille sur un lieu unique. Le socle de l'équipe est généralement constitué de médecins généralistes et d'infirmiers, auxquels peuvent s'ajouter des médecins spécialistes, des dentistes, des assistantes dentaires, des aides-soignants, des kinésithérapeutes, des psychologues, des assistantes sociales. Ce travail en équipe permet de proposer aux patients un accueil permanent sur des horaires élargis toute l'année et d'assurer des activités d'éducation, de dépistage et de prévention, ainsi que de prendre en charge, rapidement et à proximité de chez eux, un éventail large des problèmes de santé des patients.

Une autre valeur commune à la majorité des centres de santé polyvalents français est leur engagement dans la lutte contre les inégalités de santé. Cet engagement se traduit, entre autre, par un accent mis sur l'aide à l'orientation dans le système de soins et une aide à la régulation de la demande de soins. Avant la consultation médicale, les patients se présentant sans rendez-vous sont reçus et aiguillés par les secrétaires et/ou les infirmières selon une organisation variable selon les centres et la composition de leurs équipes. Cette régulation en soins primaires vise à accueillir toute personne recourant au centre et à donner à chaque urgence ressentie une réponse adaptée. Elle nécessite la coordination des différents professionnels concernés. Après la consultation médicale, les patients qui le nécessitent peuvent recourir aux infirmières ou secrétaires pour la programmation de leurs futurs rendez-vous, en particulier extérieurs au centre, et revoir avec elles leurs ordonnances.

- Les outils de la coordination

Si l'exercice en groupe découle spontanément de la nature de la structure de soin, la coordination entre les membres de l'équipe ne peut reposer uniquement sur les interactions informelles, le « entre 2 portes » de tous les jours. Cette communication, réelle et indispensable, est insuffisante, au moins initialement, pour définir les priorités communes concernant la prise en charge d'un patient ou d'un motif de recours aux soins. La coordination des membres de l'équipe est aussi une construction.

L'outil premier de la coordination des professionnels d'un centre de santé est le projet de santé du centre. Ce projet, formalisé ou non, fixe et hiérarchise les missions du centre. Il oriente donc l'activité des professionnels qui contribuent à un projet global commun. Depuis un arrêté du 30 juillet 2010, les centres de santé existants et à venir doivent communiquer leur projet de santé à leur agence régionale de santé.

Le deuxième outil de la coordination en centres de santé est l'organisation de réunions d'équipe. De fréquence et de durée variable selon les centres, ces réunions représentent généralement 1 à 2 heures par semaine. Elles sont de deux types. Des réunions « mono-professionnelles » permettent d'aborder les aspects spécifiques à chaque métier et de réfléchir aux propositions ou demandes à faire aux autres services. Ainsi, les réunions entre médecins peuvent prendre la forme de revues de dossier, d'échanges sur des recommandations ou articles, de transmissions sur certains patients, d'élaboration d'objectifs et pratiques communes concernant la prise en charge d'un problème de santé particulier. Parallèlement, des réunions où chaque profession de santé ou médico-administrative est représentée permettent d'aborder certains aspects du fonctionnement du centre (système d'information, animation de la salle d'attente, parcours de soins des IVG...) et d'informer l'ensemble des services des nouvelles concernant l'un d'eux (mise en place d'une action de dépistage par l'infirmerie par exemple).

Intra ou inter-service, ces réunions sont l'occasion d'élaborer des protocoles de prise en charge des patients selon leur pathologie ou leur motif de recours aux soins. Cette protocolisation est le troisième outil de la coordination. Les protocoles sont la déclinaison locale de recommandations nationales. S'ils s'appuient sur des recommandations élaborées ou validées à l'échelle nationale ou européenne, les protocoles doivent prendre en compte le contexte local du centre : projet de santé, volume et nature des équipes, offre de soins environnante, caractéristiques de la patientèle.

Le quatrième outil de la coordination en centre de santé est le système d'information. Les centres de santé sont actuellement la seule structure de soins ambulatoire au sein de laquelle la loi autorise les professionnels à alimenter un dossier commun. Un patient recourant au centre de santé n'a qu'un seul dossier. Les différents professionnels qu'ils consultent alimentent ce dossier unique. En cas d'informatisation des données, ceci impose des contraintes aux logiciels métier des centres. Les logiciels agréés pour les centres de santé permettent de paramétrer les droits selon la profession de l'utilisateur. Ainsi il est possible de paramétrer un profil ne donnant accès qu'aux données administratives ou de numérisation, ou donnant accès à une synthèse mais pas au détail des consultations. Ceci va dans le sens de l'avis du conseil national de l'ordre des médecins qui recommande de prévoir des niveaux d'accès différents selon les professionnels. Les logiciels doivent également être ergonomiques et pertinents pour chacune des professions représentées au centre, du dentiste à l'ophtalmologue ou à l'infirmière. Papier ou informatisé le dossier commun permet la coordination d'abord par le fait que chacun peut consulter les notes prises par un autre professionnel de santé, les résultats des examens para-cliniques qu'il a prescrits et les courriers qu'il a reçu. En cas de dossier informatisé, d'autres outils soutiennent la coordination. Il est possible d'élaborer une ou plusieurs synthèse(s) commune(s) alimentée(s) par chacun. Les dossiers informatisés permettent une lecture transversale et non uniquement longitudinale (chronologique, consultation après consultation) des informations qui y sont consignées. Ainsi l'ensemble des informations pertinentes concernant une pathologie chronique, le suivi gynécologique ou le bilan d'une plainte récente est facilement et rapidement accessible à ceux qui ont besoin d'en prendre connaissance. Le médecin généraliste qui souhaite vérifier qu'une patiente bénéficie bien d'un dépistage du cancer du col peut rapidement le savoir si la patiente est suivi par un autre médecin du centre, généraliste ou gynécologue. Enfin il est possible de générer des alertes qui s'ouvriront à la prochaine ouverture des dossiers. Par exemple il est possible de prévenir le prochain professionnel de santé qui s'occupera de ce patient qu'on vient de recevoir un bilan biologique anormal à revoir.

En dehors du dossier médical partagé, le système d'information du centre permet de partager une base de données commune. Certains logiciels permettent de créer un intranet propre au centre. On peut y mettre des guides de pratiques locaux, des aides mémoire, des informations propres à la prise en charge des patients dans le centre, auxquels chacun peut se référer.

Enfin, certains centres de santé organisent des sessions de formation professionnelle continue internes qui concernent soit certains services soit l'ensemble des professionnels du centre. Les thèmes peuvent être choisis localement. Ils sont traités par les professionnels du centre ou par des intervenants extérieurs qu'ils invitent. Ces formations contribuent à instaurer une culture médicale commune à l'ensemble des professionnelles. Elles peuvent être l'occasion de revenir sur des événements récents, d'évoquer et éclairer la prise en charge de certains patients.

On retrouve l'ensemble de ces outils dans un document présentant l'exercice coordonné protocolé comme méthode d'évaluation de pratiques professionnelles dans un document publié par la haute autorité en santé auxquels des professionnels de centres de santé ont contribué (1).

- Les atouts de la coordination

L'atout premier et principal de la coordination est l'amélioration du service rendu au patient et de sa prise en charge. Ceci est particulièrement vérifié pour les patients en difficulté pour coordonner eux-mêmes leurs soins. Cette amélioration des prises en charge passe entre autre

par une amélioration des pratiques professionnelles, mais il est surtout intéressant de noter que, en retour, elle y contribue. Les temps d'échange, l'élaboration des protocoles, sont autant d'occasion de mettre ses connaissances à jour et de prendre du recul sur sa pratique. Dans cette dynamique, l'effet de groupe peut se révéler très positif. S'il reste constructif et respectueux, le regard du pair, particulièrement présent en centre de santé du fait du dossier partagé, peut être particulièrement moteur et motivant pour améliorer sa pratique.

Dans le contexte actuel de réflexion sur la définition des soins de proximité et sur l'organisation des soins permettant de les assurer au mieux, la coordination telle qu'elle est possible en centre de santé permet de ré-aborder la question du panier de soins. La modification des besoins de soins des patients, liée au vieillissement de la population et au développement des maladies chroniques, et les difficultés posées par la démographie médicale en France ont fait émerger le concept de panier de soins. Chaque médecin pourrait ainsi être tenu d'offrir un éventail de soins considérés comme minimaux. Par exemple, l'ensemble des médecins généralistes pourrait se voir demander d'assurer des suivis de grossesse. Cette tendance pose des difficultés aux médecins qui ne souhaitent pas, pour diverses raisons, assurer certains soins, comme aux patients, d'ailleurs, qui ne souhaitent pas voir leurs demandes négligées au prétexte qu'elles ne recoupent pas exactement leurs besoins de soin. Il y a donc une voie à trouver entre la logique actuelle d'offre médicale répondant à une demande de soins, et une logique de service à assurer pour répondre à des besoins de santé. Le travail en équipe permet, dans une certaine mesure, de faire assumer l'exigence de garantie du panier de soins à la structure et non au médecin. Hors cas d'urgence, et en concertation avec l'ensemble de l'équipe, certains médecins peuvent ne pas assurer certains actes sans préjudice pour leurs patients s'ils sont assurés par leurs collègues. Inversement, certains médecins peuvent devenir les référents du centre concernant telle prise en charge et se faire adresser particulièrement les patients qui en relèvent.

- Évolution

L'avenir de la coordination des soins est lié à la valeur qu'on lui reconnaîtra pour améliorer la qualité et l'efficience des soins. Parce qu'elle est une construction et non uniquement spontanée, la coordination nécessite des moyens : temps de réunion, élaboration des protocoles, élaboration des outils dans les logiciels métier, compétences en gestion d'équipe et de projet...

En France, une expérimentation, le module 1 de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (NMR), vise actuellement à rémunérer la coordination des soins et prévoit d'évaluer secondairement son apport. Les centres inclus dans l'expérimentation perçoivent une rémunération forfaitaire dont le montant dépend du volume d'une partie de la file active. Ils reçoivent également une rémunération variable dépendante du nombre de praticiens et de l'atteinte d'objectifs. Les critères retenus pour fixer la rémunération variable sont pour une part des critères de moyens : mise en place de réunion de concertation pluri-professionnelle, élaboration et actualisation de protocoles, mise en place d'un dossier commun partagé et d'un espace d'information commun. Une autre partie des critères reflète les domaines sur lesquels les gestionnaires du système de santé attendent un bénéfice de la coordination des soins : dépistage, vaccination, prévention, coopération interprofessionnelle, suivi des pathologies chroniques, continuité des soins, diminution du recours à l'hospitalisation, diminution du coût des ordonnances (prescription en génériques, prescription de transport en VSL plutôt qu'en ambulance). 25 centres de santé sont inclus dans cette expérimentation qui doit durer pour

cinq ans. Les résultats de l'évaluation de cette expérimentation influenceront probablement la place qui sera donnée ensuite à la coordination des soins dans le système de santé français.

Chapitre 29

Délégation de taches

Par le Dr Anne Moulin.

Les réflexions évoquées dans le chapitre précédent concernant l'organisation de l'équipe de soin abordent également le rôle de chaque professionnel dans la prise en charge du patient. Il semble que ces rôles puissent être repensés, et ce dans l'intérêt de la santé des patients. Un des exemples emblématiques concerne la prise en charge des patients diabétiques de type 2. Certaines études ont retrouvé une amélioration de l'hémoglobine glyquée des patients pour lesquels les infirmières ou pharmaciens pouvaient modifier le traitement sans avis médical, selon un protocole, par rapport à l'hémoglobine glyquée des patients dont seuls les médecins pouvaient modifier le traitement (2,3).

Cette redistribution des rôles au sein d'une équipe de soins peut se faire selon plusieurs modalités, regroupées en France sous l'expression coopération interprofessionnelle.

Petit lexique concernant la coopération interprofessionnelle :

Coopération interprofessionnelle : action de participer à une action ou une œuvre commune qui repose sur la responsabilité de chacun. Ce terme, générique, comporte plusieurs modalités dont la délégation et le transfert (4). Dans tous les cas le professionnel qui se voit déléguer ou transférer un acte de soin ou une tâche doit posséder les compétences nécessaires (5).

Tâche et acte de soins : Un acte de soins est un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. Un acte de soins peut se décomposer en tâches définies et limitées, qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent être réalisées par des professionnels différents (5).

Compétence : La compétence est définie de manière générale en première intention comme la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissance, savoir-faire, comportement et expérience) en situation (6). Les compétences peuvent être spécifique à un métier ou transversales à plusieurs métiers (4).

Transfert de compétence : La compétence renvoie à une personne et donc ne se délègue pas (5).

Transfert d'un acte de soins : Action de déplacer l'acte de soin d'un corps professionnel à un autre. Les activités sont confiées à une autre profession dans leur totalité y compris en terme de responsabilité. Les professionnels qui réalisent l'activité transférée sont donc responsables, autonomes dans la décision et la réalisation de l'activité de soin, compétents et qualifiés (4,5).

Dérogation : La dérogation consiste à autoriser des professionnels de santé à effectuer des activités ou des actes de soins qui ne sont pas autorisés par les textes régissant leur exercice professionnel (5).

Délégation de tâche ou d'acte : En cas de délégation, les professionnels qui délèguent gardent la responsabilité de l'acte ou de la tâche déléguée. La tache ou l'acte de soins peut être réalisée selon un protocole préétabli. La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué est engagée dans la réalisation de l'acte (4).

Délégant : professionnel de santé qui transfère un acte de soins ou une activité à un autre professionnel de santé (5).

Délégué : professionnel de santé qui accepte de réaliser l'acte de soins ou l'activité à la place du délégant (5).

Protocole de coopération : document décrivant les activités ou les actes de soins pouvant être transférés par un professionnel de santé à un autre, de titre et de formation différents, ou la façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient dans le but d'optimiser sa prise en charge (5).

- La voie française

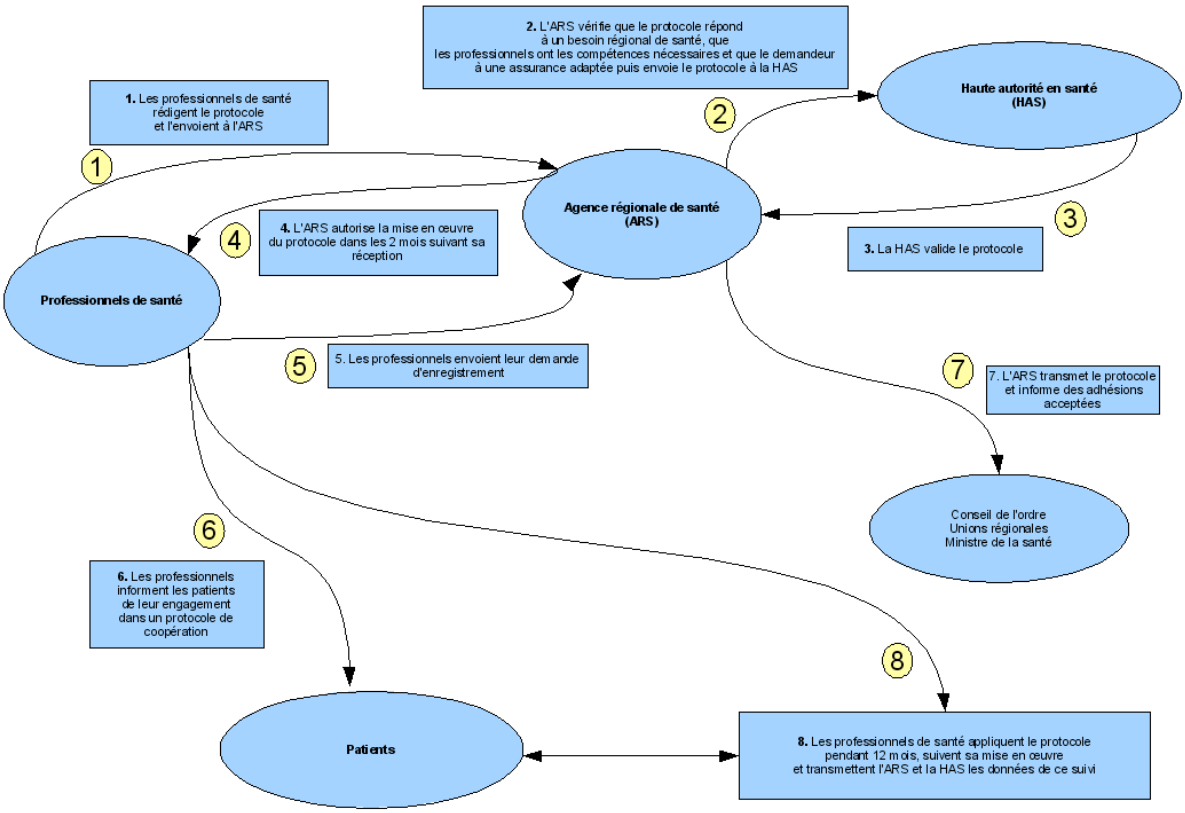
En France, les pouvoirs publics voient la coopération entre professionnels de santé comme « un axe de travail central pour l'avenir du système de santé » parce qu'elle apporte des réponses à quatre enjeux actuels :
- améliorer la prise en charge des patients par l'adaptation des pratiques à l'évolution de la médecine et de la société ;
- améliorer l'attractivité de professions médicales ou paramédicales par la reconnaissance de leurs compétences réelles, l'amélioration de leurs conditions de travail et le développement d'une possibilité d'évolution des carrières dans le soin ;
- optimiser l'activité de chaque professionnel et donc le « temps médical et paramédical disponible » pour faire face à la demande de soins et potentiellement répondre aux difficultés actuelles de démographie que connaissent certaines professions médicales ou paramédicales ;
- apporter un gain d'efficience (4).

Parallèlement au développement de nouvelles pratiques de coopération, il s'agit également de légaliser, réglementer et inscrire dans une démarche qualité les pratiques de coopération déjà existantes sur le terrain. Historiquement, l'intérêt porté à la coopération fait suite au rapport Pr. Berland de 2003 (3). Le Ministre de la santé a alors annoncé le lancement dans un cadre expérimental de plusieurs projets de coopération, portés par des équipes médicales volontaires, et autorisés par deux arrêtés successifs en 2004 puis 2006 liés à la loi d'orientation en santé publique du 9 août 2004.
Suite aux évaluations de la quinzaine d'expérimentations menées, le Ministre de la Santé a chargé la Haute autorité en santé d'éditer des recommandations visant à identifier les conditions du développement de la coopération interprofessionnelle, à proposer les évolutions nécessaires, et à guider la mise en œuvre de projets de coopération au sein d'une équipe.

Au terme de ce travail préliminaire, la loi HPST, par son article 51, a fait sortir la coopération interprofessionnelle du cadre expérimental. Cet article, et l'arrêté qui l'a suivi, tracent la voie

française de mise en œuvre de la coopération dans le domaine de la santé : cela doit se faire sur la base d'un protocole. Ce sont les professionnels qui élaborent localement le protocole. Celui-ci doit ensuite être validé par la Haute autorité en santé et autorisé par l'Agence régionale de santé. Il est alors applicable par les professionnels nommément identifiés qui en font la demande. Sa mise en œuvre doit être évaluée.

Ces étapes de l'élaboration puis de la mise en œuvre d'un protocole sont résumées dans le schéma ci dessous :



Le financement de l'élaboration et de la mise en œuvre des protocoles de coopération n'est pas encore finalisé à ce jour. Pour les centres inclus dans l'expérimentation, ce financement fera l'objet du troisième module de l'expérimentation « nouveaux modes de rémunération » que la direction de la sécurité sociale est actuellement en train d'élaborer.

En ce qui concerne la formation, les professionnels qui élaborent les protocoles sont sollicités pour préciser les besoins en formation qu'implique leur protocole. Deux pistes sont évoquées pour favoriser la coopération interprofessionnelle : faire évoluer la formation initiale des professions actuelles et développer éventuellement de nouveaux métiers.

- La situation en centre de santé

En centre de santé, le développement de la coopération interprofessionnelle apparaît comme le prolongement de l'exercice coordonné protocolé. Il peut permettre de répondre aux mêmes besoins ou objectifs : favoriser l'accès aux soins et offrir une prise en charge globale et continue à la population qui recoure au centre.

C'est pourquoi, même si le dossier dans son état actuel suscite encore des interrogations, plusieurs centres ont décidé de travailler à l'élaboration de protocoles. Les thèmes de ces protocoles abordent tant la prise en charge des problèmes aigus ponctuels que les aspects liés à la prise en charge longitudinale continue du patient.

Dans de nombreux centres de santé, le délai d'obtention d'un RDV en médecine générale rend difficile la prise en charge des problèmes de santé aigus. La logique populationnelle qui anime les centres de santé, leur volonté d'accueillir y compris une population en difficulté dans le système de soins ou dans la prise en charge de sa santé, font que le besoin ou la demande de soins aigus est importante et excède l'offre de temps médical disponible. De nombreux centres ont développé des outils ou protocoles (hors article 51) d'accueil et orientation des patients demandant une « consultation non programmée ». La conduite à tenir, variable selon différents critères comme l'âge ou le motif de consultation du patient, fait intervenir les secrétaires et/ou les infirmières du centre. Pour les motifs de recours aux soins pour lesquels on peut garantir un maintien de la sécurité des soins, la protocolisation offre la possibilité d'augmenter l'autonomie des infirmières dans leur prise en charge de ces patients et ainsi de réduire le délai et la durée de cette prise en charge.

En ce qui concerne le suivi des patients, les centres de santé ont à faire face, comme tous les professionnels de santé, à l'augmentation des besoins en coordination des soins, en actions de prévention, de dépistage et d'éducation et en aide à l'orientation dans le système de soins. Cette augmentation est liée au vieillissement de la population, au développement des maladies chroniques et à l'évolution des attentes de la société dans le domaine de la santé. Ces besoins sont majorés lorsque les patients sont en difficulté pour lister leurs antécédents ou leur traitement, rapporter les conclusions d'un spécialiste, prendre et honorer un RDV hors du centre... La protocolisation permet de multiplier les acteurs pouvant adapter un traitement (AVK, statine, antihypertenseur, hypoglycémiant), réaliser un examen clinique ou prescrire des examens ou consultations spécialisées de surveillance.

Dans ces deux champs de l'activité de soin, la mise en œuvre de coopération interprofessionnelle protocolée en centre de santé est facilitée par :

- le système d'information partagé avec en particulier le dossier médical commun ;
- l'habitude du travail coordonné en groupe et les temps de réunion préexistants ;
- la possibilité de formation en interne auprès d'autres professionnels de santé du centre et l'apport de l'expérience professionnelle de chacun ;
- le salariat des professionnels : la question de la rémunération ne se pose pas en termes de répartition de financements ou de concurrence entre professionnels pour certains actes rémunérateurs. Par contre, la modification du contenu de certains postes pose la question de la modification des grilles salariales et de la reconnaissance statutaire. Parallèlement, les financements à venir des pratiques de coopération permettraient aux organismes gestionnaires de centres de santé de percevoir une rémunération pour des actes déjà réalisés par leurs salariés actuellement sans financement.

Par contre la limitation dans la loi des acteurs de la coopération aux professionnels de santé exclut la reconnaissance et le développement de pratiques de coopération avec d'autres professionnels des équipes des centres : psychologues, aides-soignantes, assistantes dentaires...

Sont cités comme professionnels de santé dans le code de santé publique (Article 4011-1) : les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers, les masseurs

kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les diététiciens, les aides-soignantes, les auxiliaires de puériculture, les conseillers génétique, les orthésistes, les pédicures-podologues, les pharmaciens, les psychomotriciens.

Les psychologues, les assistantes sociales, les secrétaires médicales, les assistantes dentaires ne sont ainsi pas des professions de santé ce qui peut compliquer la mise en œuvre de certains projets d'équipe comme la protocolisation de coopération interprofessionnelle selon l'article 51 de la loi HPST.

- Évolution

Après l'adaptation du cadre légal, le développement des pratiques de coopération interprofessionnelle dépend désormais des possibilités de formation des professionnels et de développement d'un corpus commun de connaissances, de compétences et de références dans une équipe de soins, de la résolution des enjeux liés à la responsabilité professionnelle et à la reconnaissance statutaire de chacun, et à l'existence d'un financement à la hauteur des moyens nécessaires pour élaborer, actualiser et mettre en œuvre les protocoles, financement affecté soit à la protocolisation soit aux objectifs qu'elle permet de poursuivre (prise en charge des consultations non programmées, orientation dans le système de soins...)

Reste également à continuer d'anticiper les problèmes qui peuvent survenir en pratique (comment former les remplaçants ponctuels, comment éviter la perte de compétence des délégants, comment préserver la sécurité du parcours de soins quand l'équipe est incomplète) et de réfléchir aux problématiques plus larges posées par la coopération : Faut-il et comment faire bénéficier les équipes de soins de l'apport d'un professionnel formé en gestion de projet ? Comment intégrer le point de vue du patient ? Que devient la relation duelle médecin-malade ? Quelle place laisser à l'adaptation de la prise en charge à l'individu ? Comment évaluer la sécurité des soins à l'échelle d'une structure d'offre de soins primaire ? Encore bien des sujets de réflexion pour les prochains congrès annuels des centres de santé.

1 : HAS. L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé. Consultable à partir de : http ://www.lescentresdesante.com/rubrique86.html
2: Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Eijk Van JT et Assendelft WJJ.
Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings. Diab Care 2001;24:1821-33
3 : 80 : Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, Grimshaw JM, Sundaram V, Rushakoff RJ et Owens DK. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. JAMA 2006 ;296 :427-40
4 : HAS et Observatoire national de la démographie des professions de santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Rapport d'étape Janvier 2007.
5 : HAS. Article en ligne , consultable à partir de http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978700/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante
6 : Matillon Y. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles et médicales. Rapport de mission, mars 2006, consultable à partir de : www.sante.gouv.fr
7 : Pr. Berland. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. 2003.

Chapitre 30

Le contrat des praticiens en centre de santé : Histoire, état des lieux et enjeux.

Par le Dr Eric May

Introduction

Le salariat est le mode de rémunération des professionnels soignants des centres de santé. Il a été confirmé et inscrit dans la loi HPST de 2009. Ce salariat est un élément fondateur des centres de santé et identitaire d'une pratique innovante et pertinente de la médecine ambulatoire de proximité qui est née avec les centres et a été un des facteurs de leur développement : la pratique d'équipe, globale et coordonnée.

Le premier aspect du salariat fut son apport à la mise en œuvre de cette nouvelle forme d'exercice médical dont l'approche globale et sociale était novatrice : il a permis de tourner le dos au principe du lien d'argent entre le patient et son praticien, anomalie inscrite dans l'acte de naissance de la médecine libérale et source de conflits d'intérêts bien évidents et inévitables.

L'autre aspect du salariat est l'interdépendance entre le gestionnaire du centre et le praticien employé qui fut l'élément moteur grâce auquel se sont construits les centres de santé d'aujourd'hui. Mais paradoxe de la loi, depuis la création des centres et comme elle le confirme en 2008, elle entérine et fixe le salariat comme règle de rémunération des praticiens de centres de santé mais omet de définir un cadre légal de la médecine salariée de proximité et ses statuts.

Aujourd'hui comme hier, des règles contractuelles s'imposent alors. Elles doivent fixer droits et devoirs réciproques, entre employeur et employé, autour d'un projet d'établissement, le projet de santé selon les termes de la loi HPST, partagé et approuvé par les deux parties et dans l'idéal construit ensemble. Préciser ces règles, les faire évoluer en toute concertation, c'est sans aucun doute donner aux centres la garantie du dynamisme renouvelé de leurs équipes nécessaire à leur développement et à l'exploration de tous les champs d'innovation dont les centres sont capables de se saisir.

Quelques rappels…

Alors que les centres de santé emploient des professionnels de santé qu'ils salarient à l'exemple des établissements de santé, le cadre « statutaire » par défaut de ces médecins, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes reste désespérément restreint : il n'imposait pendant des années et n'impose encore aujourd'hui que des règles, droits et devoirs minimum, quel que soit le gestionnaire, bien loin des aspirations de la majorité des deux parties, soignants et gestionnaires des centres, et des attentes des usagers.

L'histoire des syndicats des professionnels de santé des centres s'est nourrie de leur lutte pour obtenir la reconnaissance à leur juste valeur de leur travail et de leurs compétences. Ils se sont battus aussi pour que soit bordé le champ d'intervention des gestionnaires ou des auprès des praticiens dans le respect, en particulier, de l'indépendance professionnelle : *la liberté de prescription, le libre choix, le secret médical.*

Ils ont œuvré, il est vrai, avant tout pour les médecins des centres de santé municipaux. La situation de ces derniers est illustrative pour tous, des oppositions fortes des institutions à intégrer les nouvelles pratiques de la médecine de soins salariée, dans un cadre d'emploi public qui réponde à leurs revendications et prennent en compte leurs responsabilités. Elle témoigne encore une fois des difficultés des centres à obtenir pleinement reconnaissance de leur apport et de la légitimité du mode d'exercice de leurs praticiens.

Revenons sur quelques étapes qui ont marqué l'évolution du statut des praticiens de santé des centres municipaux :

1. **Avant la loi du 26 janvier 1984 (L0I 84-53), la situation était particulièrement complexe.** Dans certaines communes :

- les praticiens des centres de santé municipaux avaient dans le meilleur des cas des contrats à durée indéterminée sur la base de la législation en vigueur à cette époque :

i. Pour les praticiens effectuant de 30h à 40h hebdomadaires, CDI + application de la protection sociale des agents non titulaires (décret 76-695 du 21.07.76 abrogé par le décret 80-552 du 15.07.1980).

ii. Pour les praticiens effectuant de 10h30 à 30h hebdomadaires, CDI + application d'une protection sociale moindre (décret 77-1264 du 17.11.1977).

iii. Pour les praticiens effectuant moins de 10h30 hebdomadaires, pas de contrat, pas d'arrêté municipal, pas de protection sociale

- Dans la plupart des communes, la règle de l'arrêté prévalait cependant : pratique, simple, il ne fixait la plupart du temps que la rémunération du praticien et ses fonctions au sein de la commune et du centre de santé. La durée n'était toujours pas indiquée d'ailleurs. Il est toujours autorisé.

2. **Après la loi du 26 janvier 1984 (L0I 84-53),**

- Elle a créé un véritable statut pour la fonction publique territoriale.
- Le mode normal de recrutement dans la fonction publique devient le concours et la titularisation dans un grade. Il offre ainsi la garantie du respect du principe constitutionnel d'égal accès aux emplois publics.

i. **Le recrutement d'agents non titulaires devient donc une exception** au mode normal de recrutement. Il n'est autorisé que dans quelques cas précis expressément définis dans cette loi. **Pour les praticiens exerçant dans la Fonction Publique Territoriale**, 2 modes de recrutement sont autorisés :

1. **Le cadre d'emplois des médecins territoriaux** : médecins de prévention « chargés d'élaborer les projets thérapeutiques des services ou établissements dans lesquels ils travaillent / ceux chargés des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé / ceux qui participent à la conception, à la mise en œuvre, à l'exécution et à l'évaluation de la politique de leur collectivité en matière de santé publique ».
2. Les médecins de soins ne rentrent pas dans ce cadre-là : leur recrutement est autorisé **au titre d'agents non titulaires** parce qu'il n'existe pas de cadre d'emplois correspondant. Ce « non statut » est celui donc des médecins, chirurgiens dentistes et kinésithérapeutes des

centres municipaux de santé. Les infirmiers ne sont pas concernés étant soit détachés de l'hôpital public, soit dans un cadre d'emploi spécifique de la fonction publique territoriale.
La loi du 26 janvier 1984 précise que les agents recrutés en qualité de non titulaires au motif de l'absence de cadre d'emplois correspondant aux fonctions sont engagés soit :

- par des contrats d'une durée maximale de 3 ans, qui ne peuvent être renouvelés que par reconduction expresse (sans aucune précision de durée).
- par décision administrative (l'arrêté).

Le décret 88-145 du 15 février 1988 pris pour l'application de l'article 138 de la loi précédente offre et précise les droits en matière de protection sociale (droits aux congés annuels, aux congés maternité, à la formation….) des non titulaires de la fonction publique territoriale qui sont dès lors de fait les mêmes que ceux des titulaires.

3. Modification de la loi du 26 janvier 1984 : la loi du 27 juillet 2005.

- Le 28 juin 1999, une directive du Conseil de l'Union Européenne a introduit le contrat à durée indéterminée dans le dispositif statutaire dans le cadre de la lutte contre la précarité des agents non titulaires des services publics.
- Cette loi ne modifie en aucune façon les modes de recours aux agents non titulaires. Ce sont les conditions de durée et de renouvellement des contrats des agents ainsi recrutés qui sont en revanche profondément modifiées :

i. La durée maximale des contrats est fixée à 3 ans,
ii. Le renouvellement des contrats reste possible et s'effectue toujours par reconduction expresse, mais sans que la durée des contrats successifs puisse excéder 6 ans.
iii. Au-delà de cette période maximale de 6 ans, la reconduction intervient par décision expresse et pour une durée indéterminée.

4. Dernière nouveauté pour les agents non titulaires de la fonction publique territoriale : le décret du 12 mars 2007, articles 1-3, 1-4 :

- Il autorise le principe de l'évolution (« réexamen ») de rémunération pour les agents en CDI au moins tous les 3 ans, « notamment au vu de l'évaluation »
- Il institue pour les non titulaires une évaluation au moins tous les 3 ans (cela peut être fait à une fréquence plus élevée : tous les ans…)

Ainsi s'est construit au fil des années un cadre statutaire des agents non titulaires de la fonction publique territoriale, dont les professionnels soignants des centres de santé municipaux bénéficient aujourd'hui. Il leur garantit des droits sociaux équivalents à ceux des titulaires (hors acquis particuliers locaux), sécurise partiellement leur emploi (pour ceux qui accèdent au CDI) mais pose toujours de nombreux problèmes : possibilité de non reconduction au bout de 6 années d'exercice en centre de santé ; modalités d'évolution salariale laissée à la seule décision de l'employeur et non inscrites dans le contrat sous peine de s'exposer au refus du contrat par les autorités préfectorales, car assimilées à une évolution de carrière (réservée aux seuls titulaires) ; et surtout absence d'éléments spécifiques qui caractérisent l'exercice de la médecine et plus largement du soin en centre de santé.

Quel état des lieux en 2010 ?

Les contrats qui lient les centres à leurs soignants sont aussi divers que les centres le sont :

Pour les centres municipaux de santé, la tendance forte est depuis 2005 la prise de conscience par les directions générales des communes de la nécessité de mise en conformité des contrats

de travail qui, quand ils existent, sont en l'état, hérités des années 80. Ces vieux contrats les exposent à contestation tant de la part des praticiens que des autorités de tutelles. Ne négligeons pas dans ce nouveau comportement, l'attitude positive des conseils départementaux de l'ordre des médecins qui s'opposent aux simples arrêtés pourtant légalement autorisées et exigent des contrats de travail en bonne et due forme.
Mais c'est souvent à partir d'une feuille blanche que beaucoup d'entre elles doivent débuter et s'atteler à leur rédaction intégrale. Ce travail offre l'occasion dans de nombreuses communes de relancer à cette occasion une réflexion élargie sur la place des centres et de leurs équipes dans la cité, et de définir plus clairement le projet de santé du centre.

Pour les centres associatifs, les problèmes sont différents puisque de droits privés. Les contrats des centres associatifs sont très divers. Ils peuvent être base de l'engagement réciproque autour d'un projet commun mais sont trop souvent réduits à de plus simples rédactions. Et là encore ils omettent pour la plupart d'entre eux de préciser le cœur du contrat, celui qui donne à l'exercice en centre de santé tout son intérêt et qui ne peut être que commun à tous les centres quel qu'en soit le mode de gestion. Car le cadre général d'exercice d'un praticien salarié d'un centre de santé associatif ne peut pas différer de celui de son alter ego d'un centre de santé municipal ou mutualiste. Ce n'est pas sans poser des problèmes pour tenter de faire avancer auprès des gestionnaires l'idée de construire en concertation avec les professionnels soignants un statut des praticiens ambulatoires salariés communs aux structures. En effet, si l'on prend le sujet des rémunérations de leurs soignants, les centres de santé associatifs ont été nombreux à adopter –pour des raisons d'équilibre financier- le principe de leur proportionnalité par rapport aux nombres et à la valeur des actes effectués par les praticiens. On s'est très éloigné des valeurs fondatrices des centres, « *la médecine décommercialisée » (Jean Régnier)* et *« supprimant les rapports d'argent entre le médecin et le malade » (Frusuman).*

Les contrats des praticiens des centres mutualistes sont soit assez comparables à ceux des centres associatifs soit pour certains, ceux des praticiens des centres de santé des Bouches du Rhône par exemple, des modèles, innovants par bien des aspects, apportant des solutions à certaines questions, telle leur participation à la permanence des soins. Les difficultés financières que connaissent ces centres peuvent laisser craindre un recul de ces avancées (avantages ?). C'est ce qu'ont connus les médecins des centres miniers qui ont vu apparaitre contre l'avis de leur syndicat pourtant représentatif et majoritaire, dans leur rémunération, une part liée à « la productivité » (que je distinguerai de la performance).

Vers un statut commun, ou plaidoyer pour l'élaboration d'un contrat type commun aux centres.

Le constat de la crise de la médecine de proximité est partagé par tous les acteurs de la santé, les médecins libéraux en tête, mais les centres de santé ne sont pas épargnés par celle-ci. La pénurie générale des soignants est une réalité que nous vivons en centres aussi où se pose dès aujourd'hui, le problème aigu du renouvellement des équipes. C'est une conséquence désastreuse des choix politiques depuis près 20 ans, qui en instaurant le numérus clausus voulaient diminuer mécaniquement les dépenses de santé en réduisant l'accès aux soignants donc aux soins. Elle a créé les déserts médicaux tant en zone urbaine et péri urbaine où les problématiques sociales sont les plus grandes (et les inégalités sociales de santé les plus profondes) que dans les zones rurales de peu d'attraits quand elles sont désertés par les équipements et services publics : écoles, postes…Les effets du relèvement récent du numérus

clausus, outre qu'il est insuffisant et est déjà bloqué, n'est pas attendu avant 10 ans, la durée moyenne de formation de la plupart des médecins.

La crise des vocations aggrave ce processus et est encore plus terrible à admettre et à accepter pour les praticiens en exercice : former des médecins ne suffit plus. Beaucoup des jeunes médecins généralistes font par exemple le choix à la fin de leurs études de se détourner de la médecine de premier recours pour laquelle ils ont été formés comme l'ont encore démontré les choix des internes en 2010. Et trop nombreux sont ceux qui s'orientent vers les disciplines plus rémunératrices ou des formes d'exercice contestables (les exercices dits particuliers…) Cette crise a fait naitre une mise en concurrence, entre territoires (qui s'ingénient à trouver les moyens d'attirer les praticiens) et entre modes d'exercice libéral et salarié, solo et regroupé. Le rapport de force est aujourd'hui favorable aux praticiens qui ont « le choix ».

Mais les centres ont des atouts qui méritent d'être mis en valeurs. Les modes d'exercices regroupés et partagés sont désormais reconnus comme les plus adaptés face aux enjeux nés de la complexification de la médecine du 21ème siècle. Pour beaucoup, la pratique isolée, « solo », est devenue inappropriée aux exigences d'une médecine de qualité et désormais globale qui ne peut plus se réduire à la traditionnelle médecine d'organes. Elle est dans l'air du temps « médiatique » et « politique », revenue au premier plan par l'émergence des maisons de santé libérales qui en s'inspirant du modèle centre de santé ont fait redécouvrir celui-ci aux institutions, aux professionnels de santé et aux étudiants en quête de nouvelles perspectives. Les jeunes soignants aspirent en effet à un nouveau modèle d'organisation de soins collectif et pluri professionnel qui leur offrent des conditions de travail optimales et leur laissent le temps nécessaire à leur légitime aspiration à mener des projets autres que professionnels. Les centres qui sont en mesure de répondre sur bien des points à ces demandes les séduisent. Pour ceux qui y exercent déjà, la conviction, pas toujours acquise au début, de la pertinence de leur choix pour le mode d'exercice salarié et pour la pratique d'équipe s'est trouvée pour la majorité d'entre eux rapidement confirmée et leur engagement est devenu pour beaucoup d'entre eux un acte militant et durable.

Alors comment « séduire » les professionnels de santé, les convaincre de rejoindre les centres, à venir y exercer, et à en faire les (pro)moteurs des centres de santé d'aujourd'hui et de demain ? En quoi peut intervenir le contrat dans la motivation d'un professionnel de santé au moment du choix ?

Le contrat peut et doit donner d'abord du sens (ce que ne donnera pas un arrêté) à l'engagement par le centre d'un praticien, en inscrivant son action dans le cadre du projet général de l'établissement et de la politique de santé de son gestionnaire :

- Le médecin ou le chirurgien dentiste ou le kinésithérapeute est clairement inscrit dans le contrat comme acteur d'une offre de soins de qualité pour tous les usagers du centre, complète et complémentaire au sein de la structure et en regard de l'offre locale.
- Il adhère aux principes de la pratique d'équipe, partagée autour du dossier médical commun, et à ses aspects médicosociaux.
- Il s'engage à assumer des missions associées de soins, de prévention et de santé publique au service des populations locales ou des usagers du centre.

Mais en échange le gestionnaire se doit d'y inscrire pour espérer convaincre le praticien et afin de favoriser la cohésion des équipes médicales, la cohérence de leurs pratiques :

- La continuité et la pérennité de l'action des membres de l'équipe médicale pour le plus premier bénéfice des patients. En l'état actuel des lois, seuls les CDI permettent cela. Il faut les généraliser quand c'est possible et refuser tout usage dévoyé, qui pourraient tenter certains, des modalités contractuelles insuffisantes prévues dans la loi comme par exemple, faire des 6 premières années de CDD dans la fonction publique un super Contrat Première Embauche de sinistre mémoire.
- Des conditions de travail attractives : la garantie de moyens mis à disposition pour un exercice de qualité, la garantie d'évolution de ces moyens dans le respect des cadres réglementaires techniques d'exercice mais aussi dans celui des recommandations de bonnes pratiques qui sont, pour rappel, opposables.
- Des niveaux de rémunération, qu'elle soit évolutive ou non, comparables aux niveaux proposés pour des pratiques proches dans l'esprit de celles des centres de santé (ex : Praticiens Hospitaliers) ou défendus par les organisations professionnelles (tarif horaire dit « syndical » en centre de santé municipal) ; l'équité de traitement entre acteurs de premier recours (médecins et chirurgiens dentistes) ; absence de rapport entre la rémunération et la productivité du praticien.
- L'intégration dans le temps de travail des missions d'encadrement des étudiants et stagiaires en médecine générale, en chirurgie dentaire, kinésithérapie ou pour toute autre discipline.
- La notification claire des droits à la formation médicale continue, du respect de l'indépendance professionnelle et de la déontologie.

Tous ces éléments dessinent les contours d'un contrat type de professionnel soignant de centre de santé qui pourrait être commun à toutes les structures mais qui reste évidemment à écrire. Alors que la loi a inscrit dans le marbre le salariat comme mode d'exercice en centre de santé, il est urgent de relancer une réflexion large, originale et renouvelée sur le statut des centres de santé et de leurs professionnels dans le paysage sanitaire français. Le contrat type peut nous aider dans cette tache. Elle aiderait à structurer encore un peu plus les centres en ouvrant, par exemple, des perspectives de passerelles et d'échanges de compétences entre nos structures et les hôpitaux publics en droit de créer et de gérer désormais des centres de santé.

Chapitre 31

Les centres de santé sont des acteurs économiques.

Par le Dr Michel Limousin.

A force de se penser comme un service non commercial – à juste raison –, il arrive que les centres de santé oublient qu'ils sont aussi des acteurs économiques. Et là, ils ont tort.

Il s'ensuit parfois des comportements mal adaptés à leur propre situation et une sorte de sentiment négatif vis-à-vis d'eux-mêmes. Ceci résulte d'abord du fait que les dépenses de santé sont toujours présentées comme des charges et non une activité normale qui crée de la richesse. Il faut dire que ce discours culpabilisant est la règle dans notre pays.

Pourtant, les centres de santé appartiennent au monde de la santé qui aujourd'hui est un des secteurs économiques les plus dynamiques du pays. Le secteur de la santé en France emploie directement 2,5 millions de personnes soit 10% de l'emploi total ; ce taux passe à 13% si on ajoute les emplois indirects liés à la santé. Le monde de la santé représente plus de 11% du Produit intérieur Brut. Le budget de la protection sociale qui le finance est supérieur à celui de l'Etat. Dans de nombreuses communes, le centre de santé est le service municipal qui de loin voit le plus de personnes. Un centre de santé municipal, c'est souvent une centaine d'emplois. Pensons aussi aux centres mutualistes qui emploient plus de mille personnes dans les Bouches du Rhône.

Il nous parait important de redonner ici les chiffres nationaux des dépenses de santé :

Les différents agrégats qu'on utilise pour mesurer les dépenses de santé sont régulièrement publiés par l'administration[29] [Dress].

1) La dépense courante de santé :
C'est la somme des dépenses engagées par les financeurs de l'ensemble du système de santé : la Sécurité sociale, l'État, les collectivités territoriales, les organismes de protection complémentaire et enfin, la part restant à la charge des ménages. La dépense courante de santé a atteint 223,1 milliards d'euros en 2009 soit 11,1% du PIB.

2) La consommation médicale totale :
Elle comprend la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) à laquelle on ajoute les dépenses de prévention (qui ne représentent que 2% du total (!) : 3,3 milliards d'Euros). Pour passer de la CMT à la dépense courante de santé, il faut ajouter les indemnités journalières de maladie ainsi que les dépenses de recherche et de formation, les subventions reçues et les coûts de gestion.

3) La dépense totale de santé :
C'est l'agrégat utilisé par l'OCDE pour les comparaisons internationales. Elle correspond à la dépense courante de santé, à laquelle on retranche les indemnités journalières de maladie ainsi

[29] [Dress, Les Comptes nationaux de la santé en 2009] : Etudes et Résultats n° 736. Septembre 2010

que les dépenses de recherche et de formation médicale, mais en ajoutant la formation brute de capital fixe du secteur hospitalier public en immobilier et équipements. La dépense totale de santé a atteint 227,7 milliards d'euros en France, en 2008, 11,2% du PIB. Les comparaisons internationales se fondent ainsi sur un agrégat qui dépasse largement la consommation de soins et biens médicaux, l'agrégat le plus utilisé en économie de la santé.

d) La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) :

Elle a atteint 175,7 milliards d'euros en 2009, montant qui représentait, 9,2% du PIB pour 8,7% du PIB l'année précédente, en raison de la décroissance du PIB du fait de la crise économique. Cela représente 2724 euros par personne. L'augmentation en valeur a été de 3,3% en 2009 (4,2% en 2007). Cette augmentation n'a en fait rien d'exorbitant et elle marque un recul sensible par rapport aux taux d'augmentation constatés depuis le début des années 2000.

Sa structure est la suivante :

a) les soins hospitaliers :

La CSBM comprend en premier lieu les soins hospitaliers en hôpital public et privé ainsi que les soins en maisons de retraite médicalisées. En 2009, les soins hospitaliers se sont élevés à 78 milliards d'Euros (60 pour le public et 18 pour le privé). Le secteur public proprement dit a connu un taux d'accroissement des dépenses de 3,7% en valeur mais de 2% seulement en volume. L'augmentation des dépenses dans le secteur privé a été, en 2009, de + 4,4% en valeur, ce qui reste très au-dessus de la croissance de la CSBM. L'ensemble des soins hospitaliers publics et privés représentait 44,1% de la CSBM en 2009, mais cette part s'est considérablement réduite depuis 1983 où elle atteignait 52%. Cette baisse continue est la conséquence d'un mouvement de long terme dit de « déshospitalisation » des soins, dont les effets sont positifs pour une part, mais aussi quelquefois discutables, telles les durées moyennes de séjours baissant pour des raisons de stricte économie au détriment de l'état de santé des patients.

b) les dépenses en soins ambulatoires où sont enregistrés les centres de santé :

Elles comprennent les honoraires des médecins, des dentistes, des auxiliaires médicaux et les facturations des laboratoires d'analyses. Ce poste s'est élevé à 48,3 milliards d'Euros en 2009, soit 27,5% de la CSBM. La part relative des soins ambulatoires, contrairement à ce que beaucoup de gens pensent, tendrait à diminuer sur le long terme, puisqu'elle atteignait 29% en 1990.

e) les dépenses en biens médicaux :

Elles s'élèvent à 48,5 milliards d'Euros en 2009. Parmi celles-ci, les médicaments représentaient 35,4 milliards d'Euros, soit 20,4% de la CSBM. Les médicaments constituent le poste dont le taux de croissance en valeur et en volume reste en permanence le plus important. C'est donc le facteur principal de la croissance des dépenses de santé. Ainsi, le taux d'augmentation des dépenses de médicaments en 2008 était-il à 5,4% en volume. On notera que la croissance en volume du poste médicaments est fréquemment supérieure à la croissance en valeur, en 2009 notamment la croissance en valeur se ralentit à 2,5% ce qui est inférieur à la croissance en valeur de la CSBM ; cela peut s'expliquer notamment par la conséquence de forts gains de productivité dans ce secteur et, pour une moindre mesure, d'une baisse du prix moyen des médicaments en raison du développement des génériques. On notera que les prescriptions des médecins des centres de santé semblent plus économes que celle des libéraux : environ 30%. De ce point de vue ils n'ont pas à rougir.

Comparaisons internationales : l'OCDE plaçait en 2008 la France au 2ème rang mondial pour la dépense totale de santé, avec 11,2% du PIB soit plus de 2 points de pourcentage de plus que la moyenne des pays de l'OCDE (8.9%). Les États-Unis sont de loin les plus dépensiers avec 16% du PIB, ce qui confirme que plus les dépenses de santé sont privatisées, plus celles-ci sont importantes. La Suisse avec 10,7% du PIB consacrés à la dépense totale de santé, est au 3è rang mondial. L'Allemagne avec 10,5% du PIB est à un niveau proche. En ce qui concerne les dépenses de santé par habitant, la France se situe en 2008, au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE avec 3 800 USD (ajustées sur la base de la parité de pouvoir d'achat des monnaies). Les dépenses de santé par habitant en France restent cependant inférieures de moitié aux dépenses de santé par habitant aux États-Unis, qui s'élèvent à 7500 USD par habitant. Elles se situent au 9ème rang mondial. Les données sont exprimées en dollars US ajustés pour les parités de pouvoir d'achat (PPA). Les PPA permettent la comparaison des dépenses entre les pays sur une base commune. Les PPA sont des taux de conversion monétaire qui égalisent le coût d'un « panier » donné de produits et services dans différents pays. Concernant la croissance des dépenses de santé par rapport à la croissance du PIB, celle-ci a été aux Etats-Unis 2,3 fois supérieure. Dans les autres pays de l'OCDE, la progression des dépenses de santé a été 1,7 fois celle de l'activité économique.

Au total, les centres jouent aussi un rôle économique utile à la société. Ils créent de l'emploi directement dans leurs services et indirectement dans le reste de la société et l'activité médicale apporte un effet positif à la société toute entière. La sinistrose, la culpabilisation n'a pas lieu d'être.

Quelles sont les conséquences de ce rôle d'acteur économique ?

La principale est de se comporter de façon cohérente : c'est une responsabilité économique qui ne peut être négligée. Notre activité de santé, en soit, ne peut justifier tout, en particulier l'ignorance de notre rôle économique.

La première démarche est d'avoir une comptabilité claire et cohérente. C'est largement pratiqué dans les centres associatifs ; ce l'est beaucoup moins dans les centres municipaux. La comptabilité des communes ne se prête pas à l'exercice et la comptabilité analytique par service n'est pas leur fort. Pour savoir ce que sont nos recettes et surtout nos dépenses il faut faire un travail d'analyse difficile et bien souvent aller chercher les chiffres sans omettre des postes qu'on oublie toujours comme les factures qui sont engagées pour notre compte par d'autres services : transports, assurances, chauffage, entretien des bâtiments, investissements, frais financiers etc. Cette pratique d'une comptabilité analytique est indispensable pour négocier ses budgets avec les gestionnaires. C'est la meilleure façon de répondre à leurs attentes et de faire valoir ses objectifs de santé.

Le deuxième volet concerne les recettes dont le suivi doit être assuré de façon attentive. On ne peut se targuer d'avoir travaillé si l'argent ne rentre pas dans les caisses des gestionnaires. La différence entre le facturé et l'encaissé est toujours cause d'incompréhension entre professionnels de santé et gestionnaires.

Enfin les relations avec les fournisseurs doivent être réellement professionnelles. Il faut bien mesurer que nous avons en face de nous des gens qui sont là pour gagner de l'argent et qui sont formés à la négociation des prix. Nous ne pouvons pas être en dessous de leur niveau. C'est un véritable effort de formation qui doit être accompli dans ce domaine.

Dernière proposition :

Il manque au mouvement des centres de santé une composante : une organisation d'ordre économique qui puisse intervenir et aider les centres quelque soit leur type de gestion. Nous faisons cette proposition depuis longtemps et c'est probablement la difficulté de la réalisation qui explique le retard à la mise en place. Mais nous avons bien su nous organiser dans le domaine de la représentativité vis-à-vis des pouvoirs publics, dans le domaine de la communication ou encore dans le domaine de la formation. Pourquoi est-ce qu'une organisation commune ne verrait pas le jour dans des domaines comme le conseil à la gestion, l'autoévaluation des centres, l'aide à l'achat centralisé, l'appui pour l'organisation de marchés publics, l'aide à la négociation, et surtout parce que nous sommes optimistes, l'aide à la création de centres de santé ?

Ensemble, ne serions-nous pas plus forts dans ce monde économique de brutes ?

« Qu'entendre par « démarche sociale » ?
Ce n'est pas se contenter d'observer un processus pathologique, mais étudier tout ce qui dans l'environnement détermine le processus pathologique, prendre en compte les facteurs de risques, quels qu'ils soient,
à commencer par exemple par le chômage ou les modes de production »
Rencontre Médicale, N°1, juin 1982.

Chapitre 32

La santé bucco-dentaire en centre de santé.

Par le Dr Jean-Victor Kahn.

Etat des lieux[30] :

Les pathologies bucco-dentaires sont des problèmes de santé publique qui touchent toutes les couches de la population, à des degrés divers. Le cout des soins dentaires représente 20 % de l'ensemble des dépenses liées aux soins ambulatoires, plaçant les dépenses de santé pour les affections de la bouche et des dents au troisième rang, après les maladies de l'appareil circulatoire et les troubles mentaux.

Pathologies bucco-dentaires, de quoi parle-t-on ?

On peut considérer la carie dentaire et les maladies parodontales comme les deux principales affections dans le domaine de la santé publique bucco-dentaire, compte tenu de leur fréquence qui touche un grand nombre d'individus. Elles restent une cause de morbidité très liée à l'accès aux soins et aux problèmes socio-économiques. Le risque carieux dépend étroitement de l'hygiène bucco-dentaire et des habitudes alimentaires, notamment l'usage des aliments sucrés et le grignotage. La carie dentaire résulte d'un processus initialement réversible, chronique, qui correspond à des entités cliniques différentes, impliquant une prise en charge adaptée. L'évolution des concepts thérapeutiques et des biomatériaux dentaires permet d'orienter les pratiques professionnelles vers des approches plus conservatrices.

Les maladies parodontales sont liées à l'hygiène bucco-dentaire et à divers facteurs de risque d'ordre général (en particulier diabète, immunodéficience) et d'habitudes de vie (en particulier le tabac). L'atteinte de l'espace parodontal peut aboutir à différentes formes cliniques, allant de la gingivite, forme la plus fréquente aux parodontites plus complexes, impliquant des thérapeutiques progressives et un suivi régulier. De nombreuses études sont menées sur les relations entre les maladies parodontales et les maladies cardio-vasculaires, les affections chroniques respiratoires, l'ostéoporose, les naissances prématurées….

Les caries dentaires et les maladies parodontales sont à l'origine de la perte prématurée des dents aboutissant à des édentations partielles ou totales nécessitant des thérapeutiques de réhabilitation plus ou moins complexes et couteuses. On estime qu'en France 16 % des personnes âgées de plus de 65 ans présentent une édentation totale.

D'autres pathologies relèvent aussi du domaine de la santé publique bucco-dentaire.

- Les pathologies de la muqueuse buccale et les cancers de la cavité buccale(en nette augmentation dans les pays industrialisés) ;

[30] De nombreuses notions sur la santé bucco-dentaire sont extraites de l'article de S.Azogui-Lévi et M-L Boy-Lefèvre in N° 51 juin2005 de la revue *santé publique* [30]

- Les dysmorphoses et les malocclusions dentaires ayant des répercussions fonctionnelles et esthétiques nécessitant des besoins de traitements orthodontiques (estimés à 60 % en France) ;
- Les problèmes dentaires liés aux anomalies oro-faciales ;
- Les traumatismes dentaires en augmentation dans les pays industrialisés (activité sportive à risque, accidents de la circulation).

L'ensemble de ces pathologies et les conséquences qu'elles peuvent entrainer en termes de douleur et de déficience fonctionnelle ont un réel impact sur la qualité de vie des personnes à tous âges.

Quelles évolutions marquent ce secteur de la santé publique ?

Durant les deux dernières décennies on a pu noter une amélioration de la santé bucco-dentaire en France, particulièrement chez les enfants, avec toutefois des disparités persistantes. Pour répondre aux problèmes liés à l'inflammation des gencives et à la perte prématurée des dents, des thérapeutiques nouvelles se sont développées.

La nomenclature des actes professionnels, particulièrement inadaptée, entraine une inégalité d'accès aux soins prothétiques importante, avec un financement essentiellement par les mutuelles et les ménages. Le secteur dentaire est exemplaire dans l'écart pris entre l'avancée des thérapeutiques et le retard pris par la protection sociale dans l'évolution de la prise en charge, tendant à réserver ces thérapeutiques à des populations disposant de moyens financiers conséquents. Les exigences de qualité et les recommandations de bonne pratique se sont multipliées, notamment émanant de la Haute Autorité de Santé. Les exigences de sécurité sanitaire pour l'hygiène et l'asepsie dans les lieux de soins sont à respecter. La nécessité d'intégrer l'odontologie au paysage médical, permettant une vision globale des problèmes de santé, s'impose.

L'accès aux soins, le renoncement :

Il est regrettable qu'en France on tarde à mettre en place un programme national de prévention comme il en existe dans de nombreux pays européens (Grande Bretagne, Danemark, Suisse et les pays nordiques). Ces programmes ont fait leurs preuves chez l'enfant. Certes leur mise en place demande initialement, à la nation, un investissement. Mais ce coût supplémentaire ne doit il pas à moyen terme venir en atténuation des dépenses engendrées par le soin des pathologies installées ?

Car sans prévention les pathologies s'installent, alors que, nous ne le répéterons jamais assez, les pathologies bucco-dentaires peuvent pour la plupart être évitées. Mais les pathologies sont là.il nous faut y faire face.

Plus de 40 000 dentistes exercent en France[31]. La plus grande majorité (environ 90 %) exerce en cabinets libéraux (en2005 : 93 %). L'exercice en centre de santé est donc très minoritaire dans la profession, mais il est en constante progression. On assiste ces dernières années à l'ouverture d'un certain nombre de nouveaux centres dentaires (essentiellement mutualistes et associatifs), alors que les centres gérés par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les collectivités locales connaissent des difficultés importantes.

[31] 40 049 recensés par le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes (données au 1° avril 2010)

Dans leur ensemble les centres de santé dentaires ont pour vocation de veiller à une bonne santé bucco-dentaire de la population qui les fréquente. Pour ce faire ils doivent compter sur l'assiduité des patients. Les traitements, lorsque les pathologies sont installées, nécessitent des séances contraignantes par leur caractère répétitif, contrainte qu'un bon plan de traitement tentera de réduire. Des enquêtes ont montré qu'un tiers de la population recourt à un dentiste sur une année (a contrario 2/3 n'y ont pas recours).

Il a été observé deux pics de la consommation des soins bucco-dentaires :

- à l'adolescence en raison des traitements orthodontiques
- à l'âge adulte (tranche d'âge 35-50 et 60 ans) en raison des traitements prothétiques.

Les femmes semblent être plus concernées.
Le recours aux soins suit l'échelle sociale : avec 7.5% pour les cadres 3.9% pour les ouvriers non qualifiés et 3.3% pour les agriculteurs. Un renoncement aux soins sur deux concerne les soins dentaires, essentiellement pour des raisons financières. Chez l'enfant, le renoncement est en partie lié à l'offre de soins (peu de dentistes soignent spécifiquement les enfants – conséquence d'une nomenclature des actes professionnels particulièrement inadaptée).

Il existe des relations fortes entre problèmes dentaires et précarité : le nombre de dents manquantes non remplacées et les besoins de soins augmentent avec la précarité des ressources financières, avec l'incertitude de l'emploi ou l'instabilité en matière de logement et encore plus si ces diverses dimensions se cumulent.

Financement :

La nomenclature générale des actes professionnels, devenue obsolète, ne couvre qu'une partie des actes, ne prend pas en compte le coût réel des prothèses et ignore totalement des secteurs entiers d'une pratique dentaire moderne (soins parodontaux, implantologie)… La rémunération des actes a des effets pervers sur l'accès aux soins, l'équilibre financier des cabinets étant obtenu par le transfert de charge entre prothèse et soins conservateurs. Nous ne sommes pas favorables aux honoraires libres… Cette notion va à l'encontre de la mission des centres de santé dont la plupart des patients sont en situation sociale difficile, sans être pour autant à la CMU. Même si le centre de santé s'adresse à tout type de personnes, celles-ci n'ont pas des revenus élevés et elles ont souvent des « petites mutuelles ». Néanmoins d'un point de vue pragmatique de financement des services dentaires, il nous faut prendre en compte dans l'élaboration des tarifs les différents coûts de la structure : coût du chirurgien-dentiste, de l'assistante, de la prothèse et les frais de fonctionnement du service en dehors de celui du centre. Il nous semble également important d'évaluer le temps moyen nécessaire à l'exécution de nos actes. Jusqu'à quel point le tarif doit couvrir les frais de structure ? C'est le même débat pour un cabinet libéral, car chaque cabinet n'a pas le même coût de structure. Dans la réalité, les actes hors nomenclature ou en dépassement d'honoraires viennent compléter l'insuffisance du coût des actes opposables. Un centre de santé n'est pas un cabinet libéral. Il y a aussi d'autres services, comme l'action sociale et la santé publique. Nous insistons sur le fait qu'il faut extraire cet accompagnement dans cette élaboration des tarifs du centre, car il n'y a pas de raison de faire payer au patient l'engagement social que la structure lui propose de par sa volonté politique.

Ce n'est pas forcément la réalité dans les centres de santé mais c'est notre position et notre discours syndical. Nous militons aussi pour plus de transparence vis-à-vis des patients. Dans un cadre conventionnel rénové, les actes opposables devraient être revalorisés. Payer à sa

juste valeur les actes opposables permettrait d'avoir des honoraires libres qui soient effectivement fonction des coûts réels.

En effet, si 86 % des français souscrivent à une couverture complémentaire, la qualité des contrats s'agissant des soins dentaires est inégale. Pour 35 % des contrats souscrits, ils ne couvrent que le ticket modérateur. Les bénéficiaires de la CMUC représentent environ 9 % de la population. Ils bénéficient de la gratuité des prestations pour un panier de soins bien défini, qui, lui aussi, est aussi obsolète que la NGAP. On note cependant que le bénéfice de la CMU n'est pas aussi important pour les soins dentaires que pour les soins médicaux (encore 14 % de renoncements à des soins dentaires pour raison financière). Enfin le nombre d'assurés sociaux dont les revenus sont légèrement supérieurs au seuil de la CMU, sans pouvoir leur permettre de souscrire à une couverture complémentaire s'accroit.

Et les structures dans ce tableau ?

Il est sûr que la gestion d'un service dentaire à la fin des années 1980, où les remboursement des actes par la Sécurité Sociale représentait 60 % des frais de fonctionnement (les 40 % restant étant à la charge des patients et de leurs mutuelles pour 33% et à la charge de la structure pour 7%)[32], n'a plus grand-chose à voir avec la gestion d'aujourd'hui où malgré les efforts d'efficience des équipes les remboursements du régime obligatoire ne représentent plus que difficilement 30 % de ces frais (par simple effet du blocage de la valeur des lettres clefs). Il faut aux gestionnaires une réelle volonté politique pour maintenir le niveau technique indispensable et pour préserver l'environnement humain nécessaire. Car nous l'avons indiqué précédemment, les exigences de qualité et les recommandations de bonne pratique se sont multipliées, notamment émanant de la Haute Autorité de Santé, de même que les exigences de sécurité sanitaire pour l'hygiène et l'asepsie dans les lieux de soins.

Si, enfin, la situation semble évoluer positivement vers la reconnaissance d'un statut pour les assistantes dentaires, les contraintes financières engendrées, ne sont pas négligeables. Le monde mutualiste ou le monde associatif ne peuvent assurer la pérennité de leurs structures que si elles sont à l'équilibre financier. Une part de la rémunération de leurs praticiens est directement liée à leurs recettes. Par quelles mesures alors palier la perversité de la nomenclature, qui, ne reconnaissant pas à leur juste valeur les actes de soins et de prévention et autorisant les dépassements d'honoraires pour les actes de prothèse et d'orthodontie, envisageant des honoraires libres (avec tact et mesure !) pour les actes non inscrits à la nomenclature, permet certes la rémunération de la structure, mais laissant à la charge des familles (et des complémentaires)des montants conséquents, est source de discrimination sociale et d'inégalité dans l'accès aux soins.

Autre problématique, celle de l'assimilation des prothèses dentaires à une marchandise dans le code des marchés publics, qui touchent éthiquement et déontologiquement les chirurgiens-dentistes de centres de santé. Ainsi en ce qui concerne les collectivités locales, les articles 33 et 57à 59, leur imposent de soumettre à appel d'offre leurs achats de « fournitures » de prothèse à partir d'un seuil qui dans la plus part des cas est franchi par les services dentaires des centres de santé. Les chirurgiens dentistes exerçant en centre municipal de santé sont ainsi pressés par leurs directions administratives de se conformer à ce code, qui au bout du coût compte ne leur laisserait plus le choix de leur prothésiste, et à fortiori la responsabilité de la prothèse qu'ils mettent en bouche. Or, l'article 6 du code de déontologie stipule que « le

[32] Bilan1987 centre dentaire municipal Pierrefitte

chirurgien dentiste ne peut aliéner son indépendance professionnelle de quelque façon et sous quelque forme que ce soit ». Le chirurgien dentiste est donc déontologiquement responsable de la prothèse, de sa fabrication à sa mise en bouche, voire au delà. La prothèse dentaire, acte médical, ne peut donc être considérée comme une fourniture de service. De plus l'article 3.1 du même code rappelle que « le chirurgien dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés » ce qui implique que la garantie de la qualité des actes dispensés ne peut être faite que par le seul chirurgien-dentiste.

Cela nous semble en contradiction avec le principe d'appel d'offre qui impose par ses critères à tous les praticiens d'un même centre, un prothésiste dont le choix a été fait par un gestionnaire municipal, avec souvent une notion de rentabilité mentionnée par les montants maximum et minimum annuels des marchés proposés. Ce code, imposé par le Ministère de l'Intérieur et celui des Finances aux collectivités gestionnaires de centre de santé, nous met donc en porte-à-faux avec le code de déontologie. Nous entrons donc dans la marchandisation de la santé, bien avant la Loi HPST. Quant à la gestion des services dentaires des collectivités territoriales où les praticiens sont rémunérés à la fonction, où donc les rapports entre professionnels de la santé et leurs patient sont basés sur les seuls besoins thérapeutiques, pendant combien de temps les collectivités auront-elles la volonté politique (et surtout les moyens) d'assumer leur fonctionnement ?

En conclusion la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire, dans les décrets d'application concernant les centres de santé prévoit l'existence d'un projet médical élaboré avec les professionnels concernés. C'est l'occasion d'approfondir en concertation les problématiques soulevées plus haut, pour permettre que nos services ou centres dentaires puissent encore rendre ce service auquel les usagers sont tellement attachés.

L'action syndicale

La défense des intérêts matériels et moraux des chirurgiens-dentistes de centres de santé nécessite tout à la fois de prendre en compte l'évolution de leur pratique professionnelle, de leur environnent en un mot de leurs conditions de travail comme de leur statut. Mais les centres de santé dentaire ne vivent pas dans un monde clos, ils évoluent à la fois dans un monde professionnel essentiellement libéral comme dans celui de la santé où s'imposent à nous les politiques gouvernementales et assurantielles. Pour autant, aussi modestement que possible, nous voulons croire que nous pouvons interagir sur ces différents points et ne pas les subir. Car l'action syndicale est bien plus efficace, si c'est elle qui soulève et porte le débat autour des questions de l'emploi, du statut et des avantages sociaux, des conditions de travail et d'environnement.

Au plan national, le syndicat par sa représentativité reconnue par tous, est présent au Conseil d'administration de l'Association Dentaire Française, dialogue avec les différents organismes gestionnaires de centre de santé, négocie avec le Ministère quand celui-ci veut bien discuter avec les syndicats, dialogue avec les gestionnaires comme avec les institutions ainsi qu'au Conseil National de la Formation Continue Odontologique(CNFCO) puisque depuis août 2004, celle ci est devenue obligatoire pour tous les chirurgiens-dentistes… ceci pour ne prendre que quelques exemples de cette activité nationale.

C'est dans cette diversité d'approche que nous avons organisé les Assises Nationales des centres de Santé Dentaire et sommes présents au congrès des centres de santé. Notre objectif

est de faire réfléchir à la nécessaire évolution de notre pratique et celle de nos assistantes qui doivent pouvoir prétendre rapidement à un vrai statut dans le cadre du code de la santé publique et à de nouvelles compétences comme leurs collègues du Canada, de Suisse, d'Allemagne et de vingt autres pays occidentaux. Pour ce qui nous concerne, nous devons pouvoir prendre mieux en charge préventivement notre patient, mais aussi être capable de lui proposer tous les actes médicaux ou chirurgicaux de notre compétence comme l'implantologie. Cela passe par un statut reconnu et pérenne, par une véritable négociation nationale avec nos employeurs, par l'ouverture d'un vrai dialogue au moment où les centres de santé sont si menacés par une politique de santé profondément libérale aggravant la médecine à plusieurs vitesses.

Chapitre 33

La kinésithérapie en centre de santé.

Par Mme Danièle Messant

Le travail du kinésithérapeute a-t-il une particularité lorsqu'il est pratiqué en centre de santé ?

De prime abord on peut répondre non. Le patient se présente, tout comme dans un cabinet privé, avec sa prescription médicale. Mais quelques éléments vont toutefois différencier la prise en charge.

Les centres de santé municipaux, sont pour une majorité, implantés dans des communes où l'accès aux soins n'est pas toujours simple pour la population. Le kinésithérapeute y est salarié, donc sans rapport direct d'argent avec le patient. La structure administrative qui entoure le professionnel va aider à l'accueil des personnes dépendantes de l'AME, la CMU, l'ALD ou d'accident du travail ; cela permet au thérapeute de se consacrer pleinement à son traitement.

Sur le principe, le contenu des prescriptions sera le même qu'en cabinet. Beaucoup de rhumatologie, de la traumatologie, un peu de neurologie, de l'orthopédie avec les enfants et les adolescents, mais aussi delà rééducation uro-gynécologique, la prise en charge des bébés en période d'hiver pour la rééducation respiratoire.

Le kinésithérapeute reste libre du choix de ses techniques et déchargé des contraintes comptables, sera sans doute, plus à même de prendre le temps pour chaque traitement.

La prise en charge des populations souvent en difficultés sociales et de cultures très diverses, nécessite beaucoup de temps, d'explications, d'accompagnement.

La possibilité du travail en équipe va prendre tout son sens quand le kinésithérapeute aura besoin d'un avis médical, d'une précision sur une radio, ou besoin d'orienter le patient vers un spécialiste. La présence dans le centre d'autres professionnels, radiologue, rhumatologue, gynécologues, va permettre un dialogue rapide et si besoin l'orientation du patient. Des interactions peuvent se développer, améliorant l'efficacité des traitements.

La mise en place d'actions de santé publique au sein des centres de santé va amener le kinésithérapeute vers d'autres formes de travail. Pour certains, ce sera la mise en place d'une école de l'asthme, pour d'autre un atelier de préventions des chutes pour les personnes âgées, ou encore des actions de prévention des lombalgies dans les entreprises de la ville ou pour le personnel communal.

Tout ce travail demande, bien sûr un soutien logistique que la structure du centre de santé est à même d'apporter au professionnel.

Mais le rapport à l'humain, le temps d'écoute, la disponibilité, sans distinction d'origine sociale ou culturelle, est peut-être la plus grande caractéristique du travail du kinésithérapeute en centre de santé. Cette dimension humaine, si elle peut, bien sûr se retrouver dans d'autres lieux, est essentielle dans le mode de travail des centres de santé.

La grande majorité de la population que l'on accueille va avoir une demande qui sera bien au-delà de l'acte « technique » que nous sommes à même de délivrer. Notre rôle d'écoute et de conseils sera souvent aussi thérapeutique que notre geste kinésithérapique.

L'implication dans l'organisation du centre de santé, dans les orientations thérapeutiques avec, par exemple, l'implantation de nouvelles techniques, va fédérer ce travail en équipe qui caractérise le centre de santé. Le kinésithérapeute sera à même, au sein de l'équipe et avec des techniques récentes ou innovantes, d'apporter à des personnes peu habituées aux avancées médicales, des soins de qualité. Dégagé des obligations comptables et administratives, il pourra être entièrement disponible pour des traitements parfois longs et prenants.

On peut voir par cet exposé, que le travail du kinésithérapeute prend, en centre de santé, des dimensions bien particulières. Le témoignage d'un confrère, maintenant à la retraite va étayer ces propos.

Témoignage de Philippe GAILLOT, masseur-kinésithérapeute.

Tout a commencé un soir de 1970 où le maire de cette bonne ville d'Orly est venu frapper à la porte de mon cabinet. Ce maire, Gaston Viens, recherchait pour son deuxième mandat, des professionnels de la santé aptes à créer sur la ville le tissu médical et les établissements de soins qui y faisaient défaut. J'ai adhéré à ce projet et me suis présenté sur la liste d'union. Une fois élu, j'ai été nommé président de la commission santé. Le thème était novateur, la santé publique n'étant pas officiellement des compétences d'une mairie.

Il a été décidé de créer un, puis deux centres médico-municipaux. La caisse d'assurance maladie ne fournissait guère de renseignements quant aux démarches de création ! Nous savions juste que les centres de santé étaient, à l'époque, frappés d'un abattement de 10, 20, ou 30 %, selon les prestations offertes. En novembre 1972, nous inaugurions un premier centre. Il se composait d'un service de médecine générale, 8 spécialistes, un service de radiologie, des soins infirmiers et d'un laboratoire d'analyses.

Mais déjà nous travaillions sur un projet plus audacieux. En novembre1976, le centre de santé Calmette ouvrit ses portes. Sur 2 étages, il proposait 4 Consultations de médecine générale, 28 consultations de spécialistes, ainsi qu'un laboratoire, infirmerie, radiologie, doppler et échographie, service dentaire, et un service de kinésithérapie, aussitôt équipé d'un bassin de balnéothérapie.

Cette structure offrait alors un panel très avancé du plateau technique en ces années 70. En fin de mon mandat d'élu, j'ai été invité à travailler dans le service de rééducation fonctionnelle que j'avais créé en tant que responsable de la santé sur la ville.

J'ai donc fait ce choix, en fermant mon cabinet libéral, je me suis consacré à cette activité. Les patients m'ont suivi, et pendant 32 ans, j'ai vibré le jour et la nuit sur les interrogations que m'apportait cette nouvelle forme de travail partagé avec les autres praticiens de centre de santé.

Travail lourd souvent, déroutant parfois, face à une population de culture différente, mais riche d'apprentissages, riche d'émotions, de réussites et d'échecs comme en connaissent

toutes les professions. Au terme d'une carrière de 41 ans, et aujourd'hui en retraite, je me réjouis d'avoir consacré ces années au centre de santé.

Cette expérience m'aura apporté les plus belles réponses qu'un professionnel de la santé, puisse attendre. La réponse de l'exigence des soins à ceux qui ne la trouvent plus ailleurs.

Chapitre 34

Le travail infirmier en centre de santé polyvalent.

Par Mme Véronique Chartin.

Deux centres de santé, avec un service infirmier sur chacun d'entre eux, sont présents sur la ville de Champigny, ils accueillent tout patient quelque soit son lieu de résidence. L'équipe infirmière est identique sur chaque centre (soit 4,5 équivalents temps plein d'infirmières par centre), elle est coordonnée par un cadre infirmier. Les centres sont distants d'environ quatre kilomètres, l'un implanté dans le centre de Champigny (CMS Ténine), l'autre dans un quartier pavillonnaire (CMS Rouquès) proche de deux zones urbaines sensibles.

Sur le centre Ténine sont regroupés les services de direction médicale et administrative, les services administratifs (facturation, achat) ainsi que le plateau technique (service radiologie, laboratoire d'analyses), le bureau de la coordinatrice des ateliers santé/ville. Sur Rouquès, le bureau de la médiatrice médico-sociale, les rétinographies. Sur chacun des centres, sont présents chaque jour des médecins de médecine générale et des dentistes, et par vacations des médecins de différentes spécialités.

Les infirmières exercent prioritairement sur un centre, néanmoins elles sont amenées de façon régulière à travailler d'un centre à l'autre (remplacement, actions spécifiques…). Même si des spécificités existent sur chacun des centres (caractéristiques de la population accueillie, plateau technique et équipements), l'organisation générale des deux services infirmiers doit être le plus homogène possible pour harmoniser et impulser une dynamique de travail semblable. La particularité de notre pratique infirmière est une étroite collaboration avec les médecins généralistes au travers du dossier médical partagé, du transfert de tâches, du partage de compétences, de la mise en place de protocoles en commun ; tout ceci étant coordonné lors des réunions mensuelles entre médecins généralistes et infirmières.

Les activités des infirmières sont donc très diversifiées, certaines tâches font partie de la pratique « courante » d'une infirmière, d'autres sont liées à la pluridisciplinarité et aux caractéristiques des soins proposés (soins primaires et soins secondaires) que l'on retrouve dans les centres de santé.

Les soins :

Les soins pratiqués le plus couramment sont : les pansements (plaies traumatiques, infectieuses, de suite opératoire, ulcères, escarres), les ablations de sutures, les injections (intra musculaire, intra veineuse, sous cutanées, intra dermiques), les perfusions (prévention de l'ostéoporose), les lavages d'oreilles, électrocardiogrammes, ionophorèse, les poses de holter tension et artériel, les glycémies capillaires, bandelettes urinaires, prises des constantes. Tous les soins sont enregistrés dans le dossier médical informatisé, il est partagé entre tous les professionnels de santé des centres. Les soins infirmiers sont réalisés sur prescription de médecins du centre, de médecins de ville ou sur prescription hospitalière et organisés sur rendez-vous. La prise de rendez-vous est gérée par le service. Cependant, des patients peuvent être reçus sans rendez-vous compte tenu des besoins de soins immédiats.

La pratique des soins coordonnés permet aux infirmières de dispenser un certain nombre de

soins « simples » (exemples : plaies simples, rappel de vaccins) sans ordonnance. Un protocole établi par l'équipe médicale et paramédicale a défini les soins pouvant être réalisé par les infirmières immédiatement en attente de l'établissement de la prescription par un médecin du centre. La stérilisation du matériel est assurée par les infirmières suivant des protocoles que nous avons rédigés, en tenant compte des bonnes pratiques de décontamination, désinfection, stérilisation.

L'accueil du public :

Les consultations au sein des centres sont organisées sur rendez-vous ; ils sont gérés par le service Accueil des centres (il est centralisé). Pour les consultations ou demandes non programmées (ou non programmables), l'accueil de ce public est dévolu au service infirmier qui va évaluer l'urgence du besoin de consultation. Cet accueil peut être physique ou téléphonique et implique une grande disponibilité du service infirmier (nous avons pu enregistrer jusqu'à cent à cent cinquante demandes par semaine).

Pour évaluer le besoin, un recueil de données médicales est réalisé selon un protocole. Il permettra de déterminer la réponse à apporter : consultation immédiate (en surnombre) ou prise de RV ou prise en charge directe par l'infirmière (exemple pour la prescription de bandelettes glycémiques, rappels de vaccination…). Les patients s'adressent également au service infirmier pour des demandes d'information et de conseils. Enfin, le service infirmier gère le planning des rendez-vous pour un certain nombre de consultations nécessitant des modalités particulières (consultations d'allergologie, prise de rendez-vous pour un holter ECG…).

L'aide aux consultations :

En fonction des spécificités des consultations, les infirmières préparent les cabinets de médicaux et s'assurent de l'hygiène des locaux en collaboration avec l'équipe d'agents d'entretien. Elles participent à certaines consultations telles que la cardiologie (ECG), la dermatologie (aide pour des petites interventions), la médecine du sport (poids, taille, BU, ECG), ORL (lavage d'oreille), la médecine générale (pansements, injections, pose de plâtre, ECG.…).

L'intervention des infirmières au cours des consultations médicales peut aller au-delà de leur décret de compétence. Les protocoles de transfert de tâches (art. 51 de la loi HPST) devraient permettre de valider les protocoles de coopérations interprofessionnelles déjà mis en place au sein de nos centres ; à titre d'exemple la réalisation des tests d'allergologie par les infirmières lors de la consultation.

Actuellement, un nouveau protocole de prise en charge pour l'IVG médicamenteuse est en cours d'élaboration. Il a pour objectif de déléguer aux infirmières la première consultation hors forfait (y compris la possibilité de prescrire des examens biologiques et d'échographie, définis dans le protocole) afin de répondre aux besoins des patientes dans un contexte d'urgence, de respect du délai réglementaire et face à une pénurie de médecins en gynécologie. Dans le protocole actuel, réalisé en lien avec les partenaires de santé (psychologues de centre de Planification et d'Education Familiale, intervenants hospitaliers, pharmaciens) l'équipe infirmière reçoit la patiente pour l'information, le conseil, l'orientation et la coordination avec les partenaires.

Le laboratoire d'analyse :

Les prélèvements sanguins et urinaires sont assurés de façon journalière par les infirmières. Quarante à cinquante prélèvements par jour sont réalisés sur les deux centres. Bénéficiant d'un plateau technique sur l'un des centres, certains prélèvements peuvent être réalisés en urgence en dehors des plages de prélèvements. Du fait de l'implication importante des généralistes des CMS dans le Réseau toxicomanie Ville Hôpital du territoire, une forte file active de patients toxicomanes au capital veineux très détérioré et aux comorbidités chroniques très fréquentes (VIH, VHC…), a nécessité la maitrise des prélèvements jugulaires par les infirmières.

L'encadrement des stagiaires :
Nous travaillons dans le cadre d'une convention avec deux instituts de formation en soins infirmiers. Nous recevons des élèves de première et deuxième années pour des périodes allant de cinq à dix semaines, sur les douze mois de l'année. Un travail de collaboration a été mis en place entre les instituts de formation et les centres de santé, pour coordonner l'accueil des étudiants et l'évaluation des stages. Les étudiants en soins infirmiers ont la possibilité, au cours de leur stage, de rencontrer certains de nos partenaires, extérieurs au centre (Point écoute, centre méthadone, équipe mobile Précarité Psychiatrie, services sociaux municipaux). Ils peuvent ainsi se rendre compte du travail en partenariat qui existe pour une meilleure prise en charge des patients. Les infirmiers (ères) ont créé un livret d'accueil à l'intention des étudiants en soins infirmiers afin de facilité leur intégration

Gestion du matériel :

Le service infirmerie est chargé des commandes de fonctionnements, de la gestion des stocks, des demandes de réparation, et de la programmation de la maintenance, pour le matériel médical et para médical, en collaboration avec le cadre du service. Les infirmières participent également à la demande du budget prévisionnel. Des tableaux et des procédures d'organisation ont été créés et mis en place, de façon identique sur les deux centres, pour facilité la traçabilité. Ce travail s'effectue en collaboration avec le cadre infirmier et le service achat des centres.

L'organisation d'une pratique d'équipe :
- Le cadre infirmier organise de façon hebdomadaire, sur chacun des centres, une réunion avec l'équipe infirmières. Ce temps de réunion a pour objectif de transmettre les informations, présenter les projets, rédiger des protocoles et procédures, de modifier ou améliorer l'organisation du service, de trouver des solutions aux problèmes rencontrés par l'équipe, et contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients et des conditions de travail des infirmières. Une réunion trimestrielle a lieu avec l'ensemble des infirmières des deux centres et le cadre infirmier.
- Mensuellement, les médecins généralistes et infirmières se réunissent pour coordonner leurs pratiques (par exemple : mise en place d'un nouveau projet, liste des médicaments d'urgence, pris en charge complexe d'un patient …)
- Il existe également d'autres réunions de travail qui ne sont pas programmées de manière régulière :
  - Laboratoire : accueil du patient, protocoles d'examens particuliers….
  - Accueil : mieux gérer l'accueil du patient au téléphone, diffusion de l'information pour les patients dans les salles d'attente.
- Rôle du cadre infirmier :

- Coordination avec la direction administrative par des réunions mensuelles des chefs de services (organisationnelles), médiateur entre les différents pôles du centre.
- Coordination avec la direction médicale : réunions du collectif de direction (direction administrative, médicale, chefs de service), organisation et mise en place des actions d'éducation à la santé et de prévention (rencontre avec les partenaires extérieurs), participation à la mise en place de différents projets du centre, organisation et coordination des équipes médicales et paramédicales.
- GRAQ (groupe référent pour l'amélioration de la qualité).

Les centres de santé de Champigny ont participé l'élaboration et au test du « référentiel d'évaluation » des centres de santé proposé par l'HAS. L'ensemble des catégories d'agents et de professionnels de santé travaillant dans les centres a été représenté et s'est constitué en petits groupes pour réaliser ce travail. Ce projet piloté par le cadre infirmier a abouti à un certain nombre de propositions émanant des groupes de travail et notamment à la création du GRAQ. Le groupe « référent assurance qualité » est une équipe pluridisciplinaire, qui est chargée de réflexion en terme de démarche qualité, en adéquation avec le référentiel émis par l'HAS, dans le but d'évaluer et de faire appliquer les objectifs de ce document de travail, dans le cadre de la politique de la ville. Les comptes rendus de réunions sont destinés aux directions médicale et administrative et aux chefs de service qui proposent des axes de travail.

- Favoriser de bonnes conditions de travail pour le personnel et l'harmonisation des relations au travail pluridisciplinaire.

Prévention, dépistage et éducation:

Pour ces activités, médecins et infirmières travaillent presque toujours en binômes. Les personnes ressources associées à ces actions sont les associations locales et les réseaux avec lesquels la ville de Champigny a signé une convention.

Prévention et dépistages:

Plusieurs missions sont assurées par les centres de santé de Champigny. La prise en charge du patient est toujours pluridisciplinaire. Les infirmières ont été formées dans le cadre de ces différentes missions (en interne par les médecins ou en formations externes) :

• Centre de lutte antituberculeuse, en relation avec l'hôpital intercommunal de Créteil : le service infirmerie accueille les « patients contacts » (questionnaire, IDR, prise de sang, renseignements et information).

• Centre de dépistage anonymes et gratuit (CDAG et CIDDIST) : les infirmières accueillent les patients, réalisent les prélèvements sanguins, administrent les traitements, renseignent et informent. Elles ont également sollicitées pour des interventions extérieures au centre : sur la ville ou dans des communes avoisinantes, dans des foyers, maison pour tous, « resto du cœur » et en milieu hospitalier (demande particulière d'un hôpital psychiatrique de proximité).

• Le centre de vaccination fonctionne sur le même modèle que les centres de dépistage anonymes et gratuits. C'est à dire qu'il fonctionne en interne et les infirmières se déplacent sur des structures extérieures. Elles participent à la consultation et assurent la saisie informatique (registre vaccinal).

Les actions de dépistages et de prévention externes se font en partenariat avec des associations et réseaux locaux de réduction des risques, les responsables des structures, le cadre infirmier et l'équipe soignante (médecins et infirmières).

- Dans le cadre du parcours de surveillance du patient diabétique, avec la Maison du Diabète en collaboration avec le réseau de diabétologie (*Ophdiat*) et avec l'hôpital Lariboisière, le besoin d'un suivi par rétinographies s'est avéré nécessaire. Pour répondre à ce besoin, les infirmières se sont formées à cette pratique et sont habilités depuis à réaliser cet examen, sur prescription médicale.
- Dépistage des cancers du sein et colorectal : les infirmières informent et orientent les patients, participent aux campagnes annuelles de prévention. Une psychologue du réseau *Onco-Est* assure également des consultations à destination des patients cancéreux ou leurs porches.
- Dépistage des maladies rénales chronique en partenariat avec le réseau *Rénif.*

Éducation à la santé :

L'équipe intervient à la demande des collèges ou lycées de la ville pour des informations sur l'équilibre alimentaire ; et dans les écoles maternelles et primaires, en collaboration avec le coordinateur d'hygiène bucco-dentaire, sur la prévention des caries. Bien avant la mise en place de « l'éducation thérapeutique du patient » (ETP), les infirmières ont organisé des actions de prévention à destination des patients en surpoids et des patients diabétiques, en collaboration avec les réseaux dont nous sommes partenaires (consultation individuelle infirmière sur les repas équilibrés, groupe de paroles avec un psychiatre, activités sportives en collaboration avec des éducateurs sportifs, ateliers cuisine avec diététicienne du réseau). L'éducation thérapeutique patient a permis de formalisé et d'organiser notre pratique. Dans un premier temps, médecins et infirmières ont été formé à l'ETP. Puis, trois thèmes ont été choisis (diabète, asthme, obésité) et des groupes de travail organisés. Au cours des réunions médecins et infirmières, tous les outils dont nous avions besoin ont été élaborés en fonction des thèmes retenus (diagnostic éducatif, grilles de gestuelle, grilles de connaissances, grilles d'évaluation...). Les médecins de ville ont été avertis de ce projet par courrier nominatif (certains nous adressent leurs patients pour une prise en charge).

Médecins et infirmières font ensemble de diagnostic éducatif (évaluation des besoins du patient et son projet personnel) au cours d'une consultation avec un patient. Puis les infirmières dirigent le patient vers les différents ateliers proposés. Les infirmières se sont formées à la conduite de groupe et assurent une partie des animations de ces différents ateliers. Elles assurent la liaison avec les professionnels des réseaux (notamment réseau *Revesdiab* pour les patients diabétiques) pour des ateliers plus spécifiques (diététique, podologie). Elles accompagnent les patients et participent aux ateliers d'activités physiques (mesures, avant et après les séances des glycémies capillaires, peak-flow,....). Elles prennent en charge la traçabilité du suivi pour chaque patient inscrit dans ce programme.

Les activités très diversifiées des infirmières en centre de santé, nécessitent une importante part de travail d'organisationnel, de gestion et d'investissement personnel, mais elles font également la richesse de notre travail, tant au niveau professionnel que relationnel.

Chapitre 35

Les laboratoires d'analyse médicale des centres de santé.

Par le Dr Michel Limousin.

L'existence d'un plateau technique est toujours un avantage dans un centre tant pour le patient que pour le médecin. Un certain nombre de centres s'est doté de laboratoires d'analyses biologiques, qu'ils soient associatifs, mutualistes ou municipaux. Ils rendent de grands services tant par la qualité de leur travail que par la pratique du tiers-payant. Un examen de biologie coûte facilement 30 euros en moyenne en 2010 et parfois la somme est beaucoup plus importante. Chacun comprend facilement l'intérêt social de cette pratique.

Aujourd'hui les transformations qui touchent les établissements sont considérables et nécessitent des adaptations majeures.

En effet une première révolution a touchés les laboratoires: celle de l'industrialisation de leur process de travail. L'automatisation a été poussée au maximum permettant un progrès considérable en 20 ans. Cela a permis d'augmenter la qualité des résultats, la traçabilité, la sécurité des malades, d'implanter de nouvelles technologies et ainsi d'accompagner un progrès médical toujours plus demandeur d'analyses scientifiques. C'est le développement formidable de la biologie moléculaire qui par ses connaissances nouvelles et ses techniques pointues a permis cette révolution. Bien sûr l'informatisation de toutes les procédures règne en maître dans les laboratoires. Dans un premier temps, ce sont l'industrie de la chimie (les réactifs) et l'industrie des automates (les machines), très liées l'une à l'autre, qui ont bénéficié de ce développement. Certains laboratoires se sont spécialisés dans les analyses les plus sophistiquées ou les plus rares : au fil des privatisations[33], des concentrations et du développement des réseaux de collecte, ils sont devenus de gros laboratoires industriels nationaux voire internationaux.

La réglementation en France de ces laboratoires avait peu évolué jusqu'en 2009 : pour la plupart, ce sont des professionnels libéraux qui les possédaient et les géraient : environ 5000 sur le territoire. Les autres étaient hospitaliers ou dans nos centres. Quelques réformes annonciatrices néanmoins avaient été mises en place : transformation des structures libérales en société d'exercice libéral, introduction minoritaire de capitaux privés, développement du salariat. Aujourd'hui la Loi HPST dite Loi Bachelot votée à l'automne 2009 et la publication de l'Ordonnance législative du 13 janvier 2010, ont créé les conditions pour une deuxième révolution majeure : le transfert de la propriété des laboratoires à des sociétés anonymes de capitaux. L'industrialisation et l'informatisation achevées permettent une véritable exploitation commerciale du secteur pourvu que des regroupements de grande échelle se produisent ; ce sera la clé de la rentabilité. C'est à quoi s'emploie la Commission européenne qui exige que la France renonce à l'obligation pour les laboratoires d'analyse d'être la propriété des biologistes. L'exception française dans cette logique devait cesser parce que des holdings nationales ou étrangères sont attirées par la rentabilité du secteur. Les laboratoires de proximité sont condamnés. Les représentants du ministère ont clairement annoncé leur

[33] Par exemple privatisation de filiales du CEA

volonté de réduire à 1500 en quelques années le nombre des laboratoires de quartier. Le Président du syndicat national des biologistes déclarait il y a peu: « *Le seul objectif de ces groupes financiers est la rentabilité de leurs placements et la réalisation d'importants profits. Voilà la réalité !* ». Les acteurs ont pour nom : Unilabs, Labco, CIC Finance, Baring Private Equity, Générale de Santé.

Plusieurs techniques sont utilisées : le démembrement de propriété, la constitution de chaines, des prises de participation dans des sociétés d'exercice libéral et des constitutions de holding ou bien encore rachat pur et simple. A la finale, les biologistes deviennent de simples salariés, la maîtrise des investissements leur échappe et les profits reviennent au capital. La pérennité des structures publiques n'est plus assurée. Comment dans ces conditions seront garanties la liberté d'exercice et la qualité ? Comment sera préservée notre conception du service public ? En Suisse, lorsque les conditions légales ont changé, on a vu en quelques semaines un groupe financier devenir propriétaire de centaines de laboratoires. Le système français va exploser puisque l'Etat a cédé aux injonctions des lobbyistes de Bruxelles.

La loi HPST avait prévu une Ordonnance : celle-ci sans tarder a été publiée le 13 janvier 2010. Les décrets d'applications sont en cours de préparation à l'heure où le livre sera sous presse.

Trois problèmes se sont posés sur le plan légal :

- L'Ordonnance ne citait pas les centres de santé comme étant des structures qui avaient le droit d'avoir des laboratoires de biologie médicale. Une rapide intervention auprès du ministère a permis de corriger cet oubli malencontreux et un courrier du Ministre a confirmé que le droit acquis des centres de santé d'avoir des laboratoires était établi (puisque pas interdit !). Il est à noté que le ministère avait oublié aussi que d'autres structures publiques prélevaient des échantillons comme les centres de dépistage des MST, les CDAG ou les PMI ; ces services auront aussi bénéficié de notre intervention.
- Les décrets interdisaient dans un second temps aux laboratoires des centres de continuer à prélever dans d'autres centres de santé partenaires et en pratiquant le tiers-payant. Il a donc fallu obtenir le principe que nous soyons inscrits dans la liste des lieux de prélèvements où la présence directe d'un médecin biologiste ne sera pas requise (comme dans les SAMU ou encore dans l'armée). C'est fait.
- Mais un troisième point bloque toujours à cette heure : les prélèvements seraient réservés uniquement aux patients qui ont une prescription d'un médecin du centre ; la liberté de choix des patients serait donc remise en cause ; et l'accès de nos services à tous les patients serait contesté. Cette nouvelle mesure antisociale a suscité de nombreuses protestations, intervention des gestionnaires comme des professionnels. A ce jour de publication du livre rien n'est réglé de ce point de vue.

On peut légitimement une fois de plus se demander si les pouvoirs publics ne manifestent pas là une hostilité manifeste, comme si la médecine sociale devait être limitée dans ses pratiques comme son accès.

Quoiqu'il en soit, l'avenir des laboratoires sera compliqué. Ils sont en général d'assez petite taille et ils devront résister avec leurs gestionnaires à la baisse des tarifs et à l'augmentation des coûts en particulier due aux dépenses d'accréditation obligatoire prévue par l'Ordonnance du 13 janvier. On peut penser que des restructurations, des regroupements seront nécessaires de ce fait. Un intense travail de coopération est à l'ordre du jour.

Chapitre 36

Santé publique & centres de santé

Par le Dr Alain Brémaud

Les centres de santé prennent en charge la santé d'une population dans un territoire de proximité autour de la structure. Selon l'habitat, ce territoire recouvre un ou des quartiers, une ou des villes et cela quelque soit le type de gestionnaire du centre. Prendre en charge la santé des habitants, ce n'est pas seulement assurer une offre de soins, diversifiée et de qualité. Ce n'est pas seulement assurer l'accessibilité sociale (par l'accueil, les tarifs, le tiers-payant sécu, les conventions tiers payant avec les mutuelles, l'accueil social) à cette offre de soins. C'est aussi améliorer l'état de santé d'une population par des actions de santé publique, dans et hors les murs du Centre, permettant pour les habitants, y compris ceux en vulnérabilité sociale, d'accéder à des dépistages organisés, à des informations, de la prévention, de l'éducation sanitaire. Ces structures de proximité sont particulièrement adaptées à l'organisation d'actions de santé publique touchant des populations environnantes. Les professionnels qui y exercent, connaissent ces populations, leurs difficultés sociales, culturelles, linguistiques et savent, au quotidien en tenir compte. L'échec des campagnes de prévention en direction des populations défavorisées tient, en partie, à la non-connaissance ou au manque de prise en compte des particularités locales, des difficultés à vivre que rencontrent ces habitants. Cela explique que là où ils sont, les centres de santé prennent une grande place en santé publique. Par ailleurs, la diversité des professionnels des centres de santé parmi les soignants et les non-soignants, le salariat de ceux-ci, leur implication dans l'offre de soins sans discrimination et dans le travail d'équipe sont des atouts supplémentaires pour réussir ces actions.

Enfin, que les acteurs de santé publique soient aussi des soignants connaissant le terrain, permettant le lien soins-santé publique est un élément important de ces dispositifs. Il ne suffit pas de dépister et de prévenir, il faut pouvoir apporter aussi des réponses de soins. Cela participe à la crédibilité des messages.

Pour les centres de santé, non seulement ce type d'activité leur est inhérent mais il facilite la vie des équipes à l'intérieur de la structure. Il favorise le travail d'équipe, y compris entre des professionnels du centre pour lesquels il y a moins lieu, dans les soins, que ce travail d'équipe s'exerce. Enrichissant la cohésion et l'implication des équipes, ces actions de santé publique nécessitent comme le soin et l'accessibilité sociale, de développer des partenariats. Souvent démarrées à l'occasion d'opportunités, ces actions répondent toujours à des besoins prioritaires et leurs pertinences sont reconnues par les tutelles. D'ailleurs, la plupart de ces actions sont financées par celles-ci, hélas, de manière non pérenne. Elles sont, d'autre part, portées par les professionnels des Centres et correspondent à leurs compétences. Ceci explique que selon l'importance et la diversité des équipes d'un centre à l'autre, plus ou moins d'actions sont mises en œuvre et certains thèmes récurrents se retrouvent de manière inégales. En effet, il faut réunir équipes, compétences, financements et réponses opportunes à des besoins locaux pour que les choses prennent corps.

Les professionnels des Centres déploient des moyens originaux pour porter eux-mêmes ces actions et utilisent des partenariats appropriés comme supports de celles-ci. Que ce soit pour informer, sensibiliser, mieux faire comprendre, des moyens éducatifs et culturels sont mis en

œuvre (théâtre, cinéma, concours de dessins, clips vidéos, réalisation de chansons, peinture…). De nombreux moyens sont déployés pour rendre actrice la population locale. D'autre part, ces actions peuvent se dérouler dans le centre mais ont lieu souvent dans des lieux publics (marchés et supermarchés, Poste, CPAM, Mairie, …) et dans des lieux ciblés selon leurs usagers (entreprise, écoles, cinéma, théâtre, foyers logements, et foyers de migrants, locaux d'associations ; …)

Les techniques utilisées sont diverses selon le type d'actions, en encourageant les habitants à des pratiques de santé communautaire, en les faisant s'adresser à leurs pairs, en tenant compte des spécificités. Sans vouloir être exhaustif, et sans prétendre non plus que tous les centres de santé développent les actions que nous allons énumérer, voici quelques thèmes souvent retrouvés et qui montrent la diversité, la pertinence et la considération constante pour les habitants que recouvrent ces thématiques.

En se rappelant que les actions de Santé publiques portées par les Centres de Santé tiennent compte toujours des savoir-faire de leurs professionnels, citons quelques exemples d'actions de prévention tertiaire souvent développées :

- Service de soins à domicile pour personnes âgées,
- Aide aux aidants autour de la maladie d'Alzheimer,
- Consultations infirmières d'aide aux diabétiques, en corrélation avec des réseaux diabète et surveillance par rétinographie,
- Consultations infirmières d'aide aux asthmatiques,
- Prise en charge de sujets contacts de tuberculose contagieuse et participation aux bilans et surveillances,

Les exemples de prévention secondaire sont nombreux dans les Centres de Santé, citons par exemple :

- Dépistages des risques cardiovasculaires en des lieux de non soins, en allant au devant des habitants,
- Dépistages bucco-dentaires dans les écoles,
- Contribution à l'organisation de bilans spécifiques des Seniors (avec Tension oculaire et bilan mémoire),
- Dépistages organisés du Cancer du Sein,
- Travail de santé communautaire pour rendre les habitants acteurs et encourager au dépistage du Cancer du Sein,
- Dépistage organisé des cancers colo rectaux,
- Mise en place de centres de dépistage de MST,
- Dépistages du Sida et des hépatites,
- Dépistages organisés en direction des migrants, des foyers, des demandeurs d'asiles,

Mais c'est en prévention primaire que la contribution des centres de santé est peut être la plus originale, tenant compte des types de professionnels soignants exerçant dans les centres, de l'existence de service dentaire et kiné, de lieux de prélèvements de laboratoires, d'infirmières, de spécialistes, de consultations alcool, tabac, toxico, de l'existence en leur sein de PMI et de planning familial, SSAD, ces éléments étant facilitateurs.

Quelques exemples parmi d'autres :

- Ateliers prévention des chutes et travail de l'équilibre des personnes âgées

- Réunions thématiques sanitaires à thèmes variés d'informations en direction de différents publics : scolaires, centre de loisirs, maisons de jeunes, associations, entreprises, foyers migrants, seniors, (vue, oreille, nutrition, médicaments, risques cardiovasculaires, AT, cancers, droits sociaux, MST, grossesse, sida, vieillir en bonne santé, hyperlipidémie, diabète,…),
- Campagnes antitabac dans les écoles et les entreprises,
- Réunions d'information et de prévention sur les thématiques de l'alcool dans les écoles et expériences liées à l'art pictural,
- Idem sur l'ensemble des addictions et participation à des réseaux toxicomanie,
- Interventions sur les thématiques du planning familial en direction des écoles, entreprises, associations, groupes de femmes, lieux d'alphabétisation,
- Idem sur les questions liées à la nutrition,
- Informations sur l'hygiène et l'alimentation en bucco dentaire dans les services dentaires pour les enfants et leurs parents,
- Travail de prévention sur les postures et les lombalgies avec des personnels des entreprises,
- Participation aux journées d'information Sida,
- Séances de vaccinations très régulières,
- Travail sur la souffrance dans l'entreprise d'une part et travail sur les responsabilités professionnelles de plusieurs pathologies liées au travail, …

A ceci, il faut ajouter la participation des centres de santé à divers réseaux (ville - hôpital - sida, toxicomanie, diabète, obésité,…), leurs implications dans des coordinations santé mentale, seniors, bien-vivre,… Enfin, signalons la mise en place d'études et d'enquêtes pouvant contribuer à l'élaboration d'actions de promotion de la santé ou d'amélioration de la réponse de soins. Par exemple, le projet, après l'étude Epidaure-CDS utilisant le score Epices de vulnérabilité sociale, d'introduire celui-ci comme score d'alerte sociale dans le dossier médical des patients suivis en centre de santé.

On le voit, la santé publique est une importante caractéristique des centres de santé, qui sont un outil particulièrement efficace pour rendre ce service de proximité. Leurs professionnels, leurs équipes ont fait montre d'efficience et compétence et ont souvent été à l'avant garde des projets à mettre en œuvre.

L'engagement des centres de santé dans le programme national de dépistage des cancers.

Par le Dr Brigitte Bolner

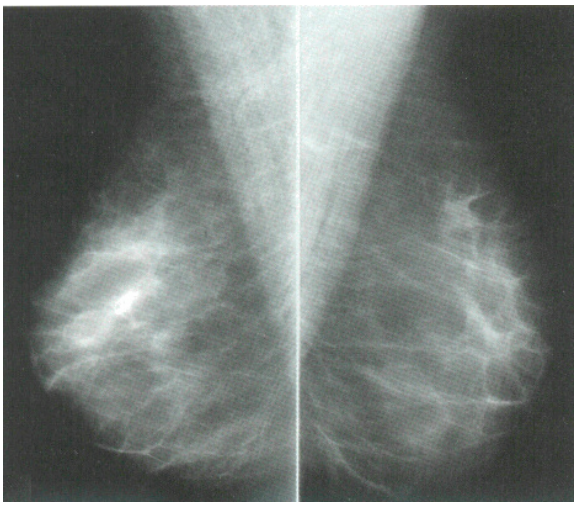
Les centres de santé s'investissent depuis longtemps dans les programmes nationaux de dépistage organisé des cancers. Ils ont même été des pionniers dans ce domaine bien souvent. Des documents d'information (affiches et dépliants) sont mis à la disposition du public et des actions de sensibilisation sont souvent mises en place par les équipes.

Le dépistage organisé du cancer du sein

Dans le cadre du programme national de dépistage organisé du cancer du sein, toutes les femmes de 50 à 74 ans sont invitées à passer une mammographie prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie et qui bénéficie d'une deuxième lecture pour plus de sécurité.

Les médecins consultants des centres de santé proposent ce dépistage aux femmes de la tranche d'âge qui n'ont pas eu de mammographie dans les 2 ans. Ils sont en lien avec la structure de gestion départementale pour récupérer le bon de prise en charge de leurs patientes.

Les centres qui disposent d'un service de radiologie sont agréés pour le dépistage organisé dans leur département. Dans ce cadre, ils figurent sur la liste communiquée avec les invitations. Ils sont soumis aux règles strictes du programme national pour le contrôle qualité des installations ; contrôle interne quotidien et contrôle semestriel par une société agréée.



La mammographie, examen de référence pour le dépistage du cancer du sein

Ils adressent leurs mammographies pour la deuxième lecture au centre de coordination départemental. Rappelons que cette deuxième lecture permet de détecter 6 à 8% de cancers supplémentaires.

Si une image suspecte est révélée par la mammographie les médecins consultants du centre assurent la prise en charge psychologique du patient et l'oriente vers le bilan indiqué.

Par leur retour d'information, ils contribuent au recueil de données épidémiologiques, assuré par la structure de gestion départementale.

Le dépistage organisé du cancer colorectal

Le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal propose à tous les hommes et femmes de 50 à 74 ans de bénéficier d'un test de recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans afin de détecter la présence éventuelle d'un cancer ou même d'un polype.

Au cours d'une consultation qui détermine les facteurs de risque du patient le médecin généraliste remet, si le cas du patient est adapté, un test Hémoccult gratuit à faire à domicile. Les frais d'expédition et les coûts d'analyse du test sont également pris en charge à 100% par l'assurance maladie sans avance de frais.

En cas de positivité du test (2 à 3% des cas) une coloscopie est prescrite par le médecin généraliste qui oriente et suit son patient. Un test positif permet de détecter un cancer dans 10% des cas et un polype dans 30% des cas. Il s'agit donc d'une véritable prévention primaire du cancer colorectal. Mais il importe bien de le répéter tous les 2 ans comme sa sensibilité n'est que de 50%.

Les médecins généralistes des centres de santé sont fortement impliqués dans ce programme en lien avec les structures de gestion départementale. Ils ont reçu une formation et les équipes jouent un rôle informatif important auprès du public.

Le test Hémoccult, test de recherche de sang dans les selles validé pour le dépistage organisé du cancer colorectal.

Conclusion :

Perspectives

Par le Dr Alain Beaupin.

Michel Limousin m'a donc chargé de conclure cet ouvrage, je dois le remercier ici de l'honneur qu'il me fait. Je le remercie d'autant plus vivement que le challenge consiste à conclure un ouvrage dont je n'aurai lu aucune des contributions. Je vous propose donc d'aborder l'obstacle en douceur, en effectuant un petit détour pour une mise en perspective. Je commencerai par une métaphore picturale. Comme beaucoup, je suis allé voir la rétrospective consacrée à Claude Monet au Grand Palais. Superbe exposition. Au passage, c'est étonnant comme notre œil est aujourd'hui formé à voir du « beau » chez Monet, là où ses contemporains ne voyaient rien qui en vaille la peine. Comme tous les précurseurs il a connu des débuts difficiles. N'allez pas trop vite, je ne parle pas encore des centres de santé, quoique…

Savez vous que c'est l'invention de la peinture en tubes qui a permis l'éclosion de l'impressionnisme ? Jusque là les peintres devaient préparer le pigment au moment de l'emploi, ou le transporter une fois prêt dans d'incommodes vessies. Ils devaient donc se contenter de préparer sur le terrain des études dessinées ou aquarellées qu'ils réaliseraient ensuite dans leur atelier. C'est au milieu des années 1850 que la chimie organique a mis à la disposition des peintres les couleurs en tubes qui leur ont permis de sortir de leurs ateliers. On peut ainsi voir au Petit Palais, dans la salle où est exposé « Soleil couchant sur la Seine, effet d'hiver » du même Claude Monet, l'installation d'un peintre de plein air de ces années là, depuis le chevalet jusqu'au tabouret pliant en passant par le parasol. Comme on a pu l'écrire, « la peinture impressionniste est entièrement dépendante des tubes de peinture industriels[34]. »
Si je vous promène, cher lecteur sur les bords de la Seine, vers Bougival, ou face à la falaise d'aval à Etretat, c'est pour mieux vous éclairer sur le potentiel de l'organisation de la médecine de soins quand elle se regroupe en équipe. La réunion de médecins et d'autres professionnels de santé, en centre de santé, sous un même toit, a permis l'émergence de la médecine d'équipe, au même titre que la peinture en tubes a permis l'éclosion de l'impressionnisme.

Le mode d'exercice habituel de la médecine de famille a longtemps été le cabinet médical isolé. Dans certains pays dont la France, c'est encore le mode le plus répandu. C'est probablement le regroupement de médecins à l'hôpital qui a permis à la médecine d'équipe de s'installer plus précocement à l'hôpital qu'en ville. Pour autant l'apparition de pratiques en équipe à l'hôpital est très tardive par rapport à la longue histoire de l'hôpital. Pour les médecins généralistes de ma génération, il était habituel il y a peu d'observer que le traitement proposé à un patient porteur d'un cancer dépendait pour une large part de la nature de la spécialité d'exercice du correspondant à qui nous l'avions adressé. Le chirurgien avait tendance à préconiser une approche chirurgicale, du moment qu'elle semblait raisonnable, l'oncologue pensait d'abord chimiothérapie, tandis que le radiothérapeute préconisait de profiter des apports de sa technique. La pratique récente des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) auxquelles participe physiquement l'ensemble des acteurs potentiels

[34] Laneyrie-Dagen, N., (2002) Lire la peinture, dans l'intimité des œuvres, p. 14

du processus de soins a permis de proposer aux patients des choix thérapeutiques raisonnés plus globalement et adaptés à leur cas personnel en fonction des ressources thérapeutiques disponibles, et grosso modo reproductibles. Pour autant la démarche, quoique répandue, n'est pas encore généralisée en cancérologie. La prise en charge des cancers de la prostate reste un sujet de travail. Dans bien d'autres disciplines, elle constitue encore une voie féconde de progression pour employer un euphémisme. Il restera ensuite à construire des démarches adaptées aux patients, ma foi fort nombreux, qu'il est impossible de réduire à une seule pathologie organique, voire à une simple approche médicale, j'y reviendrai.

Pour en terminer avec l'apport des pratiques en équipe à l'hôpital, je dois citer Mirko GRMEK dans son introduction à l'Histoire de la pensée médicale occidentale[35] parue pour la première fois en 1993. Il précise que l'ouvrage n'y aborde l'histoire des hôpitaux que dans la mesure où ces institutions ont exprimé ou influencé la pensée médicale de leur temps. J'y vois l'illustration de ce que nous savons tous, le regroupement de professionnels de santé sous un même toit ne suffit pas à produire automatiquement de la pratique en équipe. Pour en revenir à la métaphore des tubes de peinture industriels, il ne suffit pas de disposer de tubes de peinture pour produire des œuvres de qualité, comme il ne suffit pas à des médecins d'exercer sous le même toit pour produire de la pratique en équipe. Il faut y ajouter les ingrédients indispensables, à savoir : le désir de bien faire, beaucoup de travail et un peu de talent.
En ce qui concerne le désir de bien faire, ceux qui l'ont connu citeront volontiers Jean-François REY. Les plus jeunes le connaissent par le prix qui porte son nom, désormais décerné chaque année à une équipe méritante, au sein du congrès des centres de santé. Dès 1977, pour Jean-François REY « le médecin n'est plus un homme isolé face à son malade, considéré comme un client. Ou face à ses confrères, éventuellement considérés comme des concurrents[36]. » Plus loin, après avoir présenté les modalités organisationnelle de l'exercice en équipe, il précise que « cette vie commune implique, comme pour les médecins exerçant en groupe, un dépassement constant de sa propre vision. »

En ce début des années 2000, on fait souvent en France le parallèle entre centres de santé et maisons de santé. Dans les années mille neuf cent soixante-dix la comparaison avait déjà cours. Le XIIIème congrès du syndicat de la médecine de groupe réuni à Reims en 1972 posait la question en ces termes : « Acceptes-tu de partager non seulement ton travail – et c'est facile – mais sur ton travail, à propos de ton travail – c'est-à-dire une certaine remise en cause journalière par les autres, un certain jugement sur la qualité même de ton travail[37] ? »
Cette question du travail en équipe, qui passe par l'acceptation du regard de ses pairs, garde la même actualité de nos jours. Relevons au passage que le mode d'organisation du centre de santé a traversé les épreuves et les époques plutôt vaillamment. Malgré l'adversité, il est resté campé sur ses fondamentaux à savoir le salariat, le paiement à la fonction et la pluridisciplinarité. Dans le même temps les cabinets de groupe libéraux ont donné l'impression de ne pas pouvoir s'installer dans le paysage. Les expériences de mise en commun des honoraires entre médecins, n'ont pas résisté à l'usure du quotidien. Les cabinets de groupe ont cessé de se placer aux avants postes de la réflexion pour limiter leurs ambitions à la mise en commun des moyens de ses membres. Ce qui est déjà pas mal, mais n'a pas influencé de façon déterminante la pensée médicale. Passé l'épisode des réseaux, porté par des militants courageux dans le sillage desquels se sont abrités quelques chasseurs d'opportunités qui voulaient que rien ne change, du moins dans leur pré carré, les cabinets de groupe sont devenus les maisons de santé. Derrière le changement d'appellation se dessine

[35] GRMEK, M. D., (1995), « Histoire de la pensée médicale occidentale », Paris, p. 24
[36] CALISTI, L. ; REY, J-F, (1977), « Santé et cadre de vie, l'expérience mutualiste de Marseille », p. 21
[37] cité par Jean-François REY, ibid., p. 22

toujours le projet de moderniser l'offre de soins ambulatoire en faisant place au travail d'équipe et à la pluridisciplinarité. L'avenir dira si ce nouvel élan se brisera une nouvelle fois sur la contradiction entre les valeurs de progrès portées par ses promoteurs les plus avisés et un cadre économique construit pour flatter les individualismes.

Je dois ici évoquer au passage les valeurs sociales sur lesquelles sont fondés les centres de santé, sans lesquelles on ne comprendrait rien au phénomène. Je veux citer le choix du service public, l'attention aux plus faibles, et la défense d'une protection sociale solidaire à laquelle chacun contribue selon ses moyens. Hâtons nous d'oublier les années 80, les trop fameuses années fric, qui ont marqué les débuts de l'envahissement du mouvement des centres de santé par des idéologies gestionnaires, qui ont tenu lieu de vision politique quand toute vision politique avait disparu, avec la fin du communisme. L'équilibre comptable à court terme tenait lieu de projet. Les expédients comme l'introduction du paiement des médecins à l'acte ont fait illusion aux yeux de ceux qui le voulaient bien. La page est-elle tournée ? Réponse dans deux ou trois décennies. D'ici là, je soutiens la thèse qu'il n'y a pas d'autre chemin que de tenir à bonne distance des centres de santé, de la médecine de ville en général, et bien sûr des hôpitaux, tout ce qui ressemble au mercantilisme, à l'opportunisme médical, et au saucissonnage des patients en autant de pathologies qu'il est possible d'en reconnaître. Sauf à faire semblant de croire à la fable du libre arbitre de chacun, riche et puissant ou pauvre et malade dans une société ou règnerait la loi du plus fort.

Je prends également le parti qu'une autre option est incontournable, à savoir le bon usage des ressources. Dans un système de santé dont la majeure partie des ressources est socialisée, c'est une exigence de justice qui parait de bon sens aux yeux de tous. Cependant, le clivage très français entre la ville et l'hôpital conduit à une impossibilité de financer les bonnes pratiques en médecine de premier recours. Dans le système actuel, les acteurs qui réalisent des actes simples, faciles à multiplier, déconnectés de toute approche globale du patient, sont récompensés, tandis que ceux sont attentifs à refuser la médicalisation de la société et des émotions[38] sont sanctionnés. Et parfois au corps défendant des acteurs. Nos collègues pharmaciens hospitaliers obtiennent par exemple des prix « canons » pour certain traitement qui sera délivré une dizaine de jour à l'hôpital, et suivi et renouvelé au prix fort pendant des années en médecine de ville. Les bilans comptables les plus séduisants aux yeux d'un membre de la cour des comptes ne dissimulent-ils pas les gaspillages les plus diaboliques ? Il est nécessaire que chacun se forge sa propre opinion. Pour reprendre la métaphore picturale, rien ne ressemble plus à un chef d'œuvre qu'une production de série d'un bon suiveur, aux yeux de celui qui ne sait - et ne veut ? - voir que le format de l'œuvre, sa technique et son sujet.

Ayant évoqué les ressources mesurables et traduisibles en unités monétaires, je me dois d'évoquer également des ressources beaucoup plus précieuses qui tiennent au caractère fini de notre planète et à l'équilibre du vivant. La médecine est dès à présent confrontée à la difficulté de maintenir l'équilibre entre notre espèce, l'espèce humaine, et les autres espèces du monde du vivant, les plus fortes en apparence ne l'étant probablement pas en vérité[39], du moins à terme. Prenons un exemple. Je lisais récemment que l'OMS se proposait d'éliminer la tuberculose d'ici 2050[40]. Après avoir reconnu que les traitements actuels rencontrent des résistances, l'expert interrogé par le journal indique que « l'objectif est donc de mettre au point de nouveaux antibiotiques. » Que se passera-t-il si les nouveaux antibiotiques attendus (prédits ?) par notre expert ne sont pas au rendez-vous ? N'est il pas plutôt temps de réévaluer

[38] Lane, C. (2009), Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions, Paris
[39] Gualde, N., (2006) Comprendre les épidémies, la coévolution des microbes et des hommes, Paris
[40] Le Monde, 15 octobre 2010, p. 10, « Il faut de nouvelles armes contre la tuberculose »

au plus près des individus et des populations les stratégies médicales actuelles, très liées à l'ère industrielle et au siècle des ingénieurs et des chimistes ? Après avoir pris son indépendance par rapport à la religion, avec Hippocrate, au quatrième siècle avant Jésus-Christ, la médecine contemporaine ne doit elle pas à nouveau s'émanciper des croyances de notre temps. Citons en quelques unes : la croyance dans le médicament, qui poussée à son paroxysme produit le principe « à chaque médicament sa maladie[41] », la croyance dans la toute puissance de la « science », celle selon laquelle « la croissance » pourrait être infinie. N'avez-vous jamais été surpris, en échangeant avec tel ou tel collègue, par la place souvent prépondérante occupée par les techniques au détriment de l'humain dans son système personnel de pensée. Comme si la médecine contemporaine était plus à l'aise pour parler technique que pour écouter les hommes.

Les centres de santé, puisqu'il s'agit d'eux dans cet ouvrage, et plus largement toutes les organisations de soin qui sont en contact quotidien avec le milieu communautaire, n'ont-ils pas un rôle à jouer en matière de recherche de nouvelles pratiques cliniques, préventives et thérapeutiques ? Si je pose la question, c'est naturellement parce que j'ai envie de répondre par l'affirmative. En ce sens l'attente des milieux universitaires et des pouvoirs publics vis-à-vis des centres de santé en matière de formation initiale des professionnels de santé de premiers recours est de bon augure. L'étude Epidaure menée sous l'égide de la Fédération nationale des centres de santé en partenariat avec l'IRDES[42] constituera peut-être un tournant pour ces établissements. Dernier signe en date, en faveur de la thèse d'une implication plus grande des centres de santé dans la recherche, plusieurs centres de santé accueillent désormais des chefs de clinique de médecine générale.

La crise de la démographie médicale, comme il est convenu de l'appeler, ressort probablement plus d'une crise de notre modèle de la consommation et de la distribution des soins que d'une crise démographique à proprement parler. Quoiqu'il en soit, elle contraint les acteurs à réévaluer leurs organisations et leurs pratiques. Dans ce paysage, on note avec intérêt le potentiel des centres de santé en matière de coopérations entre professionnels. Il s'agit en pratique de réfléchir au niveau de compétence requis pour produire chaque type d'acte médical. Il apparaît que nombre de situations peuvent faire l'objet de protocoles. Dans ces cas, l'acte peut être délégué par le médecin sous son contrôle direct ou indirect à un autre professionnel de santé, habituellement un auxiliaire médical. On lit parfois au sujet des protocoles des appréciations dictées davantage par le souci, un peu médiocre, de préserver des territoires ou d'en acquérir de nouveaux, plutôt que par l'analyse objective des faits. Il est assez probable qu'à partir du moment où un type d'acte peut être réduit à un protocole, il peut être délégué dans un cadre de responsabilité sécurisé à un autre professionnel de santé qui l'exécute. A contrario, il convient d'expliquer que beaucoup de situations médicales ne sont pas réductibles à des équations simples et reproductibles. Elles ne sont alors pas délégables et l'on se trouve dans ce cas face un véritable acte médical, dans toute sa richesse humaine et sa complexité. Quand les professionnels de santé acceptent de jouer le jeu, c'est-à-dire lorsque les intérêts périphériques (revenus, horaires de travail, effectifs, formation) sont arbitrés et clairement encadrés, les centres de santé disposent d'un potentiel unique pour avancer rapidement sur ces questions. Au même titre que les années soixante dix ont été les années de l'émergence du travail en équipe entre généralistes, et entre généralistes et autres spécialistes les prochaines années pourraient être celles du développement du travail en équipe pluri professionnelle. On pourra s'en féliciter quand on y sera parvenu.

[41] Lambert, G., (2009), Vérole, cancer et cie, la société des maladies, Paris, p. 73
[42] Institut de recherche et documentation en économie de la santé, www.irdes.fr

Dans le même temps, on se demandera peut-être ce jour là pourquoi nous avons mis si longtemps à réaliser ce qui se pratique depuis des lustres à l'étranger, ou même ce qui se pratique tellement près de chez nous que nous sommes incapable de le voir. Je pense aux remarquables exemples de travail en équipe pluridisciplinaires qui se réalisent au sein des secteurs de psychiatrie publique ou au sein des services de protection maternelle et infantile. Il faudra qu'on en reparle.

Index des abréviations

A.A.H. : Allocation adulte handicapé
A.L.D. : Affection de Longue Durée
A.R.S. : Agence régionale de santé
C.H.U. : Centre hospitalier universitaire
C.N.A.M.T.S. : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
D.A.R.E.S. : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
D.R.E.E.S. : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Enquête S.P.S : Enquête sur la santé et la protection sociale.
F.N.O.R.S. : Fédération nationale des observatoires de la santé
H.A.S. : Haute autorité de santé
I.N.Ca : Institut national du Cancer
I.N.P.E.S. : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
I.N.S.E.E : Institut National de la Statistique et des études économiques.
I.N.S.E.R.M : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
I.N.S.E.R.M. : Institut national de la santé et de la recherche médicale
I.P.S.O.S : Institut de Sondage Français.
I.R.D.E.S : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé.
I.R.D.E.S. : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
InVS : Institut de veille sanitaire
O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé.
S.I.R.S : Santé, Inégalités et Ruptures Sociales.
S.P.F : Secours Populaire Français.
S.S.I.A.D. : Service de soins infirmiers à domicile

Bibliographie :

Pierre Aïach et Didier Fassin, **Les métiers de la santé, enjeux de pouvoirs et quête de légitimité**, Anthropos, Paris, 1994.
Aïach, Niewiadomski, **Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles**. Presse de l'EHESP, 2008.
Barbier, Théret : **Le système français de protection sociale***,* collection Repères, n°382, La Découverte, nouvelle édition, avril 2009.
Jean Bennet **La mutualité française des origines à la révolution de 1789**, CIEM, 1981.
Bourdieu, 1993 : **La misère du monde**, Le Seuil, Collection Libre examen.
Didier Fassin, 2000 : « **Les inégalités sociales de santé** ». INSERM, Editions La Découverte.
Didier Fassin, 2008 : **Faire de la santé publique.** Editions de l'EHESP.
Limousin : **Le développement des biotechnologies et l'industrie pharmaceutique en France**. Economie et Politique, Mars Avril 2009, N° 656-657.
Limousin, Mills : **La protection sociale en danger, Etat des lieux et stratégie pour une alternative**, 2ème édition, Septembre 2010, Edition Le Temps des Cerises.
Morin, 1981 : **Pour sortir du vingtième siècle**, Fernand Nathan.
Rosanvallon : **La crise de l'Etat-Providence,** Le Seuil, 1981 ; Coll. Points Politique, 1984 ; Points Essais, n°243,1992.
Rosanvallon : **La nouvelle question sociale, Repenser l'Etat-Providence**, Le Seuil, 1995, Coll. Points Essais, 1998.
Claude Rouxin, **La place des centres municipaux dans le paysage sanitaire français**, DEA de santé publique (option sociologie) sous la direction de Didier Fassin, Université de Paris-Sud, 1997.
Guide du Comede : Guide pratique 2008 : **Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants**.
Renoncement aux soins. Questions d'économie de la santé. Lettre d'Information N°108.
Bulletins d'Information en Economie de la Santé N°93.N°117.
Programme de Recherche du SIRS et les bulletins SIRS INFO de nov.2006 à 2009:N°1 à 7.
British Medical Journal du 24 juin 2010.
Baromètre "Cercle Santé-Europ Assistance" 2010.
Baromètre IPSOS-SPF 2008.
Numéro spécial **"Alerte Pauvreté"** de CONVERGENCE .oct. 2008.
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de l'Institut de Veille Sanitaire du 23/1/2007.
Livre Blanc du Cabinet de Conseils JALMA.2009.
Le centre de santé, n° 44, 1961
Le Nouveau Centre de Santé N°137, déc. 2000.
Gazette des Communes, des Départements, des Régions: Cahier n°2-37/2047.4 oct.2010.
Rapport d'Information du Sénateur JUILHARD (n°14,2007-2008).
Rapport 2006 de l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles (éditions de la DIV).
Rapport de la Commission Nationale Permanente du Conseil de l'Ordre de juin 99.
"**Vulnérabilités Sociales, Santé et Recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens**"(éditions de la DIV "Etudes et Recherches").
"**Précarisation, Risques et Santé**" (éditions INSERM).
Drees : **L'état de santé de la population en France.** Rapports 2008 et 20096-2010.
Trugeon, Fontaine, Lémery : **Inégalités socio-sanitaire en France de la région au canton**, Elsevier Masson, 2006.
Haut Conseil de la Santé publique : **Les inégalités sociales de santé.** La Documentation Française, avril 2010.

IRDES : **Score Epices : comparaison des résultats dans les échantillons ESPS et Cetaf.** In Enquête sur la santé et la protection sociale 2008.
Lazimi G. : **Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ?** Etude réalisée par 51 médecins et 2 sages-femmes. 557 patientes interrogées. Intérêt et faisabilité. Mémoire dans le cadre du diplôme universitaire « Stress, traumatisme et pathologies » : université Paris VI, 2007.
Lazimi G.: Piet E. **Screening of Violence towards Women: Is Systematic Questionning during Medical Consultation Possible, Useful and of Interest ?** Communication orale présentée à la 13e Wonca Europe Conference , Paris , 17-20 oct. 2007.
Lazimi G. : **Evaluation des violences faites aux femmes.** Etude auprès de 100 consultantes en médecine générale. Enquête réalisée au décours de la campagne contre les violences faites aux femmes lancée en Seine-Saint-Denis le 20 sept. 2004. Mémoire dans le cadre du DIU «Formation complémentaire en gynécologie et obstétrique pour le médecin généraliste », UFR 064 Saint-Antoine, 2005.
Henrion R. : **Les femmes victimes conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre délégué à la santé.** Paris: La Documentation française;2001.
Jaspard M. : **Les violences envers les femmes en France : une enquête nationale.** Paris: La Documentation française; 2003.
Julien Sallé : Thèse de doctorat **Vulnérabilités, accès aux soins et santé des migrants en séjour précaire : connaissances et représentations des internes en médecine générale d'Ile de France.** UPMC, Paris 6 janvier 2010
Didier Dubasque & Brigitte Bouquet : **La lutte contre les violences faites aux femmes.** Editions de l'EHESP.
Didier Castiel : **Le calcul économique en santé. Méthodes et analyses critiques.** Editions de l'EHESP.
Didier Fassin : **Faire de la santé publique.** Editions de l'EHESP.
Didier Castiel & Jean-Pierre Bréchat : **Solidarité, précarité et handicap social.** Editions de l'EHESP.
Claude Martin (dir) : **Que reste-il des classes sociales ?** Editions de l'EHESP.
Géraldine Bloy & F-X Scheweyer : **Singuliers généralistes**. Editions de l'EHESP.
Rapport sur les centres de santé de Dominique Acker, juin 2007.
Rapport sur la situation des centres de santé, IGAS, mars 1990.
Rapport sur les centres de santé, IGAS, novembre 1999.
Rapport du Pr Vallancien, janvier 2010 **"Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement"**.

***