

# PRS 2023-2028

---

## Nos propositions

Dans le cadre de la préparation du PRS3, la place des centres de santé

Fédération nationale des centres de santé

3 rue de Vincennes  
93100 Monteruil

01 48 51 56 22  
[reseau@fncs.org](mailto:reseau@fncs.org)



Le 8 septembre 2022, le Président de la République a lancé le Conseil national de la refondation. Des consultations se sont déployées à travers tout le pays jusqu'à la fin de l'année 2022. Elles ont eu pour objectif d'élaborer avec les acteurs (élus, citoyens, usagers, professionnels hospitaliers et libéraux, associations...) des solutions aux difficultés que traversent le système de santé à travers 4 axes majeurs :

- Donner un accès à un médecin traitant ou à une équipe traitante aux plus fragiles.
- Garantir la permanence des soins et la réponse aux besoins de soins non programmés.
- Créer une nouvelle alliance pour une politique de prévention dans le quotidien des Français.
- Mobiliser les leviers locaux d'attractivité du système de santé.

Les centres de santé médicaux et polyvalent connaissent un développement significatif depuis ces 5 dernières années. De nombreuses collectivités locales, confrontées à la désertification médicale, portent des projets de création de centres de santé. Entre 2019 et 2021, ce sont près de 70 centres de santé qui ont été ouverts portés par des collectivités territoriales. Ce sont des communes, des EPCI, des conseils départementaux ou encore des régions sous la forme de GIP.

Ces dernières années, ce sont des hôpitaux, des universités, des établissements médico-sociaux qui se sont saisis de cet outil pour répondre à l'absence d'installation de professionnels libéraux sur leurs territoires.

Sur de nombreux territoires le « format » centre de santé apparaît comme un outil à la main des futurs gestionnaires dans un souci de répondre à la pénurie de professionnels ainsi qu'aux difficultés économiques et sociales des populations.

## 1. Donner un accès à un médecin traitant ou à une équipe traitante aux plus fragiles.

Il faut passer de médecin traitant à équipe traitante et de l'exercice individuel à l'exercice collectif. C'est une responsabilité partagée autour de la prise en charge du patient.

De manière générale, il faut optimiser l'utilisation du temps médical disponible et tirer le meilleur parti des compétences de chaque professionnel pour que chacun se concentre sur les activités correspondantes à son niveau d'expertise.

Pour accroître les services rendus à la population et gagner du temps médical, il faut améliorer l'organisation de la consultation, le suivi des malades chroniques, des parcours de soins, etc. ; c'est ce que montrent les exemples dans lesquels des médecins travaillent quotidiennement, d'une part avec des infirmières Asalée ou des IPA, ou encore en exercice conjoint avec des IDE ou avec d'autres PS.

### Le centre de santé, l'accès à une équipe traitante

C'est une coordination structurée par un plan de prise en charge partagée initial.

Cette équipe pluriprofessionnelle peut être composée selon les situations par :

- Médecin généraliste,
- IDE, IPA, Asalée,
- Diététicienne,
- Sage-femme,
- Kinésithérapeute,
- Orthophoniste,
- Psychologue,
- Pharmacien...

**Le dossier médical partagé** constitue l'ossature de la prise en charge. Des outils d'échanges légers entre professionnels, comme Ezee care ou encore Idomed, peuvent compléter la palette.

Pour les patients chroniques les examens de suivi peuvent être réalisés en alternance avec le médecin traitant /IDE/IPA. Pour les patients chroniques la prévention et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) peuvent être réalisés par un autre professionnel de santé que le médecin généraliste.

## Des réponses construites pour s'adapter aux patients

<p><b>Patients n'ayant pas de MT</b></p>	<p>Les travaux en cours dans les CPTS donnent des pistes de travail. Il faut repérer ces patients en sortie d'hospitalisation, CMP, Ehpad, CLIC, pharmaciens, travailleurs sociaux, associations. La CPTS fait le relais et les professionnels de santé qui y adhèrent s'engagent à trouver un médecin généraliste.</p>
<p><b>Patients en situation de handicap, socialement vulnérables et/ou sans droits</b></p>	<p>A l'échelle des CPTS +++ lister les services et travailleurs sociaux référents, leurs champs de compétences, leurs modes d'interpellation, au service de la médecine de ville pour l'accompagnement des patients (CCAS, antenne handicap, CLIC, pôle social, DAC, ...) et intégrer ces acteurs du champ social dans les instances des CPTS.</p>
<p><b>Patients en EHPAD</b></p>	<p><b>Télé expertise et télé soins</b> à mettre en place</p> <p><b>Astreinte IDE de nuit</b> pour éviter les hospitalisations inutiles la nuit</p> <p>Financement des outils à prévoir : coordination structurée par un plan de prise en charge partagée initial, le dossier médical partagé constitue l'ossature de la prise en charge. Des outils d'échanges légers entre professionnels genre Ezee care, Idomed peuvent compléter la palette. Il est nécessaire de prévoir un financement de ses outils.</p>
<p><b>Patients chroniques dépendants /soins palliatifs</b></p>	<p><b>Importance des DAC</b> qui répondent aux attentes des MT pour les problématiques de parcours complexes. Ils restent encore trop méconnus des professionnels de santé de ville. Pour y remédier, il faut les intégrer dans toutes les CPTS et campagnes de communication auprès des PS de ville.</p>

## Des accès adaptés à l'organisation des soins

<p><b>Soins non programmés</b> ( éviter le recours non nécessaire aux urgences hospitalières)</p>	<p><b>L'expérience des consultations infirmières</b> dans les centres de santé. Après une évaluation initiale, deux possibilités identifiées :</p> <p><u>Pathologie avec protocole de coopération</u> (ex infection urinaire) et l'IDE ou IPA prend complètement en charge (développer les protocoles de coopération en simplifiant l'aspect administratif pour la mise en place)</p> <p><u>Pathologie sans protocole de coopération</u> : évaluation initiale et un des médecins présents de la structure vient finaliser</p> <p><b>Les consultations sages-femmes</b> sont une porte d'entrée pour la santé sexuelle et le nourrisson.</p> <p><b>Les consultations IPA</b>, c'est donner un accès direct aux IPA dans toutes les régions (et pas seulement dans 3 régions comme prévu dans le PLFSS 2023) pour les patients chroniques via des protocoles simplifiés (accès direct / bilan initial et proposition d'action/ information du MT/ accord du MT / poursuite suivi) et revaloriser (ARS) le soutien financier à la formation des IPA qui reste trop faible actuellement (Min = 40 000 € /an).</p>
<p><b>Visite à domicile</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients peuvent être pris en charge conjointement par MG/IDE et les visites à domicile réalisées en alternance</li> <li>- Télé soins avec IDE à domicile équipées d'objets connectés et médecin traitant au cabinet.</li> </ul>
<p><b>Décloisonnement ville-hôpital, pour faciliter les parcours</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Pérennisation des postes partagés ou des consultations avancées</b> ville hôpital dans les CDS et MSP (adapter les modes de financement pour les rendre plus attractifs) L'ARS ne finance que la partie hospitalière.</li> <li>- <b>Développement et généralisation des outils et des organisations</b> qui ont fait leur preuve (par exemple, sur le territoire sud, SIPPILINK, Allo St Joseph)</li> <li>- <b>Utilisation de la MSSanté</b> de manière systématique</li> </ul> <p>Dans l'idéal dossier partagé mais interopérabilité non effective.</p>

## 2. Garantir la permanence des soins et la réponse aux besoins de soins non programmés.

La permanence des soins (PDS) est un dispositif de prise en charge des demandes de soins non programmées par les médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets (le soir, la nuit, le week-end et les jours fériés).

La demande de soins non programmés (SNP) a un impact notable sur le fonctionnement du système de soins. Elle entraîne une augmentation du recours « inapproprié » aux services d'urgences qui sont souvent à saturation. En effet, le terme SNP est souvent associé à celui d'urgences, et l'expression « soins urgents et/ou non programmés » est parfois utilisée. Mais « les soins urgents ne le sont pas toujours d'un point de vue strictement médical, et constituent un sous-ensemble des soins non programmés »

Médecin de nuit, maisons médicales de garde ou pharmacies ouvertes le week-end et à l'occasion d'un jour férié... En France, plusieurs dispositifs permettent de bénéficier de soins en dehors des périodes ouvrables. Organisée par les Agences régionales de Santé (ARS), la permanence des soins s'avère parfois complexe et fait intervenir différents acteurs qui n'est pas toujours évident à décrypter pour l'utilisateur.

### Faire de la prévention

- **Information des patients** sur le bon usage du système de soins pour un recours plus adapté
- **Filtrage de l'accès aux urgences** tel qu'il a été mis en place à l'été 2022 à certains endroits

Les professionnels de santé peuvent faire de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour les patients dont le recours aux soins s'est avéré inadapté (des expériences allant dans ce sens existent, une valorisation conventionnelle peut être proposée).

### Mobiliser une palette plus large de professionnels

Médecin généraliste, IDE, Sage-femme, pharmacien, kinésithérapeute.

Dans leurs compétences propres ou dans le cadre de protocoles nationaux et/ou locaux interprofessionnels :

- Généraliser la présence d'IDE d'astreinte de nuit pour les Ehpad
- Généraliser l'usage de la téléconsultation entre Ehpad / SAU de nuit.

## Les Maisons Médicales de Garde

Développer au sein des MMG, un exercice en équipe (IDE+MG) avec du matériel de sutures/attelles/ecg/echo et augmenter les compétences des professionnels de santé engagés par **des formations dédiées (dans le cadre du DPC)**.

## Pratique du tiers payant obligatoire.

CPTS : les Soins Non programmés (SNP) constituent une de leur mission socle, elles peuvent favoriser une organisation territoriale (numéro d'appel permettant aux patients de trouver une réponse locale rapidement, gestion d'une MMG).

La dynamique des CPTS, peut permettre de mobiliser l'ensemble des acteurs : MMG, Centres de santé, MSP et associations de libéraux, les internes en fin de cursus sur le modèle de ce qui se fait avec les SAMI du Val de Marne.

### 3. Créer une nouvelle alliance pour une politique de prévention dans le quotidien des Français.

#### « Health in all policies »

Les soins n'interviennent que pour 20% dans l'état de Santé d'une population, le reste ce sont les déterminants de santé : **sociaux, environnementaux, logement, éducation** etc... L'état de Santé est dégradé avec plus de pathologies chroniques dans les populations les plus vulnérables (cf. Etude Drees).

Il faut mettre en place une **action intersectorielle** entre toutes les politiques à tous les niveaux (national régional, départemental) pour agir sur les déterminants de santé et favoriser l'équité en santé, systématiser l'introduction d'un volet santé dans toutes les politiques publiques et compléter le volet social actuel dans le cadre des études d'impact.

Exemples : prendre en compte les recommandations des « 1000 premiers » jours dans les déclinaisons des politiques interministérielles (éducation nationale, jeunesse, santé, sport, politique de la ville, aménagement du territoire, équipement, etc.) et développer des conventions interministérielles.

#### Mettre en place des feuilles de route stratégique.

Faire que les plans santé (ex : plan cancer, 1000 premiers jours de l'enfant, dessiner la santé publique de demain) fassent l'objet d'une programmation et puissent être déclinés nationalement, régionalement, localement avec une programmation financière associée.

Exemple dans le rapport des 1000 premiers jours, la consultation « entretien prénatal précoce » est valorisée. Cet entretien fait depuis peu parti du parcours de soins et s'adresse à tous les futurs parents. Il est un point d'entrée privilégié dans un parcours d'accompagnement à la parentalité. Un bilan complet des risques médicaux, sociaux et psychiques est réalisé.

Actuellement il est insuffisamment réalisé car non suffisamment accompagné.

#### Structurer une force d'intervention cohérente dans tous les territoires où existent des CTS.

Donner une cohérence dans un cadre contractuel aux différents dispositifs existants, projet de santé des CDS, MSP, CPTS, projet et contrat territorial de Santé Mentale, projets d'établissements, CLS, CLSM, DAC.

Les CPTS devraient systématiquement intégrer au sein de leur gouvernance des représentants des différents dispositifs pour favoriser la cohérence territoriale.

Il faut mobiliser l'ensemble des acteurs sur des objectifs d'amélioration de la santé dans une dynamique contractuelle. A noter le rôle des départements qui disposent de service de prévention (PMI, centres de santé sexuelle, médico-social) dont l'organisation doit être coordonnée avec les besoins des territoires et en lien avec les autres acteurs.

## Renforcer les dispositifs favorables à la santé des enfants des adolescents

**Le milieu scolaire est l'un des lieux à privilégier dans les démarches de prévention** avec l'enjeu prioritaire pour la littératie en santé, la prévention et le renforcement des facteurs de protection dès le début des parcours de vie des individus.

La disparition progressive des équipes de médecine scolaire a fait disparaître des relais importants dans les établissements. Il faut redéployer les ressources nécessaires à la médecine scolaire pour qu'elle puisse assurer ses missions (essentielles) que la médecine de ville ne pourra en l'état de ses effectifs et de ses compétences reprendre.

Des collectivités (ex Paris), gèrent directement ces personnels mais nécessitent alors des financements fléchés. Proposition du rapport « Dessiner la Santé Publique de demain », contrat à temps partiel de praticiens de santé publique aux Médecins généralistes, IDE, sage-femme portant sur des missions de santé publique sur un territoire (vaccination, dépistage prévention primaire etc.) / Il faut penser à leurs formations (on ne s'improvise pas professionnel-le de santé publique).

## Santé sexuelle

Plusieurs dispositifs y concourent. Pour développer une politique de santé sexuelle cohérente, il faut rapprocher les Centres de santé sexuelle (conseil départemental) et Cegidd (ARS) en les couplant systématiquement.

- **Renforcer la place des centres de santé sexuelle (CeGIDD/CPEF)** : améliorer la visibilité de ces structures insuffisamment connues sur le territoire, augmenter leurs plages horaires trop restreintes (à titre d'exemple le CeGIDD de Béclère propose seulement 2 soirées d'ouverture, le CeGIDD d'Ambroise Paré n'est ouvert que les mardis, mercredis, vendredis)
- **Faciliter l'intervention de professionnels des centres de santé sexuelle** dans les collèges et lycées. L'éducation à la santé sexuelle pourtant prévue dans la loi n'est pas respectée par beaucoup d'établissements par défaut d'intervenants ou de mobilisation des acteurs de l'éducation nationale
- **Soutenir le développement de l'IVG** médicamenteuse en ville et par aspiration dans les CDS et l'élargir aux centres de santé sexuelle
- **Former massivement les MG à la santé sexuelle**, à la Prep... (formation initiale et formation continue)

## Pour l'offre de vaccination

- **Augmenter les temps d'ouverture des centres de vaccination gratuite et leur nombre** en s'appuyant sur les centres de santé et les MSP volontaires, et leur donner plus de visibilité dans les territoires auprès des acteurs de santé et de la prévention, des associations et des usagers.
- **Réfléchir les parcours hors vaccination gratuite.** Le parcours est parfois complexe avec un bilan/consultation pendant laquelle le professionnel recommande la vaccination, réalise la prescription, adresse le patient à la pharmacie et demande au patient de revenir avec son vaccin. Toutes ces étapes augmentent le risque « de perdus de vue » notamment les plus vulnérables. Il faut **permettre à certains professionnels de dispenser des vaccins directement sur place** (IDE, médecins généralistes, sage-femme) pour vacciner dès le point de contact avec le patient et donc qu'ils aient une dotation de vaccin (autorisation exceptionnelle pour certains traitements avec protocole défini sur le plan national pour conservation des médicaments).

## Pour la santé des plus vulnérables

Les patients en situation de précarité qui consultent et ont des demandes sociales qui dépassent généralement la demande sanitaire et les professionnels sont en difficultés car **il est difficile de trouver le bon interlocuteur.**

De nombreux dispositifs existent (DAC, services sociaux différents selon la situation administrative du patient, logement ou pas, régulier ou pas... associations) mais il manque de la coordination. Il faut **penser la mise en place d'un interlocuteur unique** par territoire pour les orientations sociales, pour renforcer les DAC dont c'est une des missions d'assurer ce relai. Ainsi le professionnel de santé contacte le DAC qui ensuite « gère » le patient dans son parcours socio-sanitaire et **développer les PASS ambulatoires** et les financer à la hauteur de leurs missions, dans tous les territoires.

1. A l'heure de Mon espace Santé, il faut **financer et former les médiateurs numériques dans chaque territoire** pour favoriser leurs interventions auprès des habitants victimes de la fracture numérique (illectronisme).
2. **Soutenir et valoriser les missions sociales et les actions de santé publique** des centres de santé publics et non lucratifs, les aider financièrement à intégrer des médiateurs en santé...
3. **Intégrer les acteurs de la santé sociale dans les CPTS.**
4. **Développer les actions d'aller vers** en lien avec les associations, travailleurs sociaux, collectivités territoriales en lien avec les médiateurs santé et les habitants relais.

## La santé communautaire (participative)

La santé communautaire fait partie intégrante de la santé publique, c'est un levier de la politique de promotion de la santé. Elle est fondée sur une approche globale et locale des problèmes de santé qui se traduit par la participation des membres d'un groupe de personne (la communauté) à la gestion de leur santé individuelle et collective. Elle s'inscrit dans les dispositifs d'aller vers pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé et repose sur les principes de décloisonnement, de l'implication de la population dans l'identification de ce qui lui fait problème, de la mobilisation des capacités de la population à s'adapter ou à évoluer, de la participation des membres de cette population à l'ensemble du processus.

Ces processus qui s'inscrivent dans l'évolution de la démocratie sanitaire permet d'intégrer des nouvelles dynamiques et gouvernances du système de santé en intégrant à tous les niveaux des représentants d'usagers dans les instances de réflexion et décisionnaires des structures de santé de ville : MSP, CDS, CPTS, ESSP.

Il faut en promouvoir l'intérêt dans la formation initiale et continue des professionnels de santé.

## 4. Mobiliser les leviers locaux d'attractivité du système de santé.

S'inspirer des réflexions sur le concept de « Magnet Hospital », un type d'établissements de santé « où il fait bon travailler et bon se faire soigner », un établissement qui satisfait à un ensemble de critères, qui permettent d'apprécier les pratiques de ressources humaines, organisationnelles et managériales qui ont été identifiées.

Ce concept pourrait être mobilisé dans cette période de crise des ressources humaines.

### Pour l'ambulatoire

Dans les territoires en tension les professionnels subissent une charge accrue de travail et un risque de burn out important.

L'accessibilité en termes de transport peut être également plus compliquée.

De plus, dans les territoires où les populations vulnérables sont en nombre important la charge mentale est plus importante, les durées de consultation sont plus longues, les conditions plus difficiles et la prévention est plus difficile à mettre en place.

### Propositions en termes d'organisation

**Favoriser, soutenir, financer la création et le développement des équipes** pluri professionnelles (ESP, CDS, MSP) et de CPTS. Des études (IRDES) montrent que travailler en équipe augmente la QVT.

**Mettre en place un engagement de service public « para conventionnel » spécifique**, un label (MSP et CDS territorial) pour ces structures en contrepartie de financements de missions d'intérêt territorial (effectrices de SNP en lien avec le SAS selon une organisation dédiée, mise en œuvre d'une organisation pouvant répondre aux demandes de VAD tous les jours ouvrés, une PASS intégrée, un médiateur santé dans l'équipe, des IDE ASALEE ou IPA...

### Favoriser des parcours professionnels diversifiés...

Les professionnels souhaitent pouvoir développer différentes compétences à différents endroits et travailler en équipe :

- **Développer les postes partagés ville hôpital** à tout moment dans la carrière et élargir les dispositifs à d'autres professions comme les IDE, sage-femme etc...
- **Créer un statut de praticien ambulatoire** (PH like) qui permette des parcours professionnels allant de l'hôpital à l'ambulatoire et dans l'ambulatoire permettre aux médecins d'exercer en centre de santé, maison de santé pluriprofessionnelle, équipe de soins primaires, pmi, centre de santé sexuelle, santé scolaire. Il doit permettre un vrai déroulement de carrière.

- **Reconduire et renforcer le dispositif 400 MG** dans les ZIP, QPV et l'étendre aux ZAC.
- **Augmenter** au-delà de deux demi-journées prévues dans les textes, **les possibilités d'activités d'intérêt général des praticiens hospitaliers et PHU** afin de favoriser leur activité extérieure à l'hôpital, par exemple dans des centres de santé
- **Développer les stages ambulatoires** de médecins spécialistes +++ (notamment par la mise en œuvre d'un stage ambulatoire obligatoire pour les Drs Junior)
- **Développer l'accueil des internes, des étudiants de toutes les professions de santé dans le cadre élargi de la CPTS** (partage de l'accueil entre plusieurs MDS, sous la responsabilité du MSU ou tuteur référent).
- Intégrer dans le parcours de formation des professionnels, notamment des médecins, généralistes ou spécialistes, des temps de stage auprès d'un maximum de professionnels de santé : pharmaciens, kiné, orthophonistes, pédicure podologues, services de PMI, de médecine scolaire, de médecine préventive ... **Mieux se connaître pour mieux exercer et collaborer**. Créer un statut de CPTS « universitaire ».

### Alléger la charge des professionnels

Pour améliorer les parcours de santé, il faut **renforcer la place des assistants médicaux et des médiateurs en santé** pour assurer la coordination des parcours et le suivi des examens complémentaires prescrits par le médecin traitant

Améliorer l'attractivité de ces postes et pérenniser les aides financières pour les MT.

**Pour les visites à domicile**, c'est un sujet crucial de l'accès aux informations médicales/dossier patient informatisé/télé services, doter les médecins s'impliquant dans les VAD d'**outils numériques** avec une prise en charge financièrement et peu encombrants.

**Augmenter les compétences des IDE/assistants médicaux** pour optimiser le temps médical. Par exemple dans la lecture des examens complémentaires/courriers reçus par les professionnels et classement selon la nature de ces résultats. Ceci ferait un premier ri et le professionnel pourrait se concentrer sur les résultats anormaux.

Pour la rémunération, il faut **repenser le mode de rémunération** dans les déserts médicaux et notamment dans les QPV, envisager un **forfait précarité** en fonction du taux de sur précarité de la patientèle, **revoir le financement des effecteurs dans la PDSA et le SAS** en maintenant la majoration de 15 € pour les cs régulées. Financement de type ROSP si implication dans la PDSA.

Et ne pas oublier, de prévoir **logement et accueil des étudiants** et penser global, attractivité du territoire complet (emplois, services etc.).

## Index

CDS centre de santé  
CeGIDD centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic  
CLIC outil d'accès personnalisés aux services de santé  
CLS contrat local de santé  
CLSM contrat local de santé mentale  
CPTS communauté territoriale de santé  
CTS contrat territorial de santé  
DAC dispositif d'appui à la coordination  
DPC Développement Professionnel Continu  
ESP équipe de soins primaires  
ETP éducation thérapeutique du patient  
IDE infirmier.e diplômé.e d'État  
IPA infirmier.e en pratique avancée  
MG médecin généraliste  
MMG maison médicale de garde  
MSP maison de santé pluriprofessionnelle  
MSU maître de stage universitaire  
MT médecin traitant  
PASS permanence d'accès aux soins de santé  
PDSA permanence de soins ambulatoire  
PLFSS projet de loi de financement de la sécurité sociale  
PHU praticien hospitalier universitaire  
PMI protection maternelle et infantile  
Prep pre-exposition prophylaxis  
PS professionnel de santé  
QPV quartier politique de la ville  
ROSP rémunération sur objectif de santé publique  
SAU service d'accueil d'urgence  
SAS service d'accès aux soins  
VAD visite à domicile  
ZAC zone d'activité complémentaire  
ZIP zone d'intervention prioritaire