

CENTRES, MAISONS ET POLES DE SANTE
Compte rendus des ateliers de Decazeville - samedi 12 novembre 2011

Quelques notes rapides, forcément partielles et subjectives.
Nous nous excusons pour les oublis éventuels.

Exposé d'Evelyne VANDEREN

Ces dispositifs sont décrits dans la loi « Hôpital, santé, patient et territoire » (juillet 2009), le rapport de la mission HUBERT (octobre 2010), et la loi Fourcade (2011).

La politique sanitaire actuelle est orientée vers :

- le maintien des centres de santé existants,
- le développement des maisons de santé et des pôles (maisons de santé exerçant leurs activités sur plusieurs sites), pouvant prendre la forme d'associations ou de sociétés inter-professionnelles de soins ambulatoires.

Dans ce but des aides sont prévues. Elles peuvent être abondées par :

- à hauteur de 50 000 euros par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins pour les études préalables, l'ingénierie et le fonctionnement,
- par la dotation globale d'équipement, la dotation de développement rural ou le fonds national d'aménagement et de développement du territoire et par crédits directs de l'Etat pourra jusqu'à 25 % du coût du projet voire 35 % dans les territoires prioritaires identifiés par le schéma régional d'organisation des soins ou dans les zones de revitalisation rurale pour l'investissement,
- par les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé prévues par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 pour le fonctionnement.

L'objectif affiché est :

- de lutter contre la désertification médicale,
- d'offrir une alternative à l'isolement des généralistes,
- de maintenir une offre de soins ambulatoire dans chaque bassin de population,
- de répondre aux aspirations des jeunes médecins.

Les centres de santé ont une origine antérieure à ces deux lois, avec quelques étapes marquantes :

1916 – instauration des dispensaires, chargés de la santé publique, de l'hygiène et des vaccinations et ouverts à tous,

1930 – réglementation de leur financement

1946 – reconnaissance de leur existence officielle dans la loi de création de la Sécurité Sociale,

1985 – alignement du tarif de leurs prestations sur la médecine générale.

Structures de proximité, les centres de santé dispensent des soins de premier recours sans hébergement, mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales. Créés et gérés par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales, des établissements de santé publics ou d'intérêt collectif, ils élaborent un projet de santé incluant l'accessibilité sociale, la coordination des soins des actions de santé publique. Ce projet de soins est soumis à l'Agence régionale de Santé et inclus dans le projet régional de santé (PRS)

Ils pratiquent le tiers payant. Leur personnel, y compris médical, est salarié.

Le rapport ACKER (2007) dénombrait 1 460 centres de santé médicaux, 2.260 centres de santé polyvalents, 3.510 centres de santé dentaires, 4.520 centres de soins infirmiers. Ces centres sont municipaux, associatifs ou mutualistes.

Exposé de Didier MENARD

On constate simultanément aujourd'hui de grandes disparités de répartition des médecins libéraux, la perspective d'une proportion importante de départs à la retraite dans les 5 ou 10 prochaines années, et un taux de renouvellement de la profession insuffisant pour combler ces départs.

Cette « crise » de la médecine libérale résulte de plusieurs causes :

La profession de généraliste est dévalorisée au niveau de son image, de ses conditions de travail et de son mode de rémunération. Ses conditions d'exercice, rendues plus difficiles du fait de l'évolution des pathologies, ne correspondent plus aux aspirations des jeunes médecins qui recherchent des postes et un environnement compatibles à une vie familiale et sociale et sont de plus en plus nombreux à préférer le salariat.

Cette situation remet en cause les principes fondamentaux de la loi de 1927 définissant la médecine libérale :

- La liberté de prescription se heurte à la multiplication des protocoles et des normes,
- La liberté d'installation est remise en cause au nom du droit à l'égalité d'accès aux soins,
- L'exercice individuel répond de plus en plus difficilement à la complexité des pathologies.

A l'inverse, l'exercice collectif permet :

- de replacer le patient comme acteur participant à son traitement, qui apporte sa propre expertise de sa maladie et de ses réactions aux traitements,
- de mutualiser au service de sa prise en charge des informations de nature et de sources différentes et de pouvoir faire le lien entre sa pathologie et les évolutions des conditions de travail, de ressources, d'habitation, de transport,...
- d'instaurer des rapports coopératifs non hiérarchiques avec d'autres acteurs de la santé et du médico-social,
- de construire, en lien avec d'autres partenaires, un projet de santé répondant aux besoins de la population pour le territoire concerné (ex : limitation du nombre de grossesses non désirées chez les jeunes en coopération avec lycées, collèges, PMI, CCAS, collectivités)
- de répartir entre les médecins de la structure la responsabilité de l'initiative, de la mise en forme, de l'exécution et du bilan des différents volets du projet local de santé en maintenant les possibilités de coopération de tous,
- d'étendre, en fonction des besoins constatés, les missions ou activités de la structure en élargissant la palette des professions qui y sont représentées (ex : recrutement de médiatrices médico-sociales issues du territoire et formées) et les formes de coopération et d'échange (Comité habitants-usagers-citoyens), voire en s'inscrivant dans des appels à projet (création d'une université de la santé pour, sur la base d'un échange des savoirs et d'informations mutuelles, mettre en exergue les problèmes en suspens et la recherche de solutions.

Les échanges qui ont suivi ont soulevé plusieurs questions :

Les maisons de santé garantissent-elles l'accès aux soins pour tous tiers payant intégral, CMU, absence de dépassement d'honoraires ? Si non comment parvenir à la réduction des inégalités sociales ?

Quels indicateurs peuvent être retenus en matière d'inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins ? Qui est en charge de les évaluer et de diffuser les résultats ?

Les maisons de santé, contrairement à ce qui est affiché, ne sont-elles pas, dans le prolongement de la loi Bachelot, un faux moyen de combler aux yeux de la population les vides créés par les suppressions de services et de plateaux techniques hospitaliers ? N'y a-t-il pas en germe le risque de transfert de la prise en charge des urgences de l'hôpital public vers les maisons de santé avant fermeture des services d'urgences hospitaliers ?

La santé relève des compétences de l'Etat. Est-ce le rôle des collectivités locales de s'investir financièrement dans des structures libérales pour pallier les carences constatées ? Si financements publics, comment obtenir la garantie d'égalité d'accès aux soins (alors qu'elle ne figure pas dans le cahier des charges national) ?

Quelle place la maison de santé accorde-t-elle aux élus et aux usagers dans l'élaboration du projet de santé ? Quels comptes rend-elle au territoire de son application ?

Notes rédigées le 18/11/2011