



Ministère des solidarités et de la santé

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction de la performance
Bureau « coopérations et contractualisations »
(PF3)

Personne chargée du dossier :
Isabelle Manzi
tél. : 01 40 56 76 88
mél. : isabelle.manzi@sante.gouv.fr

La ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé

INSTRUCTION N° DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé

Date d'application : immédiate

Classement thématique : établissements de santé

NOR : SSAH1818686J

Validée par le CNP le 22 juin 2018 - Visa CNP 2018-58

Catégorie :

Directives adressées par les ministres aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier de situations individuelles.

Résumé : La présente instruction a pour objet d'explicitier, au travers du guide qui lui est annexé, les modalités de création, de fonctionnement, de gestion et d'organisation des centres de santé, telles qu'elles résultent de l'ordonnance n° 2018-7 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé, d'une part, ainsi que du décret et de l'arrêté relatifs aux centres de santé, pris en application de l'ordonnance précitée, d'autre part.

Mots-clés : centres de santé ; création ; fonctionnement

Textes de référence :

- ✓ Articles L. 6323-1 à L. 6323-1- 15 et D. 6323-1 à D. 6323-15 du code la santé publique ;
- ✓ **Arrêté du 28 février 2018 relatif aux centres de santé**

Circulaires modifiées : instruction DGOS/PF3/DREES/DMSI no 2013-402 du 19 décembre 2013 relative à l'enregistrement des centres de santé dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)

Annexe : Guide relatif aux centres de santé

Diffusion : les centres de santé doivent être destinataires de cette instruction, par l'intermédiaire des ARS.

Les modalités de création, de fonctionnement, de gestion et d'organisation des centres de santé ont été largement repensées et amendées dans le cadre de l'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé et de ses décret et arrêté d'application du 27 février 2018. Dans ces conditions, il est paru utile de mettre à la disposition des agences régionales de santé (ARS), et plus largement, de l'ensemble des acteurs concernés, un guide présentant les centres de santé à la lumière de ces textes.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette instruction et de ses annexes aux centres de santé de votre région en l'intégrant dans le portail d'accompagnement des professionnels de santé (<http://www.paps.sante.fr/Accueil.520.0.html>).

Je vous saurais gré de me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de cette instruction, en prenant contact le cas échéant avec le bureau « Coopérations et Contractualisations » de la DGOS (dgos-PF3@sante.gouv.fr).

Vu au titre du CNP par la Secrétaire Générale des ministères chargés des affaires sociales

Pour la ministre et par délégation

signé

Cécile COURREGES
Directrice générale de l'offre de soins

Pour la ministre et par délégation

signé

Sabine FOURCADE
Secrétaire générale des ministères
chargés des affaires sociales

SOMMAIRE

EN PREAMBULE : LE CONTEXTE DE LA CREATION DU GUIDE ET SON OBJECTIF

I / LES MISSIONS DES CENTRES DE SANTE

I / 1) Les missions obligatoires des centres de santé

- a) *Les centres de santé sont appelés à dispenser des soins de proximité*
- b) *Les centres doivent réaliser à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie*
- c) *Les centres sont ouverts à tout public*

I / 2) Les activités optionnelles des centres

- a) *Les activités devenues facultatives*
- b) *Les autres activités*
- c) *Le cas particulier de la contribution à la mission de soutien sanitaire des forces armées*

II / LES MODALITES DE CREATION DES CENTRES DE SANTE

II / 1) Qui peut créer et gérer des centres de santé ?

- a) *Les créateurs et gestionnaires « traditionnels » des centres de santé*
 - 1. Le maintien des gestionnaires « traditionnels »
 - 2. La création et la gestion des centres de santé par les établissements de santé
 - 3. Parmi les collectivités territoriales, le cas particulier des conseils départementaux
- b) *La création et la gestion des centres de santé étendues aux sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC).*

II 2) Les obligations incombant au gestionnaire, préalablement à l'ouverture d'un centre ou d'une antenne

- a) **L'ouverture d'un centre de santé ou d'une antenne**
- b) **Le projet de santé**
 - 1. Les conditions d'élaboration du projet de santé
 - 1.1. *L'accompagnement des ARS*
 - 1.2. *L'implication des professionnels de santé au projet de santé (cf. article 5 de l'arrêté)*

2. Le contenu du projet de santé

2.1. *Les éléments devant figurer dans le projet de santé*

2.1.1. Ces éléments sont listés à l'article 2 de l'arrêté du 27 février 2018

2.1.2. L'articulation entre l'obligation d'une coordination interne et le nombre requis de professionnels dans les centres de santé.

2.1.3. La conservation des données à caractère personnel

2.2. *Les éléments relatifs au règlement de fonctionnement mentionnés à l'article 3 de l'arrêté susvisé.*

c) *L'engagement de conformité*

1. Pour les centres de santé ou antennes en cours de création
2. Pour les centres de santé en fonctionnement

II / 3) De la suspension d'activité à la fermeture du centre de santé et/ou de son ou ses antenne

III / LES MODALITES DE FONCTIONNEMENT DES CENTRES DE SANTE

III / 1) La gestion des bénéficiaires des centres de santé

III / 2) Le statut des professionnels exerçant au sein des centres de santé

a) *Les professionnels salariés*

b) *Les professionnels bénévoles*

III / 3) Les spécificités du fonctionnement des centres de santé particulièrement favorables aux patients

IV / L'ORGANISATION DES CENTRES DE SANTE

IV / 1) Une organisation mono ou pluriprofessionnelle

IV / 2) Une organisation avec ou sans antennes

V / LE SUIVI DES CENTRES DE SANTE ET DE LEURS ANTENNES ET LE RÔLE DE L'OBSERVATOIRE DES CENTRES DE SANTE

V / 1) Les informations sur les modifications à délivrer annuellement

V / 2) Les informations sur les modifications substantielles à délivrer « au fil de l'eau »

ANNEXE I LES PRINCIPAUX TEXTES DE REFERENCE SUR LES CENTRES DE SANTE

ANNEXE II – LES CENTRES DE SANTE EN DIX POINTS-CLES

EN PREAMBULE : LE CONTEXTE DE LA CREATION DU GUIDE ET SON OBJECTIF

L'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé, prise en application de l'article 204 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a pour principal objet de renforcer l'offre de soins de premier recours en favorisant l'accroissement du nombre de centres de santé. Dans cette perspective cette ordonnance et ses textes d'application - le décret et l'arrêté du 27 février 2018 relatifs aux centres de santé - s'attachent à simplifier et clarifier les conditions de création et de fonctionnement des centres de santé. Dans le même temps, ces textes s'attachent à garantir la sécurité de la prise en charge des patients et à maintenir les spécificités des centres de santé qui se présentent comme une offre de soins de qualité, à des conditions financières particulièrement privilégiées pour les patients.

Pour répondre à l'ensemble de ces enjeux et de ceux portés par le plan d'égal accès aux soins lancé en octobre 2017, tous les aspects du statut de centre de santé ont été revus : les missions des centres, les modalités de leur création et de leur fonctionnement ainsi que leur gestion et leur organisation. Par ailleurs le dispositif s'attache à garantir le respect de la réglementation par les gestionnaires des centres de santé et à conforter la qualité et la sécurité des soins.

Ce guide a pour objectif d'explicitier les mesures mises en place dans ces différents domaines par l'ordonnance et ses textes d'application. Ce faisant, il s'agit de favoriser une compréhension partagée de ces textes entre tous les acteurs concernés dans la perspective de leur donner les moyens d'œuvrer, ensemble, dans les meilleures conditions possible en vue du déploiement de ces structures.

I / LES MISSIONS DES CENTRES DE SANTE

Parmi les missions dévolues aux centres de santé, certaines sont obligatoires. D'autres sont désormais facultatives afin de tenir compte des réalités des situations rencontrées.

I / 1) Les missions obligatoires des centres de santé

a) Les centres de santé sont appelés à dispenser des soins de proximité

Les centres de santé sont avant tout des structures sanitaires de proximité : l'article L.6323-1 du code de la santé publique (CSP) le rappelle et confirme les centres dans leur mission première : la dispensation de soins de premier recours. Pour autant, les centres peuvent également dispenser des soins de second recours.

Cette notion de « soins » doit s'entendre au sens large : il s'agit de prévention, de diagnostic et de soins qui sont autant d'activités qu'en principe le centre de santé doit pratiquer indissociablement. Il peut cependant être dérogé à ce principe, un centre pouvant ne pratiquer que des activités de diagnostic, comme par exemple des activités de radiologie ; en revanche, il n'est pas possible, pour un centre, de ne mener que des activités de prévention ou que des activités de soins : prévention et soin sont strictement indissociables.

b) Les centres de santé doivent réaliser à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie

Le troisième alinéa de l'article L. 6323-1 introduit l'obligation pour les centres de santé – et pour leurs antennes (cf . le IV ci-dessous) - de réaliser, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie. Cette règle est valable pour les antennes : les activités d'une antenne ne pourraient être essentiellement dédiées à des soins non remboursables au motif que le centre principal serait pour sa part consacré à des activités remboursables.

Cette mesure a pour objectif, notamment, de limiter le développement important de segments d'activité autour des actes non remboursables, susceptibles d'être plus rémunérateurs pour les centres, au détriment le cas échéant, d'une offre de soins plus large et accessible, y compris financièrement, pour le patient.

Il est précisé qu'il ne s'agit en aucune manière d'empêcher les centres de santé de pratiquer des actes hors du champ du remboursement par l'assurance maladie mais d'en limiter le nombre qui ne saurait être supérieur à celui des actes remboursables. Ainsi, une structure qui réaliserait majoritairement des actes de médecine esthétique, de chirurgie réfractive ou encore d'implantologie ne pourrait revendiquer le statut de centre de santé.

Il est à noter que l'Etablissement français du sang (EFS) ne réalise qu'à titre accessoire des activités de soins (cf. le II de l'article L. 1222-1-1 CSP). Son activité principale relevant de prestations non remboursables par l'assurance maladie, les établissements de transfusion sanguine (ETS) tels que définis à l'article R. 1222-10-1 ne sont pas éligibles au statut de centres de santé. Il appartient en conséquence aux ARS d'enregistrer tout nouvel ETS dans la catégorie Finess 132 et de basculer sous cette même catégorie, les rares ETS qui demeurent encore aujourd'hui enregistrés sous la catégorie Finess 124. Si deux établissements sont répertoriés à la même adresse dans les deux catégories différentes (124 et 132), il convient de se rapprocher de l'EFS pour s'assurer que l'établissement répertorié en 124 peut être effectivement fermé.

c) Les centres de santé sont ouverts à tout public

Selon le dernier alinéa de l'article L. 6323-1, « *les centres de santé sont ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels y exerçant.* » Ces dispositions, qui traduisent la politique de santé publique visant à assurer un égal accès à tous, signifient :

- qu'il n'est pas possible à un centre de santé de réserver son offre de soins à une patientèle strictement ciblée alors même que les professionnels de santé y exerçant disposent des compétences pour une prise en charge plus large.
- que cela n'interdit pas qu'un projet de santé puisse prévoir des prises en charges plus spécifiquement orientées vers certains patients, mais à deux conditions :

- o que cette prise en charge n'exclue pas celle d'autres patients ne présentant pas les mêmes caractéristiques. Une telle exclusion correspondrait à un refus de soins illégitime au sens de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique. Ainsi, tout patient, quel que soit son âge, sa catégorie sociale, son sexe, son origine, son orientation sexuelle, son lieu de travail ou toute autre particularité, requérant des soins de médecine générale doit pouvoir s'adresser à n'importe quel centre de santé au sein duquel exerce un médecin généraliste ; de même un centre de santé où exerce un gynécologue ne peut limiter son offre de soins aux femmes enceintes : toute femme ayant besoin de soins gynécologiques, de quelque nature qu'ils soient, doit pouvoir s'adresser à ce centre.

Ces situations ne visent pas, évidemment, les cas particuliers de refus de soins licites pour raisons professionnelles ou personnelles, tels que mentionnés à l'article R 4127-47 alinéa 2 du code de la santé publique

En toute hypothèse, l'information du public, quel que soit le support utilisé, doit être formulée de telle sorte qu'elle permette d'établir que **le centre ne s'adresse pas exclusivement à un public donné mais est bien ouvert à tout public** (cf. article L. 6323-1-9 et le III /3) *infra*).

- o que le lieu de soins soit clairement identifié à l'extérieur du centre de santé.

- que le centre ne peut pas adopter des modalités de fonctionnement ou d'organisation qui le soustraient *de facto* aux sollicitations de tout ou partie d'une catégorie de patients (cf. 6° du IV de l'article 2 de l'arrêté susvisé).

A titre d'exemple :

- o un centre ne saurait limiter son activité à la dispensation de soins « à domicile », au bénéfice d'établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En effet, ce faisant, il choisirait sa patientèle et ne permettrait pas à tout patient de bénéficier de son offre de soins. Pour éviter cet écueil, l'activité au sein des EHPAD ne pourrait être exclusive : le centre de santé devrait proposer, en parallèle de son activité auprès d'un EHPAD, une offre de soins en son sein.

L'analyse de l'impossibilité pour un centre de santé de dispenser des soins exclusivement à domicile, est fondée, en outre, sur les termes de l'article L. 6323-9 qui mentionnent « ***l'identification du lieu de soin à l'extérieur des centres de santé*** » ou encore ceux de l'article D. 6323-5 selon lesquels « *Les centres de santé mettent en place des **conditions d'accueil** avec et sans rendez-vous. Les **jours et heures d'ouverture**, de permanence et de consultation, les tarifs pratiqués, le dispositif d'orientation en cas de fermeture et les principales conditions de fonctionnement utiles au public sont **affichés de façon apparente à l'intérieur et à l'extérieur des centres de santé.*** » : le centre est un lieu identifiable, accueillant des patients à des horaires précis. Son activité ne peut donc être intégralement dédiée aux consultations à domicile.

- o un centre qui choisirait le mercredi et le samedi comme jours de fermeture, exclurait d'emblée l'accueil des enfants scolarisés s'il ne propose pas en contrepartie une amplitude horaire compatible avec l'accueil de jeunes enfants scolarisés ;
- o un centre organisant une prise de rendez-vous par le biais d'un numéro de téléphone surtaxé ne serait pas accessible aux personnes les plus démunies.

Sur la question du refus de soins, la consultation du rapport annuel de la conférence nationale de santé du 10 juin 2010 sur le respect des droits des usagers, dédié au refus de soins : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_de_soins_cns_221010.pdf, peut s'avérer utile.

I / 2) Les activités optionnelles des centres de santé

Au-delà des missions obligatoires qui leur sont dévolues, aux termes de l'article L. 6323-1-1, les centres ont la possibilité de pratiquer, de façon complémentaire, plusieurs activités.

a) Les activités devenues facultatives

Certaines d'entre elles antérieurement obligatoires, telles que les actions de santé publique, les actions sociales ou la formation des étudiants, sont devenues facultatives. En effet, selon les circonstances (liées parfois à leur lieu d'implantation ou encore à leur taille), il a été constaté que certains centres ne pouvaient ou n'avaient simplement pas l'opportunité –parfois sur une période limitée, parfois de façon pérenne- de pratiquer l'ensemble de ces actions. Les services rendus au regard de l'offre de soins par ces centres de santé ne faisant cependant pas de doute, il a paru nécessaire d'adapter les textes aux situations existantes.

b) Les autres activités

Parmi les activités facultatives qui existaient déjà comme telles, on peut citer la pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse et, depuis la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, par voie instrumentale. La loi impose pour cette seconde catégorie d'IVG, à l'instar de ce qui est prévu pour les IVG par voie médicamenteuse, qu'une convention soit signée entre le centre de santé et un établissement de santé public ou privé. Un décret en Conseil d'Etat est en cours de rédaction. Il a pour objet d'évoquer la formation des médecins habilités à pratiquer ces IVG et d'établir un modèle de convention, conforme au cahier des charges établi par la Haute autorité de santé (HAS). Ce « cahier des charges pour la réalisation des IVG par méthode instrumentale hors établissements de santé et dans les centres de santé » est accessible en ligne sur le site de la HAS depuis le 15 avril 2016 : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2062049/fr/cahiers-des-charges-pour-la-realisation-des-ivg-par-methode-instrumentale-hors-etablissements-de-sante-et-dans-les-centres-de-sante

Pour les IVG médicamenteuses, il est possible de se reporter au livret d'information intitulé « Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse hors établissement de santé » (https://ivg.gouv.fr/IMG/pdf/guide_ivg_hors_etablissement_2017-2.pdf).

Par ailleurs tout centre de santé peut également mener des actions d'éducation thérapeutique du patient, contribuer à la permanence des soins et soumettre aux ARS des protocoles de coopération entre professionnels, tels que définis à l'article L. 4011-2.

Enfin, les centres sont appelés à mener à contribuer à l'organisation des prises en charges au niveau territorial, notamment en choisissant d'être membres de communautés professionnelles territoriales de santé au sens de l'article L. 1434-12 ou encore opérateurs ou composants de plateformes territoriales d'appui au sens de l'article L. 6327-2.

Le cas particulier de la contribution à la mission de soutien sanitaire des forces armées

Les centres de santé peuvent contribuer à la mission de soutien sanitaire des forces armées et à ce titre recevoir des professionnels de santé du service des armées pour participer à leurs activités. De la même façon le service de santé des armées peut de son côté recevoir des professionnels de santé de centres de santé pour suivre des enseignements, effectuer des stages ou participer à des activités de soins, de formation, de recherche, d'éducation pour la santé et des actions de santé publique.

Dans les deux hypothèses, une convention entre le ministère de la défense et l'organisme gestionnaire du centre de santé devra préciser les obligations respectives de chacune des parties. Lorsque l'agence régionale de santé constate des manquements compromettant la qualité des soins dans un centre de santé recevant des professionnels de santé des armées, il lui appartient d'en informer sans délai le ministre de la défense. Ce même devoir d'information s'applique à l'encontre de l'ARS lorsque celle-ci prononce une suspension d'activité du centre de santé, dès lors que cette mesure peut avoir des conséquences sur la mission de soutien sanitaire des forces armées.

II / LES MODALITES DE CREATION DES CENTRES DE SANTE

II / 1) Qui peut créer et gérer des centres de santé ?

a) Les créateurs et gestionnaires « traditionnels » des centres de santé

1. Le maintien des gestionnaires « traditionnels »

L'article L. 6323-1-3 réaffirme la légitimité des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales, des établissements publics de coopération intercommunale, des établissements de santé (établissements publics de santé ou gestionnaires d'établissement privé de santé) à créer et gérer des centres de santé.

2. La création et la gestion des centres de santé par les établissements de santé

Tous les établissements de santé, quels que soient leurs statuts, peuvent créer et gérer un centre de santé. Autrement dit, au-delà des établissements publics de santé, les gestionnaires des établissements privés, qu'ils soient privés à but lucratif ou non, peuvent également créer et gérer des centres, sous certaines conditions (cf. *infra* III / 1)).

3. Parmi les collectivités territoriales, le cas particulier des conseils départementaux

Bien qu'il s'agisse de collectivités territoriales, la gestion d'un centre de santé par un conseil départemental ne va pas de soi. En effet, la loi n°2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (loi NOTRe) a effectivement supprimé la clause de compétence générale dont bénéficiaient les départements et a recentré leurs compétences sur la promotion des solidarités et de la cohésion territoriale. L'article L. 3211-1 du code général des collectivités territoriales prévoit ainsi que l'action du département porte sur « *toute aide ou action relative à la prévention ou à la prise en charge des situations de fragilité, au développement social, à l'accueil des jeunes enfants et à l'autonomie des personnes. Il est également compétent pour faciliter l'accès aux droits et aux services des publics dont il a la charge* ».

La prévention des situations de fragilité et la prévention en matière de santé peuvent concerner les mêmes publics. Ainsi, la proximité des thématiques de santé et d'insertion sociale peut autoriser, sous certaines conditions, la mise en place d'un suivi médico-social via un centre de santé. La création d'un centre de santé par un département est possible *dès lors que le centre de santé est un lieu de mise en jeu en des compétences départementales*. Dans ces conditions, au moment de la création du centre, le conseil départemental devra s'engager sur la pratique, par le centre, en complément des activités habituellement dévolues aux centres de santé, d'activités complémentaires mettant en jeu les compétences du conseil départemental.

b) La création et la gestion des centres de santé étendues aux sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC).

Le second alinéa de l'article L. 6323-1-3 prévoit que les centres de santé peuvent également être créés par des SCIC. Régies par le titre II ter de la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération, ces sociétés coopératives présentent deux caractéristiques principales :

- bien qu'il s'agisse de sociétés commerciales, leur projet est fondé sur *l'intérêt collectif et l'utilité sociale* ; leur mode de fonctionnement ne privilégie donc pas la lucrativité ;
- elles proposent *une gestion « démocratique »* en permettant, notamment aux salariés mais également aux bénéficiaires de l'activité de la société ou à des bénévoles, de détenir des parts du capital social aux côtés des autres associés de la société (personnes physiques ou morales contribuant à l'activité de la société) et de participer à la décision des orientations à prendre, chaque personne détenant une voix, quelle que soit la part de capital détenue.

Ainsi, les SCIC gestionnaires de centres de santé pourront-elles associer des professionnels de santé, des usagers et des bénévoles aux côtés de personnes morales. *La loi précise que ces personnes morales ne pourront jamais relever d'autres catégories que celles habilitées à gérer un centre de santé (organisme à but non lucratif / collectivité territoriale / établissement public de coopération intercommunale / établissement public de santé / gestionnaire d'établissement privé de santé à but lucratif ou non lucratif.)*

II 2) Les obligations incombant au gestionnaire, préalablement à l'ouverture d'un centre ou d'une antenne

a) L'ouverture d'un centre de santé ou d'une antenne

Préalablement à toute ouverture de centre ou d'antenne (cf. le IV *infra* sur la notion d'antennes), le gestionnaire du centre de santé est tenu de remettre au directeur de l'agence régionale de santé (DGARS) un projet de santé et un engagement de conformité du centre à la réglementation.

Lorsque le DGARS reçoit l'engagement de conformité (auquel est joint le projet de santé : cf. le modèle d'engagement de conformité en annexe de l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé), il lui appartient de remettre au centre de santé un récépissé de l'engagement de conformité (cf. article D 6323-9). Ce récépissé, qui comporte les n° Finess de l'entité juridique (EJ) et de l'établissement (ET) du centre, vaut autorisation de dispenser des soins (cf. article L. 6323-1-11). Ces échanges de documents doivent se faire par tout moyen qui permette de déterminer de façon incontestable leur date de réception (articles D. 6323-8 et D. 6323-9).

L'antenne étant rattachée au centre de santé, il n'y a pas lieu de lui attribuer un numéro d'établissement spécifique dans FINESS : elle est répertoriée sous le même numéro FINESS d'établissement que celui du centre principal. Elle doit cependant être enregistrée dans le répertoire Finess en tant qu'antenne du centre principal, avec son adresse. Le récépissé remis au représentant de l'organisme gestionnaire du centre, précisera le nom et les numéros Finess du centre auquel elle est rattachée ainsi que l'adresse de l'antenne.

Dans la mesure où l'engagement de conformité est un document qui n'appelle pas d'examen de fond, l'enregistrement du centre de santé dans le répertoire Finess et la délivrance du récépissé doivent avoir lieu aussi rapidement que possible et, au plus tard, dans les deux mois suivant la date de réception des documents. Dans l'hypothèse où l'engagement de conformité serait incomplet ou le projet de santé non joint, le délai de deux mois courrait à partir de la date de réception de ces éléments manquants.

Il va de soi que si l'ARS relève, à la lecture du projet de santé, des éléments manquants, des incohérences ou des approximations sources d'interrogations ou de doutes, il lui est recommandé d'essayer de résoudre ces questions en lien avec le centre de santé, préalablement à l'ouverture du centre.

Cependant, à ce stade, sauf dans le cas où l'engagement de conformité remis n'est pas conforme à la réglementation (documents incomplets, notamment), l'ARS n'est pas fondée à empêcher l'ouverture d'un centre de santé ou d'une antenne en retardant la remise du récépissé. C'est en effet la remise du récépissé qui vaut autorisation de dispenser des soins (cf. l'avant dernier alinéa de l'article L. 6323-1-11).

En revanche, dès l'ouverture du centre de santé ou de l'antenne, selon le cas, l'ARS pourra, si elle a des doutes sur la conformité du centre à la réglementation ou sur son fonctionnement au regard de la qualité ou la sécurité des soins, organiser une visite de contrôle et prendre les mesures qui s'imposent (cf. *infra* II / 3)).

b) Le projet de santé

Les conditions d'élaboration et le contenu du projet de santé sont définis par l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé.

1. Les conditions d'élaboration du projet de santé

1.1. L'accompagnement des ARS

Le projet de santé est élaboré à partir d'un diagnostic des besoins du territoire.

Pour établir ce diagnostic, notamment, mais aussi sur tout autre sujet concernant la rédaction du projet de santé, du règlement de fonctionnement et de l'engagement de conformité, le gestionnaire du centre de santé peut avoir besoin d'être accompagné par l'ARS. Un tel accompagnement, en amont du projet, est de nature à favoriser le développement des centres de santé en facilitant leur création. Dans ces conditions, les ARS sont invitées à prendre les dispositions leur permettant d'assurer cet accompagnement et à communiquer auprès des acteurs concernés pour les informer de la possibilité qui leur est offerte.

1.2. L'implication des professionnels de santé au projet de santé (cf. article 5 de l'arrêté)

Le projet de santé est élaboré par le gestionnaire du centre de santé. Toutefois, les professionnels de santé sont directement concernés par ce projet. Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- soit les professionnels de santé sont recrutés après l'élaboration de ce document : dans ce cas, le gestionnaire du centre de santé devra le porter à la connaissance des professionnels préalablement à leur recrutement ;
- soit les professionnels sont présents au moment de l'élaboration du projet de santé (par exemple dans le cas de l'élaboration du projet de santé d'une antenne créée dans un second temps) ou au moment de la modification du projet de santé : dans ces circonstances, les professionnels seront associés à l'élaboration du projet de santé.

Les modalités d'association des professionnels de santé à l'élaboration du projet sont laissées à l'appréciation du gestionnaire et pourront être adaptées selon les circonstances. Sauf dans le cas des sociétés coopératives d'intérêt collectif où les professionnels de santé figurent parmi les membres de la société, les professionnels de santé n'ont pas à être signataires du projet de santé. Toutefois, il n'y a pas d'objection à ce que le gestionnaire du centre de santé, s'il le souhaite, invite les professionnels de santé à signer le projet de santé.

2. Le contenu du projet de santé

2.1. Les éléments devant figurer dans le projet de santé

A propos des éléments devant figurer dans le projet de santé, il convient de noter les points suivants :

2.1.1. Ces éléments sont listés à l'article 2 de l'arrêté du 27 février 2018

Ils portent sur le diagnostic de territoire, les coordonnées du centre de santé et de son représentant légal, les informations relatives à ses personnels, ses missions et ses activités et enfin le dispositif mis en œuvre pour assurer la coordination interne et externe conformément à l'article L. 6323-1-10.

2.1.2 L'articulation entre l'obligation d'une coordination interne et le nombre requis de professionnels dans les centres de santé.

Il est fait observer que la notion de « coordination interne » suppose, *de facto*, la présence d'au moins deux professionnels de santé au sein du centre de santé. Toutefois, il se peut que, dans certaines circonstances, notamment dans les zones connaissant des difficultés au regard de la démographie médicale, le gestionnaire se heurte à des difficultés de recrutement ou encore qu'il souhaite, pour démarrer l'activité du centre, garantir l'équilibre économique de la structure tant que le volume de la patientèle ne permet pas davantage de professionnels.

Dans de telles circonstances, le gestionnaire pourra souhaiter ouvrir le centre de santé avec un seul professionnel de santé. Les ARS sont invitées à examiner les demandes au cas par cas notamment au regard de la viabilité économique du centre que l'on peut raisonnablement escompter à terme dans une telle situation. Selon le cas, elles pourront, à titre exceptionnel, et si elles le jugent opportun, délivrer le récépissé voire contractualiser avec le centre pour envisager un accompagnement pour une période donnée, le temps que la montée en charge de la patientèle permette le recrutement d'un ou plusieurs autres professionnels.

2.1.3. La conservation des données à caractère personnel

Parmi les éléments à mentionner dans le projet de santé, figurent des données à caractère personnel : c'est le cas pour le représentant légal de l'organisme gestionnaire, les professionnels exerçant au sein du centre ou encore, dans le règlement de fonctionnement, pour la personne compétente en radioprotection.

Il convient de respecter la réglementation sur la protection des données à caractère personnel prévue par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 27 avril 2016 ainsi que par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A cet égard il est rappelé que les principes clés de la protection des données personnelles portent sur :

- La finalité et la proportionnalité du traitement (les données ne peuvent être recueillies et traitées que pour un usage déterminé et légitime ; elles doivent être nécessaires à leur finalité) ;
- La pertinence des données traitées (les données doivent être adéquates, pertinentes et non excessives au regard des objectifs poursuivis) ;
- le respect des droits des personnes concernées (les personnes doivent être informées de l'utilisation de leurs données ; elles disposent d'un droit d'accès et de rectification à ces données) ;
- La conservation limitée des données (cf. *infra*) ;
- la sécurisation des données (cf. *infra*).

Concernant la conservation des données, l'article 4 de l'arrêté du 27 février 2018 en précise les modalités :

- elles doivent être conservées en qualité d'**archives courantes**, dans une « base active », jusqu'à la date de cessation d'activité du professionnel concerné ;
- à compter de cette date, et pendant une période de cinq ans, ces informations doivent être conservées en qualité d'**archives intermédiaires**. Quel que soit le mode d'archivage choisi par le gestionnaire du centre de santé (dans la base active ou dans une base d'archives spécifique), les accès devront être limités (selon le cas par des habilitations et droits d'accès) aux personnes ayant un intérêt à traiter ces données, en raison de leurs fonctions ;
- au-delà de cette date, les données doivent être **supprimées** : Le fait de conserver des données au-delà de la date limite autorisée est sanctionné pénalement (article 226-20 du code pénal).

Pour tout complément d'information, vous pourrez utilement consulter le site de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) :

- concernant la conservation des données : <https://www.cnil.fr/fr/limiter-la-conservation-des-donnees> ;
- concernant la protection des données : <https://www.cnil.fr/fr/principes-cles/guide-de-la-securite-des-donnees-personnelles>

2.2. *Les éléments relatifs au règlement de fonctionnement mentionnés à l'article 3 de l'arrêté susvisé.*

Les nouveaux textes ont apporté quelques changements par rapport à la situation antérieure :

- Le règlement intérieur s'appelle désormais « règlement de fonctionnement ». Ce changement de dénomination a pour but d'éviter toute confusion avec la notion de « règlement intérieur » utilisée dans le cadre du droit du travail.
- Ce document n'est plus distinct du projet de santé : il figure en annexe du projet de santé et en fait ainsi partie intégrante.

- Le contenu du règlement de fonctionnement est fixé de façon plus détaillée. Il concerne d'une part les règles afférentes à l'hygiène et la sécurité et, d'autre part, celles afférentes aux informations relatives aux droits des patients. Sur ce dernier point, il convient de souligner l'importance des dispositifs mis en œuvre pour assurer la traçabilité du dossier médical, d'une part, et l'information du patient sur les tarifs et les conditions de paiement appliqués en cas d'orientation du patient vers un autre offreur de soins, d'autre part. A cet égard, il appartiendra aux professionnels de santé de garantir le respect de ces règles mais il appartient au gestionnaire de santé de prévoir un dispositif d'information destiné aux professionnels de santé pour s'assurer que ces derniers sont informés des obligations qui leur incombent à cet égard. Ce dispositif pourra utilement être complété par un document recensant les structures de soins ou professionnels de santé environnants, précisant les tarifs avec ou sans dépassement et les conditions de paiement appliqués par chacun d'eux.

Il est précisé que toute ouverture d'antenne est également subordonnée à la production d'un projet de santé. Si de nombreux éléments sont communs au centre de rattachement, ils pourront être repris dans le projet de santé de l'antenne. Cependant de nombreux autres, notamment concernant les horaires d'ouverture, le personnel, les activités seront probablement propres à l'antenne et devront donc être décrits. Par ailleurs, le règlement de fonctionnement décrira les dispositions mises en œuvre, spécifiquement adaptées aux locaux de l'antenne.

c) L'engagement de conformité

1. Pour les centres de santé ou antennes en cours de création

L'engagement de conformité constitue, avec le projet de santé, le second élément indispensable à l'ouverture du centre puisque le récépissé de cet engagement vaut autorisation de dispenser des soins au sein du centre ou de l'antenne.

Par ce document, le représentant légal du centre de santé - et de son ou ses antennes, le cas échéant - s'engage sur le respect de toutes les obligations légales et réglementaires auxquelles les centres (et les antennes) sont soumis.

Dans un souci de facilitation et d'harmonisation, un modèle d'engagement de conformité est proposé en annexe à l'arrêté. Les ARS sont invitées à mettre en ligne ce modèle d'engagement de conformité afin que tout gestionnaire de centre de santé puisse y accéder. Dans l'attente de cette mise en ligne, les gestionnaires pourront en solliciter l'envoi auprès de l'ARS.

Le projet de santé du centre (et/ou de l'antenne) doit toujours être joint à l'engagement de conformité.

2. Pour les centres de santé en fonctionnement

Pour les centres en fonctionnement, leurs représentants légaux disposent d'un an à compter de l'entrée en vigueur des textes pour adresser un engagement de conformité au DGARS. Cela signifie que les centres de santé en fonctionnement disposent d'un an pour se mettre en conformité avec les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Si le centre adresse son engagement de conformité avant ce délai, cette transmission signifie que le centre est en conformité avec les textes susmentionnés, à la date de cet engagement.

Les ARS pourront utilement rappeler aux centres de santé qui n'auront pas adressé leur engagement de conformité fin novembre 2018 qu'ils disposent d'un délai jusqu'au 2 mars 2019 pour adresser cet engagement. Dans l'hypothèse où cette obligation légale de transmission de l'engagement de conformité ne serait pas respectée, la procédure de suspension d'activité ou fermeture des centres de santé, décrite aux articles L. 6323-1-12 CSP et D. 6323-11 CSP pourrait être mise en œuvre (cf. le II / 3) *infra*).

Lors de la création d'un centre de santé ou d'une antenne, le projet de santé est joint à l'engagement de conformité. Toutefois, pour les centres de santé en fonctionnement, il en va autrement. Dans la mesure où l'ARS dispose de leur projet de santé initial et compte tenu de leur obligation d'informer l'ARS de toute modification substantielle (cf. article D. 6323-10 CSP) ainsi que d'actualiser leur projet de santé annuellement, *via* l'observatoire des centres de santé (cf. articles L. 6323-1-13 CSP et D. 6323-12 CSP), il n'y a pas lieu de demander aux centres de santé en fonctionnement un nouveau projet de santé en même temps que l'engagement de conformité.

II / 3) Procédure de suspension d'activité et fermeture du centre de santé et/ou de son ou ses antenne

En vertu des articles L. 4121-1 CSP et 1435-7 CSP, le DGARS peut à tout moment, après l'ouverture du centre de santé, organiser une visite de conformité ou une mission d'inspection dans un centre de santé et, le cas échéant, dans une ou plusieurs des antennes de ce centre. Si à l'issue de cette visite ou mission, un manquement est constaté, le DGARS peut mettre en œuvre le dispositif de suspension totale ou partielle d'activité ou de fermeture du centre de santé, prévu à l'article L. 6323-1-12 CSP.

Antérieurement, les ARS pouvaient suspendre partiellement ou totalement les activités d'un centre de santé uniquement en cas de manquements compromettant la qualité ou la sécurité de la prise en charge. Dans la perspective d'une meilleure protection des intérêts des patients, les ARS peuvent désormais aller jusqu'à prononcer la fermeture d'un centre (ou d'une antenne). Par ailleurs les motifs de suspension ou de fermeture ne sont pas limités à la qualité et la sécurité des soins : le non-respect de la législation et l'abus ou fraude aux organismes d'assurance maladie peuvent également conduire à suspendre les activités du centre et même à le fermer (cf. article L. 6323-1-12 CSP).

La décision de suspension d'activité (qui peut être totale ou partielle) résulte d'une procédure qui prévoit, avant toute décision du DGARS, sauf dans les cas d'urgence, des échanges préalables avec le gestionnaire du centre de santé, saisi sous forme de notification suivie d'injonctions en cas de non réponse ou de réponse insatisfaisante (cf. le schéma de procédure ci-dessous).

Il va de soi qu'ici comme ailleurs, le principe de la proportionnalité de la sanction à la gravité du manquement reproché devra être appliqué. Pour garantir le respect de ce principe, l'ARS est tenue de motiver sa décision et de la notifier au représentant légal du centre de santé (cf. article D. 6323-11 CSP). Cet impératif est une garantie du respect des droits de la défense et rend possible le contrôle de la proportionnalité de la sanction aux faits commis. La motivation doit permettre au gestionnaire du centre de santé concerné de connaître les éléments de droit et de fait qui fondent la sanction qui lui est infligée, pour mieux la comprendre mais aussi, le cas échéant, pour pouvoir la contester utilement.

Il est précisé que la fermeture du centre de santé emporte *de facto* celle de son ou de ses antennes puisque l'antenne est rattachée au centre principal. En revanche, en cas de suspension d'activité, il appartient au DGARS de décider de l'opportunité de suspendre également l'activité de l'antenne.

Enfin, l'attention des ARS est appelée sur le fait qu'en cas de suspension d'activité d'un centre de santé ou d'une antenne ou de leur fermeture, il leur appartient de transmettre à la caisse d'assurance maladie dont relève la structure une copie de la notification de suspension ou fermeture adressée au gestionnaire. Dans le cas où la structure contribue à la mission de soutien sanitaire des forces armées en application de l'article L. 6147-10, la copie de la décision de suspension d'activité ou de fermeture de la structure devra être transmise sans délai au ministère de la Défense.



III / LES MODALITES DE FONCTIONNEMENT DES CENTRES DE SANTE

III / 1) La gestion des bénéfices des centres de santé

Afin de préserver le caractère non lucratif de la gestion des centres de santé, l'article L. 6323-1-4 CSP pose le principe selon lequel les bénéfices ne peuvent être partagés entre les associés de l'organisme gestionnaire, quel que soit le statut de cet organisme. Il est précisé que ce dernier ne pourra réinvestir ces bénéfices qu'au profit du centre concerné ou encore d'un autre centre de santé ou d'une autre structure à but non lucratif dont il est gestionnaire.

Afin de susciter la plus grande vigilance des gestionnaires sur ce point et de faciliter le contrôle, les modalités de tenue des comptes afférents aux centres de santé devront permettre d'établir le respect de cette obligation.

III / 2) Le statut des professionnels exerçant au sein des centres de santé

a) Les professionnels salariés

Alors qu'aux termes de la législation antérieure, parmi les professionnels exerçant dans les centres de santé, seuls les médecins étaient législativement contraints d'être salariés, désormais (cf. article L.6323-1-5 CSP), cette obligation pèse sur tous les professionnels, que ces professionnels soient des professionnels de santé, ou non. Ainsi les psychologues, chiropracteurs ou ostéopathes non médecins ou non masseurs-kinésithérapeutes, doivent également être salariés.

b) Les professionnels bénévoles

Si tous les professionnels des centres de santé doivent être salariés, cela n'interdit pas que, à certaines conditions, les professionnels puissent participer bénévolement à l'activité des centres de santé.

Cette participation ne peut se faire que dans le cadre du droit commun. Dans ces conditions :

- le bénévole participant à l'activité du centre ne peut en recevoir aucune rémunération ni compensation, sous quelle que forme que ce soit, en espèces ou en nature (à l'exception, bien sûr, des remboursements de frais) ;

- la participation du bénévole est libre. Autrement dit, il ne peut exister de subordination juridique entre le gestionnaire du centre de santé et le bénévole.

La participation d'un professionnel de santé à titre bénévole ne fait pas obstacle à la facturation des actes qu'il pratique à l'assurance maladie, pour autant que ces actes aient été facturés au patient. Il est précisé par ailleurs que le caractère bénévole de son activité n'exonère en aucun cas le professionnel de santé de l'ensemble des règles auxquelles sont soumises les professionnels de santé dans l'exercice de leurs fonctions, quel que soit ce mode d'exercice et, notamment, des règles déontologiques.

L'activité du bénévolat ne peut s'exercer que dans un cadre non lucratif. Il existe plusieurs critères de la lucrativité, selon le code du travail. Parmi eux, deux d'entre eux méritent d'être soulignés :

- le recours à la publicité et l'importance des moyens engagés pour atteindre des « résultats » dans une situation concurrentielle au secteur marchand : il s'agit là de critères déterminants ;
- les circonstances qui pourraient être analysées comme créant une situation de concurrence déloyale. Il en serait ainsi si au même moment et sur un même territoire, à côté de professionnels qui déclarent et rémunèrent leurs salariés dans le cadre de l'exercice d'une activité économique, s'installait une association au sein de laquelle des bénévoles pratiqueraient une activité répondant aux mêmes besoins et pour le même public que les salariés susmentionnés.

Ainsi les structures ayant recours à la publicité ou étant en situation de « concurrence déloyale » (selon les modalités décrites ci-dessus) ne peuvent avoir recours à des bénévoles.

Pour plus d'informations, il peut être utile de se reporter au « Guide du bénévolat – édition 2017/2018 », mis en ligne par le ministère de l'éducation nationale et accessible via le lien suivant : <http://www.associations.gouv.fr/le-guide-du-benevolat-2017-2018-est-paru.html>

III / 3) Des modalités de fonctionnement pour une meilleure accessibilité et une meilleure information des patients

Les centres de santé offrent aux patients une accessibilité financière favorable. C'est là leur spécificité depuis leur création et les nouveaux textes ont entendu la maintenir. Ainsi, aux termes de l'article L. 6323-1-7, les centres de santé doivent pratiquer le tiers payant, sans dépassements d'honoraires.

Pour conforter cette accessibilité, l'ordonnance introduit une mesure (cf. art. L. 6323-1-8) permettant au patient orienté vers un autre offreur de soin d'être informé sur les conditions tarifaires et de paiement pratiquées par ce dernier (cf. *supra* le 2.2 du b) du II / 2)).

Enfin, le gestionnaire du centre de santé est tenu de prendre les mesures nécessaires permettant aux usagers d'identifier le centre de santé (ou de ses antennes, le cas échéant). A cet égard, l'utilisation de l'appellation « centre de santé » (ou antenne de centre de santé) permettra d'informer sans ambiguïté les usagers sur le statut du lieu de soins auquel ils s'adressent. Cette identification devra être complétée par des informations portant, notamment, sur les activités du centre de santé, ses horaires d'ouverture et de fermeture, le statut du gestionnaire et plus généralement sur l'ensemble des conditions de fonctionnement et d'organisation utiles au public (cf. art. L 6323-1-9 et D. 6323-4).

Il est souligné toutefois que ces indications et informations ne doivent en aucun cas revêtir un caractère publicitaire (dernier alinéa de l'article L. 6323-1-9).

IV / L'ORGANISATION DES CENTRES DE SANTE

Pour pratiquer l'ensemble de leurs activités les centres peuvent s'organiser en exercice monoprofessionnel ou pluriprofessionnel, sur un même lieu d'exercice ou au contraire prévoir des antennes.

IV / 1) Une organisation mono ou pluriprofessionnelle

Pour pratiquer leurs activités, les centres de santé recourent, selon le cas à un exercice monoprofessionnel ou pluriprofessionnel. La pluriprofessionnalité ne doit pas être confondue avec la pluridisciplinarité. En effet, la première suppose l'association de plusieurs professions différentes (professions médicales ou paramédicales) alors que la seconde s'entend de différentes disciplines au sein de la même profession. Ainsi, un médecin et un chirurgien-dentiste exerçant au sein d'un même centre, n'exercent pas de façon pluriprofessionnelle mais pluridisciplinaire, l'un et l'autre relevant de la catégorie des professionnels médicaux aux termes du code de la santé publique.

Dans ces conditions, les centres de santé qui ne dispensent qu'une activité infirmière ou dentaire ou médicale sont des centres monoprofessionnels. Les centres dits « polyvalents » regroupant des médecins et des chirurgiens-dentistes, sont le plus souvent des centres monoprofessionnels. Lorsqu'ils comptent parmi leurs professionnels de santé des infirmières ou des masseurs-kinésithérapeutes, par exemple, il s'agit de centres de santé pluriprofessionnels.

Toutefois, il est souligné que dans le cadre du plan d'égal accès aux soins, il sera utile, via l'observatoire des centres de santé, d'identifier les équipes pluriprofessionnelles comptant au minimum un médecin généraliste et un auxiliaire médical autre qu'un assistant dentaire.

IV / 2) Une organisation avec ou sans antennes

Dans la majorité des cas, les centres de santé regroupent l'ensemble de leurs activités au sein d'un même lieu. Il arrive cependant que, dans certains cas, l'ouverture d'une antenne (ou de plusieurs) soit jugée utile, notamment au regard du renforcement du maillage territorial.

Jusqu'à-là, la notion d'antenne était mentionnée dans les textes sans pour autant être définie. Cette absence de définition entravait la portée de cette notion. Désormais l'arrêté susvisé précise les caractéristiques de ces antennes :

1. elles doivent être **rattachées à un centre de santé principal** et par conséquent elles ne disposent pas d'une autonomie de gestion. Autrement dit, le responsable du centre de santé est également celui de l'antenne ;
2. leurs **horaires d'ouverture sont limités** à 20 heures par semaine ;
3. leur **implantation géographique demeure proche de celle du centre de santé** (trente minutes). Cette limitation répond à l'opportunité de mettre en œuvre une organisation permettant une véritable continuité des soins entre le centre principal et son antenne. Il faut qu'en cas de fermeture d'une des deux structures, il soit possible d'orienter le patient sur l'autre si l'activité de la structure demeurée ouverte répond aux besoins du patient orienté.
Il est précisé que le calcul des trente minutes doit se faire à partir d'un distancier partagé. A cette fin, pour faciliter la tâche des ARS, un distancier *ad hoc* sera mis à leur disposition d'ici à fin 2018. Il permettra de visualiser, à partir d'un point géographique donné, l'ensemble des autres points géographiques situés à trente minutes du premier. Dès que cet outil sera opérationnel, les ARS seront invitées à le mettre en ligne sur leur site afin de le rendre accessible aux promoteurs des centres de santé de leur région.
4. Elles doivent **disposer un système d'information partagé** avec le centre de santé auquel elles sont rattachées : cette obligation répond à la nécessité de garantir le partage des informations relatives aux patients entre les deux lieux de soins afin de garantir la continuité des soins de ces patients.

Il est précisé que, si la disponibilité des ressources médicales ou paramédicales le justifie, le DGARS peut accorder des dérogations à des demandes d'ouverture d'antenne qui ne répondraient pas à l'intégralité des caractéristiques décrites *supra*.

Il est souligné que chaque antenne doit répondre à l'ensemble des obligations pesant sur les centres de santé. Dans ces conditions, l'ouverture d'une antenne est conditionnée par la production d'un engagement de conformité et d'un projet de santé.

Dans tous les cas, il est exigé que l'antenne soit rattachée à un centre principal et ne dispose donc pas d'autonomie de gestion. Par ailleurs, toute dérogation à l'acquisition d'un système d'information partagé ne saurait être accordée que temporairement.

En toute hypothèse, dans la mesure où l'ouverture d'une antenne peut avoir un impact direct sur la rémunération accordée par l'assurance maladie au centre de santé dans le cadre de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie signé le 8 juillet 2015, il est demandé aux ARS de se mettre en lien avec l'organisme d'assurance maladie dont dépend le centre de santé préalablement à l'attribution des dérogations d'ouverture d'antennes.

Par ailleurs une ARS accompagnant un centre de santé dans la création d'une ou plusieurs antennes doit s'attacher à appeler l'attention de ce centre sur l'impact que l'ouverture d'une antenne peut avoir sur l'équilibre économique du centre et à examiner les modalités susceptibles d'apporter une solution satisfaisante dans ce domaine.

L'attention des ARS est appelée enfin sur le fait que toute ouverture d'antenne doit être enregistrée dans l'observatoire des centres de santé avec l'adresse de l'antenne. En revanche cet enregistrement ne donne pas lieu à l'attribution à l'antenne d'un numéro Finess d'établissement (ET) qui lui serait propre : puisque l'antenne est rattachée à un centre principal, son numéro Finess est celui du centre principal. Il importe néanmoins que l'antenne soit identifiée dans le répertoire Finess : son nom, son adresse et le centre de santé auquel elle est rattachée doivent y être mentionnés.

V / LE SUIVI DES CENTRES DE SANTE ET DE LEURS ANTENNES ET LE RÔLE DE L'OBSERVATOIRE DES CENTRES DE SANTE

Un centre de santé vit et évolue ; au cours des années, certaines informations du projet de santé initial méritent d'être mises à jour. Il importe que ces évolutions soient connues des ARS qui ont en charge l'organisation de l'offre de soins et, dans ce cadre, assurent le suivi des centres de santé. Toutefois, selon la teneur des modifications dont il s'agit, les modalités d'information peuvent différer : certaines devront être délivrées aussi rapidement que possible au DGARS tandis que les autres le seront annuellement.

V / 1) Les informations sur les modifications à délivrer annuellement

Afin de garantir une information régulière du DGARS, l'ordonnance du 12 janvier 2018 introduit, pour les gestionnaires de centres de santé, l'obligation de porter à la connaissance de ce dernier, annuellement, « *les informations relatives aux activités et aux caractéristiques de fonctionnement et de gestion des centres de santé et de leurs antennes* » (cf. articles L 6323-1-13).

Le contenu de ces informations, défini à l'article 7 de l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé, correspond aux informations sollicitées dans le cadre de l'observatoire des centres de santé, à l'exclusion :

1. des indicateurs déclaratifs liés à l'accord national ou à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) ;
2. des pièces justificatives de ces indicateurs ;
3. des informations à fournir par l'assurance maladie et les ARS.

Qu'est-ce que l'observatoire des centres de santé ?

Compte tenu de l'intérêt pour les centres de santé eux-mêmes, pour les ARS et pour la Cnam que représente le suivi des centres de santé, une plateforme dématérialisée, appelée « observatoire des centres de santé », a été conçue par la DGOS et la Cnam (maîtres d'œuvre), en concertation avec les représentants des gestionnaires des centres de santé et avec l'appui de l'ATIH (maître d'ouvrage). Cette plateforme est opérationnelle depuis le 2 janvier 2017. Elle a une double utilité :

- ✓ Elle constitue d'une part un outil de recensement et de suivi des centres de santé à partir de leurs principales caractéristiques au regard de leurs activités, de leur gestion et de leur fonctionnement ;
- ✓ Elle intègre les données du rapport d'activité des centres conditionnant les aides financières versées par la Cnam dans le cadre de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie.

Les informations mentionnées aux 1. et 2. ci-dessus ne sont pas réglementairement obligatoires : elles sont à renseigner par les seuls centres de santé adhérents à l'accord national et bénéficiant des rémunérations forfaitaires spécifiques mentionnées dans cet accord, auprès de l'assurance maladie.

Concernant le 3. ci-dessus, il est précisé que si la quasi-totalité des renseignements à fournir dans le cadre de l'observatoire revient aux centres de santé, il appartient à l'assurance maladie de renseigner les informations relatives au volume d'activité de chaque centre et à leurs engagements dans le cadre de l'accord national tandis que les ARS ont à fournir les informations relatives à l'implantation des structures et aux financements qu'elles leur auront éventuellement alloués.

Pour permettre à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) de mettre, chaque année dès le 2 janvier, à la disposition des centres de santé, de l'assurance maladie et des ARS, la plateforme à renseigner, l'ATIH fera parvenir, pour vérification, aux ARS, au plus tard le 15 novembre, un fichier Excel comportant les informations issues de la base FINESS. Il appartiendra aux ARS de compléter ou modifier la base FINESS, avant le 15 décembre. Les informations utilisées pour la plateforme seront celles de la base FINESS en date du 15 Décembre.

Les informations à fournir, au plus tard au 1er mars de chaque année, concernent les informations relatives à l'année précédente (cf. article D. 6323-1-12). Les centres de santé, l'assurance maladie et les ARS disposent de deux mois pour saisir les données, la plateforme étant accessible entre le 2 janvier et le 28 (ou 29) février. Chaque contributeur a la possibilité de valider les informations qui le concernent indépendamment de la validation des autres contributeurs.

Chaque ARS pourra utilement rappeler aux centres de santé relevant de leurs compétences, dès le mois de décembre, l'obligation de renseigner l'observatoire des centres de santé et les délais impartis pour ce faire.

Il est souligné que, dans la perspective d'une relation facilitée et surtout sécurisée avec les centres de santé, il importe que les ARS puissent obtenir de ces derniers des adresses électroniques génériques afin de ne pas risquer qu'une information ou un rappel transmis à une adresse personnelle n'aboutisse pas, en l'absence du destinataire.

V / 2) Les informations sur les modifications substantielles à délivrer « au fil de l'eau »

Compte tenu de l'impact qu'elles peuvent avoir sur l'ensemble des caractéristiques de fonctionnement et de gestion des centres de santé, certaines modifications, jugées « substantielles », doivent être portées à la connaissance du DGARS au fur et à mesure de leur survenue, au plus tard dans les quinze jours de leur réalisation (cf. article D. 6323-10). Cette information ne nécessite pas la transmission à l'ARS d'un nouveau projet de santé actualisé : l'information sur la modification seule suffit.

Ces modifications peuvent concerner aussi bien le projet de santé en tant que tel que le règlement de fonctionnement qui lui est annexé. Parallèlement, les centres de santé concernés sont tenus de transmettre ces mêmes informations à l'Assurance Maladie conformément aux dispositions de l'article 51 de l'accord national des centres de santé.

Il peut s'agir, notamment :

- d'un changement de l'organisme gestionnaire : par exemple, l'introduction d'une nouvelle personne morale dans une société coopérative d'intérêt collectif ;
- d'un changement du représentant légal de l'organisme gestionnaire ;
- de la modification d'implantation géographique du centre de santé ou de l'une de ses antennes, le cas échéant ;
- de la fermeture d'une antenne : si l'ouverture d'une antenne ne peut pas échapper au DGARS puisqu'elle nécessite un engagement de conformité et un projet de santé qui lui est propre, sa fermeture sera ignorée du DGARS si le gestionnaire du centre ne l'informe pas spécifiquement de cet événement ;

- de « *la modification qualitative ou quantitative du plateau technique, notamment l'installation d'un ou plusieurs fauteuils dentaires supplémentaires ainsi que toute modification susceptible d'avoir une incidence sur la politique menée par le centre de santé en matière de qualité et de sécurité des soins* ». Ces informations sont particulièrement importantes dans la mesure où, selon les circonstances, le règlement de fonctionnement devra être adapté à ces modifications. Or les éléments du règlement de fonctionnement n'étant pas intégrés dans l'observatoire des centres de santé, il importe que le DGARS soit informé de toute évolution significative de ce règlement.

Selon le cas, eu égard aux modifications substantielles portées à sa connaissance, l'ARS pourra solliciter de la part du représentant légal du centre de santé, la confirmation de la validité de l'engagement de conformité initial.

ANNEXE I
LES PRINCIPAUX TEXTES DE REFERENCE
SUR LES CENTRES DE SANTE

TEXTE LEGISLATIF

Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative à la création et au fonctionnement des centres de santé –

Articles L. 6323-1 à L. 6323-15 du code de la santé publique

TEXTES REGLEMENTAIRES

1. Décret du 27 février 2018 relatif aux centres de santé

Articles D. 6323-1 à D. 6323-15 du code de la santé publique

2. Arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé

ANNEXE II

LES CENTRES DE SANTE EN DIX POINTS-CLES	
1	Tout centre de santé, structure sanitaire de proximité , est ouvert à tout public et pratique le tiers payant sans dépassement d'honoraires .
2	Tout centre de santé dispense des activités de prévention, de diagnostic et de soins . S'il peut réaliser des activités de diagnostic exclusivement, les activités de prévention et de soin sont indissociables ; il doit, en toute hypothèse, réaliser, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie .
3	Tout centre de santé peut être créé et géré par des collectivités territoriales, des établissements publics de coopération intercommunale, des organismes à but non lucratif, des établissements de santé publics, des gestionnaires d'établissement de santé privés et des sociétés coopératives d'intérêt collectif. Quel que soit le statut du gestionnaire, la gestion du centre doit être non lucrative .
4	Tout centre de santé peut disposer d' antennes . Ces antennes sont soumises aux mêmes obligations législatives et réglementaires que celles incombant au centre de santé .
5	Les professionnels du centre de santé sont salariés . Toutefois des bénévoles peuvent participer à ses activités.
6	L'ouverture du centre de santé est subordonnée à la transmission au directeur général de l'agence régionale de santé d'un engagement de conformité accompagné du projet de santé auquel est annexé le règlement de fonctionnement .
7	Le projet de santé , fondé sur le diagnostic du territoire, atteste , notamment, la coordination interne et à l'extérieur du centre de santé.
8	Le gestionnaire du centre de santé actualise, chaque année avant le 1^{er} mars, les informations requises dans le projet de santé . Il dispose à cette fin de la plateforme dématérialisée de l'observatoire des centres de santé. Dans l'intervalle, le gestionnaire informe l'ARS des modifications substantielles apportées au projet de santé et au règlement de fonctionnement.
9	Le directeur général de l'agence régionale de santé peut organiser une visite de contrôle à tout moment après l'ouverture du centre. En cas de manquement lié au non-respect de la réglementation, de manquement à la qualité ou la sécurité des soins, ou en cas de fraude ou abus à l'égard d'un organisme de l'assurance maladie, il peut enclencher une procédure pouvant conduire à la suspension d'activités du centre de santé ou à sa fermeture .
10	Le gestionnaire du centre de santé peut solliciter l'accompagnement de l'agence régionale de santé pour toutes les étapes de la création et également durant toute la durée de vie du centre de santé.