

# APRES LA PREMIERE PHASE DES ETATS GENERAUX DE L'ORGANISATION DE LA SANTE (EGEOS)

## POSITION DU BUREAU DU CNLCS

17 mars 2008

Le CNLCS a été auditionné le 18 janvier 2008 dans le cadre des EGeOS et a suivi très attentivement les contributions et prises de positions émises par les différents acteurs à l'occasion de ces états généraux.

Il a pris connaissance de l'ensemble des éléments publiés à l'occasion de la synthèse de la première phase, qui a eu lieu le 8 février et à laquelle ses représentants ont participé, notamment le discours de la ministre de la santé, la synthèse des travaux du groupe permanent de concertation...

A mi-parcours du déroulement des EGeOS, il a semblé nécessaire au bureau du CNLCS de faire connaître ses positions et ses réflexions, notamment après avoir rencontré et échangé avec de nombreux partenaires institutionnels (ARH, DRASS, Conseil Régional d'Ile de France, CNAM) et les syndicats des jeunes médecins et des professionnels de santé salariés.

Les enjeux du processus engagé sont en effet de taille puisque, conjuguées aux propositions que feront dans leurs domaines respectifs les missions conduites par MM. LARCHER, RITTER et FLAJOLET, les conclusions des EGeOS serviront de base à la loi de modernisation de l'organisation de la santé annoncée pour la fin de cette année. De même, elles devraient se concrétiser dans le cadre des négociations conventionnelles entre les professionnels de santé libéraux et les caisses d'assurance maladie et, à notre sens, également dans celles avec les gestionnaires de centres de santé.

L'objectif affiché des EGeOS est de dresser un état des lieux et de proposer des solutions aux problèmes engendrés par la crise de la démographie médicale, renforcée par l'inégale répartition territoriale des professionnels de santé, en tenant compte des aspirations des médecins actuellement en formation. Les réformes proposées devant permettre à la puissance publique de garantir l'égalité d'accès aux soins de l'ensemble de la population (la protection, par l'État, de la santé de tous les citoyens fait partie des garanties constitutionnelles énoncées par l'article 11 du préambule de la constitution de 1946).

Parmi les propositions avancées lors des EGeOS figure l'encouragement à la création de maisons de santé et notamment de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP).

Une première définition de ces structures<sup>1</sup> a été ébauchée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et inscrite dans le code de la santé publique. Si l'énoncé de leurs missions paraît très proche de celui des centres de santé<sup>2</sup>, à ce jour leurs obligations ne sont pas détaillées. Par exemple, les modalités de leur fonctionnement<sup>3</sup> et de leurs relations conventionnelles avec les caisses d'assurance maladie ne sont actuellement pas encore définies. Le rapport du sénateur JUILHARD a avancé à ce sujet un certain nombre de pistes<sup>4</sup> qui nous paraissent pertinentes. Leur transcription éventuelle dans les domaines législatif, réglementaire et conventionnel, devrait à notre sens également concerner les centres de santé.

Le mouvement des centres de santé, et tout particulièrement le CNLCS qui fédère une majorité des centres de santé médicaux et polyvalents, ne peut donc que se féliciter de la reconnaissance indirecte de la pertinence du modèle qu'il travaille à promouvoir, à améliorer et à développer depuis plus de 50 ans.

---

**<sup>1</sup> Article L6323-3 du code de la santé publique**

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

**<sup>2</sup> Article L6323-1 du CSP**

*« 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.*

*Ils sont soumis, dans des conditions fixées par décret, à l'agrément de l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité. L'agrément vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, au sens de l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale. »*

<sup>3</sup> Rappelons que les centres de santé sont tenus :

- à la **pratique du tiers-payant** (Art L. 162-32 du code de la sécurité sociale)
- **au respect des tarifs conventionnels du secteur I** (Cf Art L. 162 32 2 du code de la sécurité sociale et Accord national de 2003)

<sup>4</sup> cf. note en fin de document

L'ancienneté de son expérience, les résultats que les centres de santé qu'il fédère ont obtenu dans le développement de l'accès aux soins et à la santé, et dans la promotion d'une médecine d'équipe pluriprofessionnelle, autorisent le CNLCS à avancer quelques réflexions et à ouvrir certaines pistes.

**Concernant l'inégale répartition territoriale des professionnels de santé**, le CNLCS considère que, sauf à prendre le risque d'aggraver la fracture sociale en ne s'attachant qu'à réduire la fracture territoriale, les mesures visant à améliorer l'égalité d'accès à la santé des populations ne sauraient se résumer à faire en sorte que dans chaque région, département, ou bassin de vie, chaque habitant soit en capacité théorique d'accéder à un professionnel du soin dans un délai ou à une distance jugés acceptables.

Il suffit en effet de conserver en mémoire les résultats des études qui se multiplient concernant les inégalités sociales de santé pour considérer qu'un tel objectif ne peut être pleinement satisfaisant.

Il nous apparaît donc nécessaire de considérer parallèlement, la situation sanitaire des habitants d'une zone géographiquement déterminée, leur situation sociale, leurs besoins de santé et les possibilités concrètes d'y répondre.

Dans cette perspective, on conviendra que des mesures particulières doivent prendre en compte les problèmes spécifiques des populations en difficulté sociale. De même, des données concrètes essentielles, comme le secteur conventionnel<sup>5</sup> dans lequel exercent les professionnels, la pratique du tiers-payant, le tarif des actes hors nomenclature, particulièrement en dentaire, doivent être prises en compte.

Le CNLCS plaide par conséquent pour une prise en compte globale, c'est à dire concrète et fine, du concept d'accès à la santé, seule base solide pour la construction de réponses pertinentes aux besoins des populations concernées.

**Concernant le développement des maisons de santé**, notamment de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), **et plus généralement la promotion de l'exercice regroupé**, le CNLCS souhaite souligner quelques éléments qui lui apparaissent importants :

---

<sup>5</sup> L'ampleur et le niveau des dépassements d'honoraires dans certaines spécialités et dans certaines régions suscitent actuellement l'inquiétude des patients et conduisent les plus hautes autorités de l'État à s'interroger sur les moyens de les réguler, à défaut de les faire disparaître.

- S'il est évidemment indispensable de tenir compte des aspirations des professionnels, celles-ci ne peuvent être **l'élément déterminant pour définir un nouveau mode d'organisation de l'offre de soins ambulatoires.** Les **besoins de santé** (soins, dépistage, prévention, santé publique, éducation pour la santé) **de la population** constituent cet élément. Le recensement et la hiérarchisation de ces besoins ne peuvent être laissés à la seule initiative des professionnels de santé mais doivent résulter d'une concertation démocratique faisant intervenir également et au premier chef la population et ses représentants, l'État et les collectivités locales, les associations d'usagers et de malades et l'assurance maladie. Les résultats de cette concertation doivent être formalisés et constituer le socle à partir duquel seront déterminées les missions des nouvelles structures sanitaires et définis les éléments de la **contractualisation** entre ces structures et les différents institutions et collectivités susceptibles de leur apporter des subventions ou des aides de quelque nature que ce soit.
- **Le regroupement de professionnels n'aboutit pas automatiquement à la production d'une pratique fondamentalement différente de celle obtenue par l'addition de l'exercice individuel de chacun des professionnels considérés.**
- Cette pratique nouvelle ne peut, selon le CNLCS, être obtenue qu'en définissant précisément les missions de la structure de santé puis en déclinant les objectifs opérationnels du regroupement et en déterminant les modes de collaboration entre les professionnels et avec les autres intervenants sanitaires et sociaux du lieu d'implantation du regroupement. **On peut à ce propos avancer le terme d'exercice regroupé et coordonné.**
- Les modalités organisationnelles d'une structure pluriprofessionnelle d'exercice regroupé et coordonné, ainsi que celles relatives à l'exercice professionnel des différents intervenants qui y exercent, doivent être formalisées et faire l'objet d'une évaluation externe. Cette préoccupation a conduit le CNLCS, avec les autres organisations gestionnaires de centres de santé, à participer avec la HAS à l'élaboration du **référentiel d'évaluation des centres de santé** et à se positionner à terme dans la perspective d'une accréditation des centres de santé dès lors que leur seraient garantis les moyens financiers de progresser. De la même façon, le CNLCS a participé, toujours sous l'égide de la HAS, à l'élaboration du référentiel concernant **l'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé**<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Ces deux référentiels sont en ligne sur le site de la HAS

- Ce mode d'exercice par essence économe en ressources matérielles et humaines, puisqu'il permet une prise en charge médicale globale et évite, par exemple de nombreuses redondances de prescription, induit nécessairement des frais supérieurs à la simple addition de ceux que générerait l'activité de chacun des professionnels pris séparément ou dans le contexte d'un simple cabinet de groupe.  
**C'est ce que nous appelons les frais de structure.** Leur importance est évidemment en relation directe avec la taille mais aussi et avant tout avec les missions de la structure. La coordination des soins, l'accompagnement social et les partenariats médico-sociaux avec l'environnement, s'ils sont des éléments déterminants de la qualité de la « production » sanitaire et sociale d'une telle structure, ont des coûts qui doivent être pris en compte, face aux économies de tous ordres qu'ils engendrent.
- **En matière d'exercice regroupé et coordonné, la France ne part pas de rien.** *Les centres de santé existent depuis plus d'un demi-siècle.* La logique commande qu'avant de promouvoir de façon extensive l'exercice regroupé, les pouvoirs publics s'intéressent aux structures existantes, tiennent compte de leurs acquis et de leurs difficultés et prennent les mesures nécessaires à leur pérennité et à leur développement. C'est dire tout l'intérêt, et pas uniquement du point de vue des centres de santé, du rapport produit l'an passé à l'instigation du ministre de la santé par Mme Dominique ACKER (Conseillère générale des établissements de santé) sur les centres de santé et dont le CNLCS regrette qu'il n'ait pas été, malgré sa demande, intégré à la bibliographie des EGeOS. Il contient en effet toute une série de remarques et de propositions<sup>7</sup> dont bon nombre lui semblent pertinentes pour l'ensemble des structures d'exercice regroupé et coordonné.
- Ces remarques ne doivent pas faire considérer que le CNLCS propose le modèle de centre de santé, pas plus que celui de maison de santé, comme l'unique solution aux difficultés actuelles. Il considère cependant que la coordination et, lorsque cela est souhaitable et possible, le regroupement en un même lieu des différents professionnels de santé sont des moyens qu'il est indispensable de mettre en oeuvre. D'autres modalités organisationnelles, comme les réseaux de santé ou les pôles de santé, peuvent évidemment être promues dans cette perspective.

---

<sup>7</sup> cf Note en fin de document

### **Concernant la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins,**

le CNLCS considère comme absolument indispensable que les maisons de santé et les autres formes d'exercice regroupé et coordonné, dès lors qu'elles recevront des aides pour leur création ou des subventions pour leur fonctionnement s'engagent à la pratique du tiers-payant, sans seuil et pour tous les actes (dont le CNLCS ne souhaite pas qu'il demeure l'apanage des centres de santé) et au respect des tarifs conventionnels, à l'exclusion de toute forme de dépassement.

### **Concernant les aspirations des étudiants et des jeunes médecins,**

il apparaît indispensable au CNLCS de prendre en compte leur volonté d'un exercice décloisonné, conjuguant les soins, avec leur permanence, la prévention, l'éducation à la santé, la formation. Il en va de même de leur volonté de préserver une vie personnelle à côté de leur vie professionnelle et d'être dégagés au maximum des contraintes administratives, dont la charge s'est particulièrement alourdie ces dernières années. Le CNLCS considère qu'il faut dans ce cadre prendre en compte également l'aspiration au salariat d'une part non négligeable des étudiants.

C'est dire qu'il lui apparaîtrait incompréhensible que les travaux des EGeOS ne débouchent que sur le seul aménagement des modalités de l'exercice libéral, considéré, souvent conjointement avec le paiement à l'acte, comme un horizon indépassable.

A cet égard, les pistes avancées lors de la réunion de synthèse du 8 février lui semblent nettement insuffisantes. Il est donc nécessaire d'étudier rapidement, en parallèle aux dispositions concernant l'exercice libéral, les moyens de promouvoir l'exercice salarié de la médecine et des autres professions de santé, sans réduire celui-ci au statut de collaborateur salarié d'un praticien libéral ou de praticien hospitalier.

En complément de ces mesures favorisant l'exercice salarié de la médecine, et plus généralement des professions de santé, il est indispensable d'en faire connaître les modalités concrètes aux étudiants au cours de leur cursus.

Pour ce qui concerne les études médicales, il est indispensable que l'exercice en centre de santé soit pris en compte dans le décret relatif à la formation des internes en médecine générale et au corps des médecins généralistes maîtres de stage. Il en va de même pour l'organisation d'un post internat d'une durée de trois ans avec un contrat de salarié ayant des caractéristiques proches de celui d'assistant hospitalier.

### **Concernant la déclinaison conventionnelle des propositions qui**

**seront formulées par les EGeOS**, le CNLCS estime absolument indispensable qu'elles soient étudiées dès le départ en concertation avec les représentants des centres de santé de façon à ce qu'elles tiennent compte de la réalité de ces

structures. Nous connaissons trop la situation dans laquelle les centres de santé sont dans l'obligation de lutter, malheureusement assez souvent en vain, pour faire intégrer dans leur champ conventionnel des dispositions qui ont été élaborées et négociées avec les seuls représentants des professionnels de santé libéraux.<sup>8</sup>

A ce propos, le CNLCS considère que l'introduction dans l'accord national des centres de santé de dispositifs novateurs en matière de coordination des soins ou de prévention ne saurait se faire uniquement par la transposition de dispositifs initiés par les représentants des organisations libérales<sup>9</sup>. Elle doit également résulter de l'initiative conjointe des représentants des centres de santé et des caisses d'assurance maladie, en ne prenant en compte que l'intérêt des assurés et la spécificité des structures.

Parallèlement, il considère que les frais de structure des centres de santé, notamment ceux relatifs à l'informatisation et à la pratique du tiers-payant, doivent être pris en compte par les caisses dans le cadre de l'accord national.

Sur un autre plan, la prise en charge par les caisses d'une partie des cotisations sociales relatives aux professionnels de santé exerçant dans les centres (subvention dite Teulade), qui ne constitue que le pendant des avantages sociaux maladie (ASM) et vieillesse (ASV) consentis par l'Assurance Maladie aux professionnels libéraux respectant les tarifs conventionnels (secteur 1), et dont le taux est fixé par décret, doit être réévaluée afin de garantir l'équité avec les autres professions de santé dont les avantages en la matière sont globalement nettement supérieurs.

Plus fondamentalement, si la déclinaison conventionnelle des mesures proposées par les EGeOS devait aboutir à la création d'un dispositif spécifique aux maisons de santé, voire particulièrement aux MSP, le CNLCS considère que l'éventualité d'un tronc commun conventionnel concernant à la fois les MSP et les centres de santé médicaux et polyvalents pourrait être sérieusement étudiée. L'offre de soins ambulatoires en matière d'exercice regroupé et coordonné y gagnerait probablement en visibilité et en cohérence.

De plus, une telle disposition éviterait aux centres de santé l'écueil de la « transposition » des mesures conventionnelles libérales.

Des mesures législatives et réglementaires communes à ces deux types de structure, portant notamment sur des dispositions nouvelles en matière de

---

<sup>8</sup> C'est notamment le cas des accords concernant la rémunération des astreintes des praticiens participant à la permanence des soins, du dépistage du cancer colorectal, et du forfait annuel de 40 € par patient présentant une ALD alloué au médecin traitant.

<sup>9</sup> La situation actuelle résulte uniquement d'une lecture restrictive par les caisses d'assurance maladie de l'article L. 162 32-1 du code de la sécurité sociale qui définit, de façon non limitative, le champ de l'accord national.

rémunération, de coordination des soins et d'action de santé publique pourraient également être envisagées. Elles s'inscriraient ainsi dans l'esprit de l'article 44<sup>10</sup> de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Enfin, quelle que soit la forme du dispositif conventionnel qui sera retenue par le législateur, il faut avoir conscience que les dispositions novatrices qu'il contiendra ne se concrétiseront que sur la base d'une forte volonté de l'assurance maladie. C'est dire qu'en la matière un changement de culture est indispensable au niveau de la CNAM. Les centres de santé ne connaissent que trop la situation dans laquelle les dispositions législatives en faveur des centres de santé restent lettres mortes en l'absence de volonté de la CNAM de les mettre en oeuvre.

***Sur la base des propositions énoncées ci-dessus, le CNLCS entend participer activement aux débats qui accompagneront l'élaboration de la loi de modernisation du système de santé et sollicitera pour cela l'ensemble des acteurs concernés.***

---

#### **Note sur le rapport JUILHARD**

Ce document, présenté à l'automne 2007 au nom de la commission des affaires sociales du sénat, propose l'exercice regroupé des professionnels de santé comme un nouveau mode d'organisation de l'offre de soins et souligne que cette pratique, quelle qu'en soit la forme, est à même de répondre aux aspirations des professionnels de santé en matière d'activité professionnelle et de qualité de vie.

Il propose une reconnaissance juridique et une labellisation des maisons de santé.

Il formule des propositions concernant les maisons de santé, notamment en ce qui concerne l'appui que devrait leur apporter l'assurance maladie et les collectivités locales :

- Participation aux équipements,
- Aide au démarrage pour les frais de fonctionnement en lien direct avec l'exercice pluridisciplinaire,
- Financement spécifique des tâches administratives,
- Rémunération des actions menées à l'intérieur de la structure au titre de la coordination des soins, de l'amélioration de la qualité de l'exercice professionnel et des échanges de pratiques professionnelles,
- Rémunération éventuelle du temps de coordination médicale de la structure.

---

<sup>10</sup> Cet article porte notamment sur l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des centres de santé et des maisons de santé pouvant déroger aux dispositions du code de la sécurité sociale concernant les tarifs et la pratique du tiers payant.

Il propose également de généraliser et de pérenniser ces aides au fonctionnement.

---

### **Note sur le rapport Acker**

« Le rapport propose :

- en priorité d'**intégrer** dans l'accord national avec la CNAMTS les points de non transposition par rapport à la convention libérale et de mettre en place **l'instance de représentation** des centres de santé prévue par la loi du 4 mars 2002 ;
- dans un deuxième temps, d'ajuster dans le cadre de la renégociation de l'accord national les éléments correspondant à la prise en charge des **cotisations sociales**, à la pratique du **tiers-payant** et à **l'informatisation** ;
- de les inclure , **sous la responsabilité des MRS (ARH et URCAM)**, dans une planification des besoins en matière de soins ambulatoires et de permanence des soins, notamment pour les **zones fragiles** et les **751 zones urbaines sensibles**, dont la définition devra intégrer non seulement les questions de démographie en termes numérique mais aussi en termes de spécialistes et de secteur d'exercice ; la méthodologie d'analyse des besoins de santé par cantons et par territoires, utilisée par les URCAM, peut constituer une première base de planification ambulatoire ;
- de passer d'une procédure d'agrément à une **procédure d'autorisation** assortie d'une **contractualisation du financement** d'une partie de leur frais de structure (éventuellement par adossement à un hôpital local en milieu rural) et de leur implication dans la politique de santé publique, de prévention et d'accès aux soins ; cette contractualisation répondrait à des **critères d'éligibilité** et préciserait les **missions**, les **objectifs cliniques** et ainsi que les **objectifs de gestion** et les résultats attendus en matière **d'indicateurs d'état de santé** ; sur ce point une expérimentation peut être conduite sur deux modèles économiques différents : l'un restant basé sur du paiement à l'acte complété par un forfait, l'autre basé sur un statut d'établissement financé à la capitation ;
- d'expérimenter un **nouveau statut** pour les médecins permettant un partage plus souple de leur exercice, avec le maintien d'une rémunération liée à l'activité et la forfaitisation de certaines actions.
- de procéder en parallèle à des **études complémentaires** avec la CNAMTS et quelques CPAM sur la consommation et les prescriptions comparées entre médecins généralistes et spécialistes exerçant en centres de santé ou en libéral. »