

Les centres de santé permettent l'accès aux soins de tous



Les centres de santé, infirmiers, médicaux ou dentaires, sont une formule d'avenir, du fait du travail en équipe que pratiquent leurs professionnels, des tarifs modérés qui sont les leurs. Leur mobilisation au long cours commence à payer : ils ont été reconnus par la loi HPST, même si l'accord en discussion avec la Cnamts n'a pas abouti. Reste cependant à transformer l'essai.

Les centres de santé, formule d'avenir

Les centres de santé disposent d'atouts certains et le modèle qu'ils proposent devrait inspirer les réformes. Mais leur pleine reconnaissance tarde.

Les centres de santé sont, aujourd'hui, enveloppés d'un épais silence. Quand les médias, les politiques parlent soins, c'est l'hôpital (public), les médecins, qui occupent le devant de la scène : les centres de santé n'existent guère sur la scène publique.

Et pourtant... On en dénombre, en 2009, environ 1 500, répartis en trois sous-groupes : les centres de soins infirmiers (CSI, entre 5 et 600), où exercent des infirmières qui accomplissent à domicile des actes techniques (piqûres, chimiothérapie...)¹; les centres médicaux, fréquemment dotés d'un plateau technique et où travaillent des généralistes, souvent les principaux spécialistes (gynécologie, ophtalmologie, cardiologie...); et les centres dentaires (environ 600), en majorité gérés par la Mutualité, qui se développent - actuellement, une trentaine ouvriraient chaque année. Implantés pour les CSI en milieu rural, et pour les autres, plutôt en zone urbaine, les centres de santé ont été créés par des municipalités, des mutuelles, des associations ou des congrégations.

Bien que ne « pesant » qu'1 % des dépenses de soins - une paille, par rapport à l'hôpital ou à la médecine libérale - ces centres représentent une voie originale dans l'offre globale de soins. D'abord parce qu'ils sont accessibles aux publics concernés par la précarité des ressources. Les centres sont en général situés soit dans les zones urbaines sensibles, soit pour les CSI, dans les régions déshéritées ou incluant des poches de pauvreté, comme le Nord-Pas-de-Calais, la Bretagne, Champagne-Ardenne. Par

contre, on ne trouve pas de CSI sur le pourtour méditerranéen, où *a contrario* ont afflué les infirmières libérales...

Pas de dépassements d'honoraires

Ils pratiquent aussi, obligatoirement, le tiers payant, pour la part remboursée par l'Assurance maladie et pour celle prise en charge par les mutuelles, quand un accord a pu être passé avec elles (cas le plus fréquent). Surtout, les tarifs des consultations médicales, par les généralistes ou les spécialistes, sont ceux de la Sécurité sociale, soit 22 ou 25 € : en centre de santé, pas de dépassements. Et si, pour les prothèses dentaires, ceux-ci sont autorisés, « les prix moyens, note Dominique Acker, dans un rapport pour le ministère de 2007 sur les centres de santé², restent inférieurs à ceux des soins de ville ».

C'est là un « avantage comparatif » majeur, pour les gens à revenus modestes, « dans un contexte global, pointe Cécile Chartreau, conseillère technique à l'Uniposs, qui se tend : comme l'a relevé un rapport IGAS de 2007, les dépassements d'honoraires, ont doublé en 15 ans et comptaient cette année-là, pour 2 milliards d'€. Ils sont surtout le fait des médecins ayant choisi le secteur 2, à dépassements autorisés, qui est en expansion ».

Aussi les titulaires de la CMU sont-ils nombreux à fréquenter les centres : environ 10 % des patients soignés par les CSI et jusqu'à 20, voire 30 % des personnes reçues dans les centres médicaux sont des CMUistes. Ceux-ci sont

aussi, avec l'hôpital, les seules structures de soins ouvertes aux titulaires de l'Aide médicale État, nombreux en Région parisienne. Cela dit, signale David Hourri, président de la Fédération nationale des centres de santé, les centres voient de plus en plus arriver chez eux des gens intégrés dans la société, occupant un emploi stable, mais aux revenus modestes et qui ne peuvent se payer une consultation à 80 €, ni avancer son montant. En ce sens, dit-il, « l'image des centres de santé, lieu d'une médecine pour pauvres, est réductrice ».

Les secrétaires, rompues à l'accès aux droits

Autre atout, réel et effectif, des centres, l'accompagnement social. Le personnel, à l'accueil, rompu aux subtilités de l'accès aux droits, est à l'aise pour débrouiller une situation administrative complexe, appuyer les démarches d'AME, éviter au patient d'en être de sa poche, même quand la carte Vitale est absente. De leur côté, relate Aurore Rochette, déléguée santé de la Fédération À Domicile, « les infirmières aident les personnes âgées à remplir les documents administratifs, les informe sur leurs droits à l'Apa, sur les franchises médicales, tout en donnant des conseils d'éducation à la santé ».

Les centres sont aussi connus pour une spécificité assez remarquable, l'exercice coordonné. En CSI, ce mode de travail se traduit, en interne, par des réunions entre infirmières, un cahier de liaison, qui permettent de faire le point >>>

>>> sur les soins effectués et de transmettre des informations sur l'état du patient (« ce matin, Mme X est tombée »). Avec l'extérieur, note Aurore Rochette, « les infirmières établissent des relations : avec le médecin traitant, l'HAD, l'auxiliaire de vie sociale, l'assistante sociale, en particulier lors de la sortie d'hôpital de gens âgés : dans le schéma souhaitable, l'hôpital prend contact avec le CSI et une infirmière évalue les soins à prodiguer ». L'objectif est d'organiser « une complémentarité globale autour de la personne » - par exemple, le CSI demande un coup de main à l'aide à domicile pour manipuler une personne obèse ou appelle le médecin, si les médicaments vont manquer. Dans les centres médicaux, le « plus » de la structure, indique Laurent Eveillard, de la Mutualité française et président de la Section Professionnelle de la CPN³, c'est déjà l'unité de lieu : si le médecin a un doute sur un diagnostic, il peut envoyer sur le champ le patient faire une radio; les spécialistes, le laboratoire, sont sur place, à disposition. C'est ensuite le dossier médical unique, où chaque intervenant inscrit son diagnostic, les examens faits; on évite ainsi la redondance de radios, d'analyses, qui plombe les comptes de la Cnam. D'une

façon générale, les professionnels des centres paraissent habitués à travailler en équipe - ce à quoi la proximité les incite - soit de façon informelle, par échanges rapides au quotidien, soit sur un mode organisé, via des réunions de synthèse.

Une médecine plus efficiente ?

Hors le travail d'équipe, l'exercice en centre de santé, pour David Hourri, est intéressant en ce que le médecin n'a pas pour souci son intérêt particulier. « La pratique en libéral doit permettre au médecin de satisfaire son niveau de vie; pour le maintenir, il a tendance à faire davantage d'actes ». Rien de tel dans les centres, d'où des durées de consultation plus longues, ce que confirme le rapport Acker. En outre, selon diverses études, le mode d'exercice des centres colle aux aspirations des jeunes générations de praticiens, notamment des femmes, en nombre croissant : celles-ci sont attirées par le travail en équipe et ses échanges, des horaires moins lourds qu'en libéral, la décharge des tâches administratives. La médecine des centres paraît aussi plus efficiente. Selon une étude de la

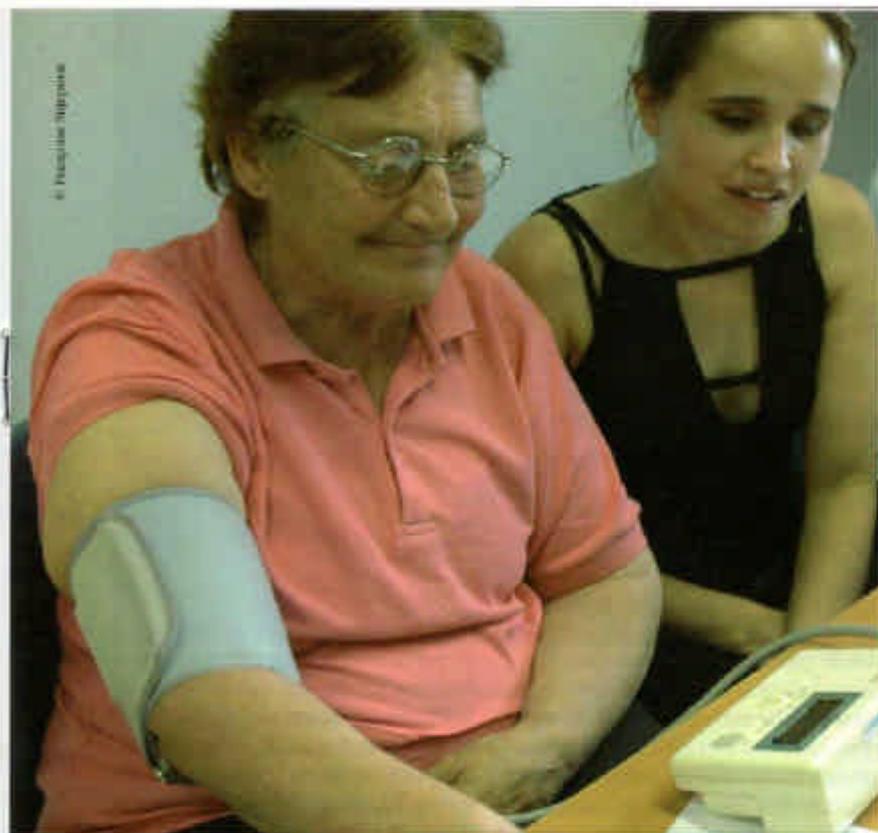
CPAM de Seine-St-Denis, citée par David Hourri, les dépenses de soins en médecine de ville s'étaient accrues de 30 % en 6 ans, alors que celles des centres restaient constantes. Une étude similaire menée dans l'Aveyron montre qu'un patient traité en CSI coûte 42 % moins cher qu'un patient traité par une infirmière libérale⁴.

Devant un tel palmarès - même s'il faut sans doute le nuancer ça et là - on pourrait croire que les centres de santé sont regardés par les pouvoirs publics, l'Assurance maladie, comme une formule d'avenir, dont il faut protéger et appuyer le développement. Mais la situation est loin d'être aussi idyllique. Les centres ont le plus souvent été considérés par les ministres comme quantité négligeable, alors que ces mêmes ministres prônent la coordination et un modèle finalement inspiré de celui des centres - les fameuses maisons de santé. Mais celles-ci rassemblent des professionnels libéraux ! Cette non reconnaissance fait réagir Aurore Rochette : « Nous sommes baladés, comme une patate chaude, du ministère à l'Assurance maladie ». De fait, les avancées successives n'ont été obtenues qu'au prix d'une forte mobilisation des représentants des ges-

Les centres à prendre



Un avantage clé, pour les gens à revenus modestes : en centres de santé, les tarifs sont ceux de la "Sécu".



Les centres de santé montent souvent des actions de prévention : ici, on apprend à prendre sa tension, dans un Centre de Soins Infirmiers.

tionnaires de centres, regroupés au sein du RNOGCS⁵ : reconnaissance dans le code de la santé publique en 1991, accord national avec l'Assurance maladie fin 2002. En outre, faute de réelle volonté politique de la Cnamts, cet accord n'est toujours pas actualisé (cf. art. p. 20). Sans doute faut-il mettre cette passivité sur le compte de la prudence : si la Cnamts accorde des financements aux centres, comme le forfait de coordination infirmier, les libéraux vont revendiquer l'équivalent, risque que la Caisse préfère ne pas courir.

Du temps de travail non payé

Ces blocages, très idéologiques - les centres sont taxés de « médecine salariée bureaucratique » et leurs médecins, de « fonctionnaires » - sont dommageables, car ils font écran et empêchent de s'attaquer aux problèmes des centres, bien réels.

Dans les CSI, l'accord signé en 2002 dans l'aide à domicile, que les CSI ont

dû ratifier sous peine de voir leurs salariées s'évader vers l'hôpital, prévoyait une hausse du salaire infirmier de 34 % sur 3 ans ; or, durant 5 ans, aucune hausse du tarif des soins infirmiers n'est intervenue. D'où un redoutable effet de ciseau, qui explique pour partie l'hécatombe survenue dans le secteur : de 1 081 CSI en 1998, on est passé à 566 en 2005.

Ensuite, les CSI sont financés à l'acte et ces actes infirmiers sont sous-rémunérés. Le tarif est dégressif : quand plusieurs soins sont prescrits, qui doivent être dispensés à la suite, l'acte le plus lourd est pris en charge à 100 % par la CPAM, le second à 50 % et le 3^e est... gratuit. Or les CSI suivent des patients de plus en plus âgés et dépendants, qui impliquent une charge plus lourde et de plus en plus d'actes en série. Tertio, les CSI soignent des patients Alzheimer, qui peuvent manifester des refus de soins et qu'il faut convaincre, ce qui peut nécessiter 20 minutes. Ils interviennent auprès de personnes désocialisées, dans les quartiers sensibles, qui ne veulent pas ouvrir leur

porte, dont il faut régler les problèmes de papiers. Tout ce temps n'est pas décompté par l'Assurance maladie ; le profil des patients n'est pas pris en considération.

Dans les centres médicaux, le financement à l'acte fait aussi problème. Les frais de structures, souligne le rapport Acker, sont mal compensés : le fonctionnement implique des salles de réunion, les centres sont tenus à prévoir l'accueil de personnes handicapées (ascenseurs...); une logistique informatique s'impose, pour la prise rendez-vous multiples, le dossier médical partagé. L'accueil social, les fonctions support (comptabilité) réclament du personnel - sur les 5 centres de Grenoble, 18 % des effectifs⁶.

Au-delà, la pratique du tiers payant est coûteuse : le traitement des feuilles de maladie est estimé de 2 à 3 € par feuille ; et environ 5 % des créances ne sont jamais recouvertes, car les patients font défaut, les rouges de la « Sécu » se bloquent... Au final, les centres adossés à une ville, une mutuelle, une fondation, s'en sortent, *via* une subvention d'équilibre. Les autres, en particulier les CSI, sont en équilibre instable. Derrière ces questions de financement, il y a bien sûr la reconnaissance par les autorités de contrôle. Suite à la mobilisation du RNOGCS, lors du vote de la loi HPST (cf. article p. 20), le ministère a donné des signes d'ouverture. À voir s'ils se concrétiseront, sur le long terme... ■

Bernard BouDET

1. Voir article p. 24.
2. Rapport sur les centres de santé, juin 2007, par Dominique Acker.
3. Section réunissant les représentants des gestionnaires de centres au sein de la Commission Paritaire des Centres de santé qui se réunit dans le cadre de l'accord national.
4. Rapport sur la situation financière des centres de soins infirmiers, novembre 2006, IGAS.
5. Regroupement national des organismes gestionnaires de centres de santé.
6. Apport Acker, p. 31.

La CNAM tergiverse, la loi ouvre des portes

Les représentants des gestionnaires de centres de santé mènent une négociation difficile avec l'Assurance maladie pour aboutir à des progrès substantiels ; par ailleurs, ils ont obtenu quelques avancées, dans le cadre du projet de loi HPST. Par Cécile Chartreau, conseillère technique santé à l'UNIOPSS.

L'accord national signé en 2002 entre les Caisses d'Assurance maladie et les gestionnaires des centres de santé, regroupés au sein du RNOGCS¹, est parvenu à échéance en avril 2008. Destiné à régir les rapports entre les caisses et les centres de santé, il était entré en vigueur en avril 2003 pour 5 ans.

Dès le début de l'année 2007, les représentants des centres ont commencé les négociations pour renouveler cet accord. Pour eux, l'objectif était de le rénover : le paysage dans lequel s'inscrivent les centres ayant, depuis 2002, nettement évolué, une mise à jour de ses dispositions s'imposait. Il s'agissait notamment de revaloriser les différents forfaits prévus par le dispositif conventionnel (pour l'informatisation, pour la coordination des soins...) et de parvenir à une reconnaissance de la pratique effective des centres de santé. Ainsi, les centres doivent bénéficier du forfait ALD (40 € versés par patient suivi pour une affection longue durée) déjà consenti aux libéraux, du dispositif d'aide à l'installation et au maintien des professionnels dans les zones sous dotées en offre de soins; de même, les coûts spécifiques liés au tiers payant doivent être reconnus. Le RNOGCS souhaitait aussi que l'engagement du centre dans une démarche d'évaluation soit pris en compte dans le nouvel accord. Pour les centres de soins infirmiers, compte tenu de la réalité de la coordination effectuée et de l'augmentation du coût du travail, c'était

essentiellement la revalorisation de l'option de coordination qui était visée.

L'Assurance maladie, quant à elle, cherchait avant tout à déployer des indicateurs médico-économiques propres aux centres de santé (nombre de patients suivis, nombre de patients en ALD, de diabétiques, prescription des antibiotiques...), pour satisfaire sa politique de recherche d'efficience.

L'accord national reconduit

Comme les négociations ont pris un retard considérable, l'accord national a finalement été reconduit en l'état pour cinq ans, un arrêté du 11 juillet 2008 officialisant cette reconduction. Le texte conventionnel d'avril 2002 s'applique donc toujours, avec son socle et ses options. L'engagement du centre reste à deux niveaux : il peut simplement adhérer à l'accord, « au socle », ou bien pousser son engagement plus loin en adhérant aux options de coordination des soins. À ce jour, l'engagement dans l'accord hors option permet au centre de bénéficier d'aides à la télétransmission, moyennant le respect d'un taux minimal d'actes télétransmis en mode sésame Vitale (avec la carte, pas de feuille papier); depuis 2007, le centre peut aussi faire participer ses professionnels à des actions de formation continue. Par contre, le dispositif qui prévoyait initialement un soutien

financier spécifique aux actions locales de prévention et d'éducation à la santé des centres de santé s'est éteint en 2005 : les groupements régionaux de santé publique étant devenus les seuls émetteurs d'appels à projet pour les actions de santé publique, celles-ci ont réintégré le droit commun. Les centres de santé, dès lors qu'ils optent, doivent néanmoins s'engager à participer à de telles actions.

L'option de coordination des soins formalisée comporte une rémunération spécifique (un forfait coordination), versée en contrepartie d'obligations. En ce qui concerne les centres de soins infirmiers (CSI) qui se sont massivement engagés dans l'option (75 % d'entre eux ont opté), ils doivent formaliser leur coordination des soins interne et externe (utilisation d'un dossier patient, d'un cahier de transmission au niveau interne, de la fiche de liaison en cas de transfert de la personne soignée vers une autre structure, organisation de réunions de coordination entre infirmières et avec les autres professionnels...). Par ailleurs, il est prévu qu'ils participent aux actions de formation organisées dans le cadre de l'accord.

L'inertie de l'Assurance maladie

Pour la suite, par rapport à cet accord, un changement de méthode a été convenu entre l'Assurance maladie et



les représentants des centres. Confronté à l'inertie de l'Assurance maladie au cours des négociations, contre laquelle il s'est maintes fois élevé - plusieurs propositions lui ont été remises, sans réponse aucune - le RNOGCS a pris acte fin 2008 de la volonté manifeste de la CNAMTS de ne pas s'engager dans un nouvel accord. Il a dès lors exigé de travailler non plus à un nouvel accord, ce qui manifestement était impossible, mais sous forme d'avenants à l'accord reconduit, avec en priorité :

- la revalorisation du forfait de coordination pour les CSI. L'option CSI serait à ce titre toilettée.
- l'application aux centres de l'ensemble des dispositifs tarifaires prévus par les conventions nationales avec les professionnels de santé libéraux, en particulier le forfait ALD.

Un avenant devrait également prévoir la nouvelle composition des instances liées à l'accord, qu'il s'agisse de la commission paritaire nationale ou des commissions régionales et départementales. En effet, les organisations reconnues représentatives pour signer l'accord national et donc participer aux commissions paritaires ont évolué : entrée du régime minier, de la C3SL, sortie de l'Uniopss, qui reste mobilisée pour les centres de santé mais repositionne son action. Elle cède la place aux autres organisations, adhérents nationaux de l'Uniopss et s'investira dans les autres lieux de représentation des centres au sein des Agences

régionales de santé, qui devraient également mobiliser les énergies.

Une nouvelle fois, la balle est dans le camp de l'assurance maladie, dont on attend les réponses sur ces points...

Loi HPST : une mobilisation payante ?

Sur le projet de loi HPST, la mobilisation a davantage payé. Le débat à l'Assemblée autour des centres de santé a en effet été très nourri, avec quelques amendements au texte, mais ce sont surtout les sénateurs qui ont modifié le projet de loi et satisfait certaines propositions d'amendements, portées notamment par l'Uniopss.

À ce stade de son adoption, que prévoit le projet, de déterminant pour les centres de santé ?

Tout d'abord, la faculté pour les établissements de santé (les hôpitaux) d'en créer ou d'en gérer directement, ce qui était exclu jusqu'ici : les centres étaient créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, (associations, mutuelles...), soit par des collectivités

territoriales. Désormais ils pourront être gérés par les hôpitaux publics et privés non lucratifs... *A priori*, les cliniques seraient écartées, le centre de santé ayant par essence un objet non lucratif (il pratique les tarifs de la Sécurité sociale, privilégie l'accès aux soins de tous). Cette nouvelle opportunité pourrait redynamiser le concept, mais le réinterroge également. Il ne faudrait pas en effet que le centre, devenu une « annexe » de l'établissement de santé, perde de vue sa mission. Pour tenter de pallier ce risque, il est prévu que le projet de santé (que les centres seront désormais tenus d'élaborer) devra être distinct du projet d'établissement ; il devra inclure des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

Ensuite, le projet, en l'état, prévoit le remplacement de la procédure d'agrément avec prescriptions techniques, par une inscription dans le Schéma régional de l'organisation des soins ambulatoires. C'est là une nouveauté importante : elle témoigne d'une tentative de planifier l'offre pour les soins dits de ville, détermine les besoins en implantation, mais n'est pas opposable aux profes >>>

*L. Regroupement National des Organisations Gestionnaires de Centres de Santé :
 A Domicile Fédération, Comité National de Liaison des Centres de Santé (CNLCS),
 C3SL, Croix Rouge Française, Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF),
 Fédération des Mutuelles de France (FMF), Religieuses en Profession de santé (Repsa),
 Unadimr, Uniopss, Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les Mines*

>>> sionnels des centres, des maisons médicales ou des pôles de santé. Elle assure en outre le respect de conditions techniques de fonctionnement qui seront précisées par décret. Les centres de santé sont expressément cités parmi l'offre de soins de premier recours que définit le projet de loi (offre de soins de proximité au maillage resserré). Concrètement cela signifie pour les centres un réel changement de logique : alors qu'auparavant leur création était simplement soumise à une visite de conformité qui visait entre autres le respect de prescriptions techniques, devenues avec le temps largement obsolètes, désormais la demande d'autorisation ferait l'objet d'une étude du dossier préalable. Celle-ci impliquerait de respecter les conditions de fonctionnement (en général, définition d'un plateau technique et d'un organigramme minimal, mais tout sera défini par décret) et de s'inscrire dans l'offre de soins environnante, en justifiant le projet par rapport à cette offre. Une cer-

taine planification de l'implantation des centres paraît ainsi émerger.

En outre, comme les services d'HAD, ils pourront être lieu de stage pour les internes et pratiquer les IVG par voie médicamenteuse. Et comme pour toutes les autres structures de santé, le versement de subventions serait conditionné à la conclusion d'un CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) avec l'ARS.

Des aides aux centres, dans les territoires sous-dotés

Le projet de loi prévoit en outre que les centres feront partie des destinataires des mesures prises pour une meilleure répartition géographique de l'offre de soins. Concrètement, il s'agit d'aides à l'installation et au maintien des centres dans les territoires sous-dotés, aides que l'accord national devra définir. Ils

pourraient également bénéficier de financements du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins. Là aussi, l'articulation avec l'accord devra être trouvée.

Au final, c'est sur le versant de la concertation que le projet de loi est en retrait et que les propositions d'amendements des gestionnaires n'ont pas abouti. Ainsi, au niveau national, l'instance nationale de concertation est condamnée par le projet, dans son état actuel, avant même d'avoir vu le jour; tandis qu'au niveau régional, les centres de santé n'auront pas la même latitude que les professionnels de santé libéraux pour négocier avec l'ARS.

La loi publiée, la balle sera dans le camp des centres : leurs représentants vont devoir se mobiliser pour tenter de peser sur les textes d'application; quant aux centres, leur tâche va être d'investir ce nouveau cadre d'exercice. ■



La mobilisation de la rue a contribué à faire évoluer la loi HPST.

Dans les centres de soins infirmiers des Pays de Loire

La qualité améliore le travail

En Pays de Loire, une démarche qualité est en cours dans les centres de soins infirmiers. Très participative, elle apporte une remise en ordre bénéfique, voire nécessaire.

« J'ai travaillé 12 ans en libéral, dit Séverine Monsimert, aujourd'hui directrice d'un CSI dans le Nord Segréen, je peux en parler. Pour s'installer, il faut acheter une clientèle; j'étais associée avec une collègue, il a fallu acheter les locaux; quand nous nous réunissions, c'était pour parler de la Société civile Immobilière, des marges financières. Bref, tout tournait autour de l'argent! »

Une posture à 1000 lieues de celle des centres de soins infirmiers (CSI) en Pays de Loire, qui, historiquement, viennent d'une autre planète. Quasiment tous issus de congrégations et à l'origine tenus par des religieuses, qui ont passé la main dans les années 1970-1980, les 50 CSI de la région -soit 300 salariées, surtout infirmières- ont peu ou prou adhéré à l'idéal de « l'auto-gestion communautaire ». Il en résultait, en pratique, une très large autonomie des infirmières, qui organisaient leurs journées à leur guise, mais n'en étaient pas moins attachées, comme les membres des CA, à l'accès aux soins de tous.

Ce qui ne va pas sans contraintes : les infirmières exercent le week-end, le centre restant en activité 7 jours sur 7. Elles pratiquent, le plus souvent à domicile, sur prescription médicale, des soins d'hygiène et des soins techniques (prise de sang, chimiothérapie, soins palliatifs...) et voient jusqu'à 30 patients par jour. Sous la pression de la hausse des salaires (+30 %!), décidée en 2003 par les partenaires sociaux de l'aide à domicile, les centres ont optimisé leurs plannings, tandis que les infirmières intégraient les impératifs de rentabilité.

C'est dans ce contexte que la plupart des CSI, en Pays de Loire, ont choisi de s'engager dans une démarche qualité. Pour ce faire, ils se sont appuyés sur le référentiel qualité élaboré par la Haute Autorité de santé, à la demande du RNOGCS, et finalisé en 2007. Convaincue que les centres avaient tout à gagner à mieux s'organiser, à mettre leur activité à plat, l'Union régionale pour l'action communautaire des centres de santé (Uracss) a « mis le paquet » pour que le projet aboutisse. « Nous avons déposé un dossier à l'Urcam des Pays de Loire, commente Ronan Elliott, responsable de l'Uracss. Comme nous avons déjà conduit avec eux deux projets, nous ne sortions pas du brouillard; nous avons obtenu 170000 € pour une opération étalée sur 2 ans ». Ce qui a permis à l'Uracss de recruter un qualificateur.

Une autoévaluation

Pour Ronan Elliott, il s'agissait avant tout « de ne pas catapultier de l'extérieur un consultant, ce qui dans ce milieu, en particulier, aurait été contre-productif; nous voulions que ça soit, eux, les centres, qui agissent, de sorte qu'ils s'approprient vraiment la démarche; nous visions une autoévaluation ». Voilà donc la mécanique lancée : deux animateurs qualité par centre, l'un salarié et l'autre, bénévole, membre du CA; formation de ces animateurs à la démarche (vocabulaire/qualité, animation d'un groupe de travail...); puis constitution de groupes de travail dans les CSI, qui dressent un état des lieux



(ce qui marche, ce qui ne va pas), à partir du référentiel élaboré par le RNOGCS et l'HAS; enfin plan d'actions.

Entre 4 et 6 séances de travail, de 2 heures ou 2 heures 30 ont donc eu lieu dans chaque CSI, les participants se penchant sur leur propre activité - le militant du CA s'interrogeait sur son travail, et les infirmières sur la gestion du centre, la GRH; et les salariées sur la

prise en charge, l'organisation des soins (accueil téléphonique, planning des « tournées », cahier de transmission...), soit tout ce qui tourne autour des soins, pas sur les soins eux-mêmes.

Qu'est-il sorti de toute cette logistique? Dans le CSI de Séverine Monsimert, qui comptait 10 infirmières et 5 secrétaires à temps partiel, les premières, qui devaient absorber une demande croissante de soins, s'essouffaient. « Nous avons supprimé un mi-temps de secrétariat, indique la directrice, ce qui a permis d'augmenter le temps infirmier. Et en plus, nous avons réparti différemment l'activité de soins : alors qu'elle était concentrée dans les tournées du matin et de la soirée (7h30/12h30 et 17h/20h), nous avons ouvert une nouvelle tournée à partir de 14 heures, pour réduire l'intensité du travail le matin ». Ce qui, en passant, a permis aux infirmières de se retrouver pour échanger.

L'accueil téléphonique réorganisé

Sur Angers même, l'Association Soins Santé, dirigée par Annie Delalande, a un siège social, mais regroupe 9 sites différents. La démarche qualité a été l'occasion de mutualiser l'accueil téléphonique : certains sites fonctionnaient avec un répondeur, dans d'autres c'était la chargée de facturation qui décrochait. Désormais un standard unique répond aux appels.

Ce même sujet a déclenché un changement culturel. « Historiquement, raconte Annie Delalande, les infirmières -autogestion oblige- gardaient la maîtrise de leur activité : le patient appelait et l'infirmière acceptait le plus souvent, et refusait -parfois-. C'était leur espace de liberté. Il y a 10 ans, l'association avait voulu revenir sur cet usage, mais elles avaient refusé. Avec la démarche, ce problème est revenu sur la table ».

Le CA, se rendant compte qu'il y avait un déficit de secrétariat, a embauché une secrétaire avec profil standardiste, ce qui, malgré tout, soulageait les infirmières qui n'avaient plus à prendre les

rendez-vous; ces dernières ont pris conscience que des « pertes en ligne » de patients se produisaient; et la nouvelle standardiste a eu l'intelligence de se situer en douceur. Autre avancée, un document de prise en charge est maintenant remis à chaque patient. Mme Delalande le réclamait depuis longtemps, en vain. « L'échange entre pairs a permis de franchir le pas, mieux que mes injonctions », note cette femme, qui sait pourtant se faire entendre.

Infirmière dans un CSI en milieu rural, Christine Mortier, quant à elle, explique que les réunions ont offert l'opportunité à chacun de s'exprimer sur les valeurs du centre : « Chacun a pu dire pourquoi il était là, ce qui reste souvent implicite ou flou ». Les bénévoles du CA ont découvert le travail des infirmières, qu'ils ne connaissaient pas ou mal. Au-delà, dans cette association où les problèmes d'organisation sont prégnants, les participants ont pu identifier les responsables, et Christine sait dorénavant à qui s'adresser, quand une demande de convention, émanant d'un Ehpad, d'un Ssiad, lui arrive. Un pas en avant non négligeable.

La qualité a aussi donné lieu à divers aménagements utiles. Une formation des infirmières à la nomenclature des actes, qu'elles connaissaient mal, d'où des sous-cotations; des délégations plus claires (qui va au Clic local, qui va au Ccas?), donc un réseau qui fonctionne; des appareils à stériliser mutualisés...

Les CSI, par ailleurs, commencent à élaborer leur projet de centre : comment travailler avec l'aide à domicile, l'HAD, l'hôpital; comment monter un partenariat avec un autre CSI, s'impliquer dans une maison médicale?

Cette démarche d'avenir est en train de se développer dans d'autres centres. En Basse Normandie, l'Uriopss l'a ainsi impulsée début 2009 dans les centres de la région, via le dispositif local d'accompagnement (DLA). À suivre... ■

Bernard Boudet



Les plannings d'interventions des infirmières ont été réorganisés.



Chacun a pu s'exprimer sur les valeurs du centre.

À Benoit Frachon (69)

Des soins de qualité

« Nous ne faisons pas de médecine au rabais! » Directeur du centre de santé Benoit Frachon (69), Michel Nauche s'insurge contre l'image négative parfois accolée aux centres de santé. Implanté dans le quartier de Haute Roche (Zone urbaine sensible), dans la commune la plus modeste de l'agglomération lyonnaise, Pierre-Bénite, le centre offre aux usagers une vaste palette de soins : médecine générale, soins dentaires, infirmiers, gynécologie, cardiologie, kinésithérapie, ophtalmologie, etc. Il draine une patientèle provenant de 60 communes avoisinantes, soit 12000 patients pour une moyenne de 42000 consultations annuelles. « Au départ, les patients arrivent chez nous pour se soigner. Puis ils reviennent pour la qualité des soins et de l'accueil. Le respect patient/praticien est réciproque, car notre rapport à la médecine n'est pas faussé par l'argent », estime Pascale Duculty, chirurgien-dentiste. En clair, elle n'a pas besoin de faire revenir les patients pour des soins qui ne s'imposent pas.

Le soin apporté à l'accueil des usagers se lit dès l'entrée : le centre, qui vient de se doter d'un ascenseur capable d'accueillir un fauteuil roulant, a creusé un chemin plat pour faciliter l'accès. « Nous réorganisons aussi l'entrée pour qu'un petit salon permette aux gens qui attendent d'être orientés, dans une meilleure confidentialité », explique le directeur. Formées pendant trois jours à la gestion des patients agressifs, les secrétaires d'accueil assurent l'accueil physique et téléphonique, la prise de rendez-vous et la facturation. Ouvert du lundi au samedi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 19h, le centre a, qui plus est, aménagé deux plages horaires pour les « urgences » sans rendez-vous en médecine générale, en début de matinée et d'après-midi.

Exercice coordonné, tiers payant, prévention : le centre de santé Benoit Frachon, à Pierre Bénite, revendique une qualité de soin qui n'a rien à envier à la pratique libérale. Reportage.



Plutôt que de consommer des médicaments, mettre son corps en mouvement... Un atelier santé ville à Benoit Frachon.

Les tarifs de la Sécurité sociale

« Notre but est de proposer des soins de proximité variés et à des tarifs accessibles, à des gens qui ont des difficultés pour se déplacer hors du quartier », expose Michel Nauche.

« Nos patients ont plus de mal à s'acquitter des dépassements d'honoraires », constate le Pascale Lambert, gynécologue. Avec des consultations de généraliste et spécialiste aux tarifs conventionnés (22 € pour les généralistes, 28 pour leurs confrères) et la pratique du tiers-payant, le centre

permet un accès aux soins que la médecine ambulatoire interdit. Une pratique d'autant plus utile que Benoit Frachon « reçoit de plus en plus de gens sans mutuelle, ou de personnes qui en ont une mais n'arrivent plus à s'acquitter du ticket modérateur : tous ces gens ne pourraient pas se soigner ailleurs. Ils viennent chez nous car ils savent que le reste à charge sera modique. Et dernièrement, nous avons aussi reçu plus de dossiers de surendettement que d'ordinaire », constate le directeur. À noter qu'en cas de surendettement déclaré, les centres de santé ne sont pas reconnus comme créanciers prioritaires – les

é pour tous

dettes des personnes donnent donc lieu à des pertes sèches.

À temps complet ou partiel, les médecins du centre lui sont aussi fidèles que la patientèle : « Je soigne 4 générations d'une même famille », s'amuse ainsi Pascale Duculty, chirurgien-dentiste, qui exerce à B. Frachon depuis 27 ans. Le turn-over du personnel est faible et ce dernier a développé des habitudes de travail particulières à la pratique de groupe polyvalent. « Dès que j'ai besoin d'un avis, je consulte la radiologue. Nous nous connaissons bien, chacun ici sait comment l'autre fonctionne. Nous ne sommes jamais seuls », illustre le Dr Lambert, qui travaille depuis 19 ans au centre. « J'ai reçu en consultation un homme souffrant d'une sclérotique suite à un accident du travail. Nous avons débarrassé le terrain en faisant une radio et je lui ai prescrit un traitement, qui ne l'a pas soulagé. Il est revenu me voir et, sachant comment travaille mon collègue rhumatologue, je l'ai orienté vers lui en prescrivant tout de suite une infiltration. Ce fonctionnement nous permet des dépistages précoces et des traitements rapides », souligne Marie-Noëlle Landot,

généraliste en poste depuis 23 ans. Pour confirmer un diagnostic, les praticiens peuvent obtenir dans l'heure une radio, un avis de spécialiste, voire un examen de labo. Ces échanges, que l'équipe ne tient pas à formaliser, permettent aux médecins de sortir de l'isolement de la pratique libérale.

Le dossier médical partagé

« Sans compter qu'infirmières et médecins s'appuient tous sur le même dossier médical partagé (sous forme papier), ce

qui évite aux usagers de répéter leur histoire à chaque consultation et prévient la répétition d'exams déjà effectués », complète Michel Nauche. Une réunion trimestrielle réunit cependant les praticiens de médecine générale d'un côté et le service dentaire de l'autre, pour faire le point sur le service. « J'ai aussi institué des groupes de travail sur des questions transversales, énumère Michel Nauche : une infirmière pilote un groupe consacré aux questions d'hygiène et de stérilisation, qui a permis de remplacer des équipements peu fiables et des produits peu efficaces. Un groupe teste le



En centres de santé, des équipements de pointe.

dossier médical partagé informatisé en chirurgie dentaire, un autre se penche sur la numérisation de l'imagerie, etc. ». Utile tant aux patients qu'aux praticiens, la pratique de groupe induit des frais de structure conséquents : des locaux assez grands pour accueillir toutes les spécialités et leurs équipements, du personnel d'accueil, sans compter les outils informatiques adéquats. Quant au tiers payant, entre le salaire de deux personnes et l'outil informatique, le directeur évalue la dépense à environ 100 000 € par an.

« Allez, on bouge ! »

Or aucun de ces coûts n'est couvert par le paiement à l'acte. « Notre politique tarifaire, ainsi que le rythme des consultations, que nous maintenons à trois par heure, rendent l'équilibre budgétaire difficile. Grâce à notre activité, nous finançons nos besoins à 85 % mais nous dépendons d'une subvention de la mairie pour le reste », explique M. Nauche. Déplorant l'absence des centres de santé dans les instances responsables des projets de santé, il espère que la future ARS permettra de contractualiser avec d'autres établissements, afin d'asseoir la place du centre sur le territoire.

Volontariste, le centre multiplie les partenariats, pour mener à bien ses missions de prévention santé. Il prête ainsi ses locaux au comité départemental d'hygiène sociale, pour des campagnes de vaccination gratuite. Doté d'un mammographe, il adhère à l'association pour le dépistage des maladies du sein « Adémas 69 » et participe aux campagnes de dépistage du cancer du sein. Il intervient aussi régulièrement auprès des étudiants de

l'Institut des travailleurs sociaux. Avec une équipe de la mairie, Benoît Frachon a bâti un « atelier santé ville » intitulé « Allez, on bouge ! ». Co-animé par une infirmière du centre et deux adultes-relais, il répond à un besoin identifié par plusieurs acteurs et vise à restaurer un bien-être, une conscience du corps, chez certains patients. Enfin, grâce à l'appui financier du département, il offre depuis peu des consultations visant la prise en charge de la souffrance psychosociale. ■

Stéphanie Marseille