

LES CENTRES DE SANTE MUNICIPAUX PASSE, PRESENT, PERSPECTIVES

INTRODUCTION

Cette intervention est davantage une introduction à une discussion sur la question des centres de santé municipaux, destinée à un public d'élus qui pour la plupart n'ont pas à gérer directement un centre de santé, qu'un exposé exhaustif sur la question.

Mon souhait est que la discussion enrichisse notre réflexion commune sur cette question, quelle que soit la situation de votre commune (gestionnaire d'un centre ou envisageant de l'être, ou non).

Il est utile de préciser que les opinions émises dans cette intervention n'engagent que leur auteur, même si l'essentiel reflète les positions du CNLCS.

HISTORIQUE

➤ de la fin du XIXe siècle à celle de la deuxième guerre mondiale

Historiquement, se sont les sociétés de secours mutuel qui sont, à la fin du XIXe siècle et dans de grandes agglomérations comme Bordeaux, Marseille, Paris ou Lyon, les promoteurs des dispensaires.

Les dispensaires municipaux sont principalement créés dans l'entre-deux-guerres.

Les communes qui les créent se caractérisent par une situation sanitaire défavorable, un fort taux de mortalité infantile et un sous encadrement médical. Elles appartiennent principalement à ce qu'il est convenu d'appeler « la banlieue rouge ». Les municipalités ouvrières qui dirigent ces villes font de la création et du développement de ces dispensaires un des points forts de leurs programmes électoraux.

Initialement, ces dispensaires sont destinés aux plus démunis et à ceux qui bénéficient de l'assistance médicale gratuite mise en place en 1893. Ils sont ouverts par la suite à toute la population .

Déjà se pose la question de la concurrence avec la médecine libérale.

A noter également qu'à l'époque le développement des dispensaires est prôné par les pouvoirs publics en raison du moindre coût des traitements par rapport à ceux dispensés par le système hospitalier.

De même, le principe d'une intégration des missions de soins et de prévention est déjà fortement affirmé.

C'est à cette époque que se forme l'image, qui perdure encore, des dispensaires.

Il faut souligner à ce propos que ce n'est pas la qualité de la médecine qui y est pratiquée qui génère une image dépréciée de ces structures mais le statut social de la clientèle qui les fréquente.

➤ La période de l'après-guerre

C'est l'époque où les promoteurs des centres souhaitent en faire des structures ouvertes à l'ensemble de la population et où les dispensaires deviennent des centres de santé. Cette appellation n'intégrera la terminologie officielle qu'à la faveur des décrets de 1991.

En raison du refus de conventionnement des syndicats médicaux, les caisses d'assurance maladie favorisent l'extension, voire la création des centres de santé.

De leur côté, les municipalités gestionnaires sont amenées à oeuvrer dans le même sens, afin de faciliter l'accès aux soins de populations dont l'état sanitaire est mauvais au sortir de la guerre, d'autant que les médecins sont peu nombreux à s'installer dans ces banlieues ouvrières.

La signature en 1960 de la première convention médicale marque un tournant important de l'histoire des centres de santé. Les caisses s'engagent en effet vis-à-vis des syndicats libéraux et de l'Ordre des médecins à ne pas favoriser le développement des centres de santé.

Cette époque est celle d'un conflit ouvert entre la médecine libérale et les centres de santé perçus comme concurrents.

La question de l'extension du tiers payant à l'ensemble des assurés ne fait qu'entretenir le conflit.

Les municipalités gestionnaires se trouvent confrontées aux demandes de création ou d'extension de centres par la population et aux souhaits contraires du corps médical libéral.

Parallèlement, le conventionnement d'une grande partie du corps médical libéral, qui permet aux assurés d'être correctement remboursés de leur frais médicaux permet le développement de l'accès aux soins et prive les centres de santé d'une de leurs justifications.

Les centres dont le tiers payant résume l'activité vont périlcliter ou disparaître.

➤ Les décrets de 1991

Promulgués après une enquête de l'IGAS, ils ont constitué une première étape dans la reconnaissance des centres.

Avant leur entrée en vigueur, les centres étaient liés à leur caisse locale par une convention dont il n'existait pas de modèle réglementaire opposable.

Il en résultait une grande hétérogénéité au niveau national et de multiples difficultés de gestion, par exemple en matière de tiers payant pour les assurés relevant d'une caisse autre que celle dont dépendait le centre de santé.

Les trois décrets du 15 juillet 1991 ont permis :

1. l'unification du statut des centres et l'instauration d'une convention type nationale, non négociée, qui réglait les relations entre les centres et les caisses ;
2. l'actualisation des conditions d'agrément ;
3. le remboursement aux centres d'une partie des charges sociales de leur personnel soignant , à l'instar de ce que les caisses consentent en faveur des praticiens conventionnés secteur un.

LES CENTRES DE SANTE AUJOURD'HUI.

Quelques chiffres

Ils permettent de se faire une idée de la réalité des centres de santé et de leur faible poids dans la distribution des soins ambulatoires.

Il faut tout d'abord préciser que le terme centre de santé regroupe des structures très différentes : centres de soins infirmiers, centres de santé dentaires et centres de santé médicaux et polyvalents.

De façon très schématique, on peut dire qu'il existe en France environ 1500 centres de santé dont la moitié sont des centres de soins infirmiers, principalement installés en milieu rural. L'autre moitié se divise à part égale entre centres de santé dentaires et centres de santé médicaux et polyvalents.

Les municipalités gèrent quelques centres de santé dentaires et une petite moitié des centres de santé médicaux et polyvalents. Les structures municipales sont essentiellement situées dans la banlieue parisienne et dans le sud-est de la France.

Il faut noter que, compte tenu du grand nombre de professionnels qui y exercent à temps partiel, les centres de santé emploient au moins 20 000 professionnels de santé au plan national.

Le poids relatif des centres de santé par rapport à celui des professionnels libéraux est très faible puisque :

- les centres de santé médicaux représentent 1 % de l'offre de soins en médecine libérale ;
- les centres de santé dentaires 3,7 % de l'offre de soins en chirurgie dentaire libérale ;
- les centres de soins infirmiers représentent 8,25 % de l'offre de soins des infirmiers libéraux

- en 2001, l'activité des centres de santé représentait 3,260 milliards de francs de dépenses remboursables soit un peu plus de 1 % des dépenses de soins ambulatoires.

Il faut préciser que les informations quantitatives et qualitatives fiables sur les centres de santé manquent cruellement, faute de méthode rigoureuse et exhaustive de recueil. Un des effets de l'accord national sera probablement de parvenir à une meilleure connaissance de leur activité.

La situation actuelle des centres de santé municipaux

Même si elle présente des caractéristiques liées à la gestion municipale, elle est en grande partie identique à celle des autres catégories de centres de santé.

1) Le projet fondateur des centres de santé a été actualisé mais reste globalement pertinent et novateur.

On peut le définir actuellement par les grands axes suivants :

- Favoriser un égal accès à des soins de qualité pour tous les usagers dans le cadre de structures non discriminatoires. A cet égard la philosophie qui a présidé à la définition de la CMU est proche de celle des centres de santé.
- Favoriser l'éducation sanitaire, les actions préventives ;
- Promouvoir le travail en équipe pluridisciplinaire, médicale et médico-sociale ;
- Contribuer à une prise en charge globale de la personne ;
- Susciter la participation des usagers à l'élaboration du projet sanitaire du centre et leur implication dans la prise en charge de leur santé ;
- Organiser la permanence et la continuité des soins et promouvoir le rôle pivot de la médecine générale.
- Favoriser le développement de nouvelles modalités d'organisation et de coordination des soins en développant le partenariat avec les autres acteurs du système de santé et l'intégration des centres dans les réseaux ;
- Participer à la régulation globale de l'offre de soins sur des bases qui tiennent compte des besoins de santé et des priorités de santé publique ;
- Mettre en place une démarche d'évaluation de leurs pratiques organisationnelles.

2) La reconnaissance des centres de santé comme structures sanitaires ambulatoires à part entière.

Elle s'est opérée au travers de différentes mesures législatives et réglementaires promulguées au cours des quatre dernières années.

L'essentiel a été apporté par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 qui a permis :

- de reconnaître l'existence et les missions des centres dans le Code de la santé publique, en faisant ainsi un élément constitutif du système de santé ambulatoire ;
- d'organiser, selon le droit commun, leurs relations avec les caisses d'assurance maladie, en définissant le contenu d'un accord national négocié entre les caisses et les centres ;

D'autres mesures sont venues compléter ce dispositif :

- l'extension du champ de l'accord national en 2001
- la création d'une instance nationale dont l'objet est de permettre une concertation sur toutes les dispositions réglementaires qui peuvent concerner les centres de santé, ainsi qu'une réflexion sur les projets innovants sanitaires et sociaux qu'ils pourraient mettre en œuvre ;
- la possibilité pour les centres de santé de bénéficier des crédits du FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville) ;

- l'inscription des centres de santé dans les réseaux permettant le financement des actions qu'ils mènent dans ce cadre ;
- la possibilité pour les centres qui ne possèdent pas de laboratoire intégré de transmettre les analyses biologiques à des laboratoires privés.

3) Les problèmes auxquels les centres sont confrontés

Ils n'ont rien d'originaux. Le système hospitalier et la médecine libérale doivent également y faire face.

➤ L'évolution du système sanitaire :

1. Une médecine de plus en plus technique et spécialisée, qui induit le recours à des plateaux techniques sophistiqués et coûteux que la plupart des centres ne peuvent plus se permettre d'acquérir.
2. Les difficultés croissantes rencontrées dans la prise en charge des urgences, tant au niveau de l'hôpital que dans le cadre de la médecine de ville, qui conduisent les pouvoirs publics et les professionnels de santé à promouvoir la création de structures dédiées à la prise en charge des urgences ambulatoires ;
3. Le développement des pathologies chroniques dont la prise en charge nécessite un travail pluridisciplinaire de coordination des soins dont la rémunération est antinomique avec le paiement à l'acte ;
4. La crise de la démographie des professionnels de santé et spécialement des médecins.

Elle contribue à favoriser, avec d'autres facteurs comme la dévalorisation des professions de santé (médecins et infirmières notamment) et la tendance techniciste croissante de la médecine, une diminution de la prise en compte de la dimension sociale de leur exercice chez une part croissante des professionnels et le développement d'attitudes corporatistes.

A terme assez proche, cette crise risque de détourner un grand nombre de professionnels, notamment les médecins spécialistes, de l'exercice en centre de santé ;

Manque de moyens financiers, manque de praticiens, promotion de structures libérales pluridisciplinaires, on mesure combien cette situation est dangereuse pour les centres de santé.

On ne peut envisager qu'elle soit sans conséquence sur l'évolution des centres de santé qui seront sans doute amenés à reconsidérer leur fonctionnement dans les années à venir.

Si des dispositions spécifiques ne sont pas prises en leur faveur, elle pourrait conduire à la disparition de nombreuses structures.

Cette issue serait paradoxale lorsqu'on sait que la situation que nous venons de décrire a conduit bon nombre de personnalités et d'organisations du monde de la santé, à proposer la création de structures, présentées comme novatrices, qui empruntent sans jamais les citer bon nombre de leurs caractéristiques essentielles aux centres de santé.

Il faut enfin ajouter que l'idée de spécialiser les centres de santé dans les soins aux plus démunis est toujours vivante et prête à ressortir dès que la situation y est favorable.

C'est un danger que nous ne devons pas perdre de vue dans un contexte où la situation sociale des couches les plus en difficulté de la population risque de s'aggraver.

➤ Le contexte propre aux centres de santé municipaux :

1. Les difficultés financières croissantes des communes les conduisent à s'interroger sur la légitimité de leur implication dans la distribution des soins ;

2. Le développement de l'intercommunalité amène à poser dans un autre contexte les modalités de réponse aux besoins sanitaires de la population et peut contribuer à enclencher une réflexion sur le développement des partenariats.
3. L'inadaptation du statut de la fonction publique territoriale, tant en ce qui concerne certains cadres d'emplois comme celui des rééducateurs territoriaux, qui interdit pratiquement le recrutement de ces personnels, qu'en ce qui concerne le statut des praticiens (médecins et dentistes) qui ne peuvent actuellement bénéficier de contrats à durée indéterminée.
4. La contradiction entre la rémunération à l'acte de l'activité des centres de santé municipaux et la rémunération à la fonction de leurs personnels.
5. Face à cet ensemble de difficultés, il convient de mettre en balance le développement de la prise en compte, tant par les populations que par les décideurs politiques, de la pertinence de l'échelon local en matière de santé (connaissance fine des besoins, mise en oeuvre de la démocratie sanitaire). Ceci pourrait conduire à investir officiellement les communes de nouvelles missions et à les doter de moyens nouveaux.

QUELS PROJETS ET QUELS MOYENS POUR LES CENTRES DE SANTE MUNICIPAUX ?

- **Assurément, le projet fondateur des centres de santé reste pleinement d'actualité.**
 Nous venons de voir que d'autres s'en inspirent, plus pour ce qui concerne leur mode d'organisation que pour la philosophie qui les sous-tend (les structures médicales pluridisciplinaires étant davantage proposées comme réponse aux besoins des professionnels de santé qu'à ceux de la population).
 L'auto-satisfaction n'est pourtant pas à l'ordre du jour. Il convient d'être attentif à l'évolution des progrès médicaux, de la protection sociale, des attentes et des besoins des populations et de proposer les mutations nécessaires de nos structures.
- **La volonté d'accueillir des catégories de patients en grande difficulté au plan social et/ou médical,** dans des structures qui se veulent ouvertes à l'ensemble de la population, nécessite une actualisation de la façon de concevoir l'accueil médico-social notamment en développant les partenariats et le travail en réseau.
- **La question des moyens alloués à la réalisation de ce projet est posée.**
 L'idée que le paiement à l'acte est inadapté pour rémunérer un certain nombre de fonctions peut-elle être poussée jusqu'au bout de sa logique (suppression du paiement à l'acte y compris pour les soins) ?
 Ceci pourrait conduire à l'instauration d'un budget global pour les centres. Cette idée n'est actuellement pas majoritaire dans le milieu des centres de santé, y compris dans le cercle restreint des centres de santé municipaux.
 Il nous semble cependant qu'elle mérite d'être discutée, notamment pour les centres municipaux que l'on pourrait investir d'une mission de service public au niveau national, en dotant leurs personnels, y compris médicaux d'un statut moderne et attractif.
 Une telle évolution nécessiterait une réflexion sur l'articulation missions nationales – missions communales et sur une évolution du statut des centres de santé municipaux.
 Sans aller jusque-là pour le moment, il faut dès à présent considérer que le travail en équipe pluridisciplinaire, qui existe dans les centres de santé et qu'il conviendrait de développer, a un coût supérieur à la somme des coûts des exercices individuels, tant en matière de frais de structure (gestion des personnels, planifications diverses) qu'en terme de coordination purement médicale.

De même, il faut prendre en compte le coût de l'accueil médico-social.

Qui doit prendre en charge ces surcoûts structurels et sociaux ? L'assurance maladie, qui souhaite se cantonner dans un strict rôle d'offreur de soins et réfute toute responsabilité en matière d'accès aux soins ? L'Etat ? Les collectivités locales ?

La réponse à ces questions est urgente et conditionne l'avenir proche des centres.

- **Des communes qui ne gèrent pas de centres de santé** (mais peut-être également celles qui en gèrent) **peuvent être sollicitées pour financer des maisons médicales**
Leur l'objectif est de favoriser le regroupement de professionnels libéraux et qui entendent le rester. Dans ces conditions comment penser la création de telles structures et éventuellement peser pour en infléchir les objectifs ?
- **La nécessité de raisonner en termes de bassin de vie**, d'agglomération, de coopération entre les centres de santé, entre les centres de santé et les autres structures publiques, voire entre les centres de santé et des structures privées (établissements de santé privés ou cabinets libéraux) nous semble devoir se développer dans les années qui viennent.
- **Cette réflexion doit s'articuler avec une réflexion sur le niveau d'intervention des centres dans la problématique de l'accès aux soins.**
Doivent ils être des structures de premiers recours, dispensant des soins de santé primaires ou doivent-ils (et pourront-ils) constituer des structures intermédiaires entre les praticiens isolés et l'hôpital ?
- **Le développement de l'intervention des communes dans les questions de santé publique** nécessite une réflexion sur la répartition des compétences et des missions entre les services municipaux concernés.
Le temps où l'existence d'un centre de santé municipal, investi de toutes les missions sanitaires décidées par la commune, résumait l'action communale en matière de santé nous semble révolu. Il faut maintenant articuler les interventions des services de santé municipaux : Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS) avec celles des centres de santé.
- **De la même façon, il nous semble nécessaire de réfléchir aux possibilités qu'ont les communes à continuer à gérer seules des centres de santé.**
D'autres acteurs du mouvement des centres de santé, principalement les mutuelles, posent fortement cette question et développent l'idée d'une gestion partenariale, notamment avec les collectivités territoriales.
N'est-il pas temps que les municipalités s'emparent de cette problématique ?
- Qu'il s'agisse de l'établissement de coopération sanitaire ou de partage de responsabilité de gestion, **il faut garder à l'esprit que les communes ont une mission de prise en charge globale de la population, prenant en compte la diversité de ses composantes.**
Le centre de santé participe à cette mission au même titre que les autres services municipaux.
Cette finalité ne doit pas être perdue de vue et doit constituer un des éléments structurants des solutions qui seront retenues pour répondre aux différentes questions que nous venons d'aborder.