

Les principaux articles concernant les centres de santé

commentés par le Dr Alain Lesieur

(Les nouvelles rédactions des articles du CSS et du CSP concernant les centres de santé, telles qu'elles résultent des modifications introduites par la loi, figurent dans un document séparé.)

◆ LES DISPOSITIONS CONCERNANT DIRECTEMENT LES CENTRES DE SANTÉ

L'article 77 concerne les modalités de pratique des IVG par les centres de santé.

Il modifie l'article L. 6323-1 du CSP et stipule que les IVG sont réalisées dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du CSP (qui concerne les modalités de réalisation des IVG avant la 12e semaine), selon des modalités définies par un cahier des charges établi par la Haute Autorité de santé, dans le cadre d'une convention conclue au titre de l'article L. 2212-2.

L'article 78 concerne l'accord national des centres de santé

- Par une modification de l'article L.162.32.1 du CSS¹, **les conditions de transposition aux centres de santé des modes de rémunération autres que le paiement à l'acte contenues dans les conventions libérales.**
- Par une modification de l'article L.162-32-2 du CSS, **les modalités d'opposition à l'accord national des centres de santé par des organisations représentatives de ces centres.**
- Par un ajout au même article, **l'application automatique de l'accord national**, de ses annexes et de ses avenants, **aux centres de santé qui n'ont pas exprimé de volonté contraire.**
- Par des ajouts au même article, **les modalités de reconduction tacite de l'accord national et les modalités de recours au règlement arbitral en cas d'échec des négociations conventionnelles.**

L'article 81 prévoit un délai de 6 mois, à compter de la promulgation de la loi, **pour mettre en conformité l'accord national avec la loi en le révisant.**

L'article 118 prévoit la possibilité, pour les **élèves infirmiers** dans le cadre de leurs stages, **d'effectuer des actes dans les centres de santé.**

Il définit également les **centres de santé pluriprofessionnels universitaires.**

« Un centre de santé pluriprofessionnel universitaire est un centre de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont il dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et de la recherche en soins

1

« Ces conditions prévoient que les modes de rémunération définis par ces conventions, autres que le paiement à l'acte, font l'objet, au plus tard six mois après la conclusion de ces conventions ou d'avenants à ces conventions, d'un examen dans les conditions prévues par l'accord en vue de leur intégration au sein de celui-ci, conformément au premier alinéa de l'article L. 162-32-2 ; »

primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces centres de santé pluriprofessionnels universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. »

L'article 164 concerne **les conventions nationales** des professionnels de santé, y compris **l'accord national des centres de santé**, et indique qu'elles précisent, par un ou plusieurs **contrats types nationaux**, les **modalités d'adaptation régionale des dispositifs visant à favoriser l'installation des professionnels de santé ou des centres de santé** en fonction des zones d'exercice définies par le SROS.

Elles peuvent prévoir, par les mêmes contrats types, des **modalités d'adaptation régionale d'autres mesures conventionnelles**, à l'exception de celles relatives aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du présent code et aux rémunérations de nature forfaitaire fixées par les conventions.

Le directeur général de l'ARS arrête, dans le respect des contrats types nationaux, les contrats types régionaux comportant les adaptations applicables dans la région.

Chaque centre de santé conventionné établi dans le ressort de l'agence peut signer un ou plusieurs contrats conformes à ces contrats types régionaux avec le DG de l'ARS et un représentant des régimes d'assurance maladie désigné à cet effet par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Il prévoit également que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent définir conjointement des **lignes directrices préalablement aux négociations des accords**, contrats et conventions prévus aux articles L. 162-1-13, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, **L. 162-32-1** et L. 322-5-2. Le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie prend en compte ces lignes directrices dans la définition des orientations mentionnées au 4° de l'article L. 182-2-3. » ;

L'article 204 prévoit que **dans un délai de deux ans** à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures d'amélioration et de simplification du système de santé relevant du domaine de la loi visant à **clarifier et à adapter les dispositions du CSP relatives aux conditions de création, de gestion, d'organisation et de fonctionnement des centres de santé**.

L'article 207 intègre les centres de santé dans la **mission de service public de permanence des soins**. Les modalités de celle-ci sont désormais élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins et des centres de santé et sont définies après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent.

L'article 209 concerne les **modifications apportées à l'article L. 6323-1 du CSP concernant les centres de santé**.

Deux articles prévoient de permettre à deux types de structures n'exerçant pas habituellement une activité de soins de rejoindre la famille des centres de santé.

L'article 5 permet aux services de médecine préventive et de promotion de la santé universitaire de dispenser des soins en adoptant le statut de centre de santé.

L'article 166 prévoit que, dans un **délai de neuf mois** à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par **ordonnances** toutes mesures relevant du domaine de la

loi Afin d'assouplir et simplifier, dans le respect de la sécurité sanitaire, la législation relative à **l'Établissement français du sang et à la transfusion sanguine** ... en **modifiant la définition des centres de santé** précisée à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, pour permettre aux établissements de transfusion sanguine d'exercer des activités de soins dans ce cadre.

◆ LES DIPOSITIONS AYANT UN IMPACT NOTABLE SUR LES CENTRES DE SANTÉ

L'article 64 définit les équipes de soins primaires (ESP).

Il s'agit d'un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'article 65 concerne les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Composition : professionnels de santé éventuellement regroupée sous la forme d'une ou plusieurs équipes de soins primaires, acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, acteurs médico-sociaux et sociaux.

Objectifs : mieux coordonner l'action des professionnels et structurer les parcours de santé et réaliser des objectifs du PRS.

Modalités : nécessité de formaliser un projet de santé, transmis à l'ARS, précisant le territoire d'action de la communauté.

À défaut d'initiative des professionnels, l'ARS prend en concertation avec les URPS et des représentants des centres de santé les initiatives nécessaires à la constitution de ces CPTS.

L'ARS peut conclure des contrats territoriaux de santé, pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux et sur la base des projets de santé des ESP et des CPTS. Ces contrats peuvent être financés par le FIR.

Les pôles de santé deviennent des CPTS.

L'article 67 concerne le « Pacte territoire-santé » et les « Fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes ».

Le pacte territoire-santé doit améliorer l'accès aux soins de proximité sur l'ensemble du territoire en :

- Promouvant la formation et l'installation des professionnels de santé des centres de santé en fonction des besoins des territoires ;
- Accompagnant l'évolution des conditions d'exercice des professionnels de santé notamment dans le cadre des ESP et de des CPTS.

Le pacte peut prévoir des actions spécifiques destinées aux territoires partis carrément isolés et aux quartiers prioritaires de la politique de la ville. Il est arrêté par le ministre de la santé et mise en œuvre par les ARS. Un comité national est chargé d'élaborer et d'assurer le suivi de la mise en œuvre de ce pacte et d'en établir un bilan.

Les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes sont organisées en soutien des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux par les ARS.

Un parcours de santé est dit complexe lorsque la situation du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux. Le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier. Elles peuvent être mises en œuvre par une ESP ou CPTS.

Pour organiser les fonctions d'appui l'ARS peut constituer, par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

L'article 76 concerne les médecins traitants des patients de moins de 16 ans.

Ces médecins peuvent être des médecins de centres de santé.

Leurs missions particulières, et leurs modes de rémunération autres que le paiement à l'acte, seront définis par voie conventionnelle dans le cadre de la convention avec les médecins libéraux². (Il faudra être vigilant sur les modalités de déclinaison de ces modes de rémunération aux centres de santé).

À noter que les dépassements d'honoraires relatifs aux patients hors parcours de soins ne sont pas applicables aux patients de moins de 16 ans.

Ce médecin traitant est désigné par un au moins des deux parents ou par le titulaire de l'autorité parentale.

L'article 83 concerne notamment le tiers payant en médecine de ville et présente :

- Le calendrier de mise en œuvre du TP pour la part des actes prise en charge par l'assurance maladie :
 - À compter du 1er juillet 2016 : possibilité d'appliquer le TP aux patients en ALD et aux bénéficiaires de l'assurance maternité.
 - À compter du 31 décembre 2016 : obligation d'appliquer le TP à ces catégories de patients.

2

L'article L. 162-5 du CSS, qui définit les items de la convention de médecins libéraux, se voit ajouter des 23° et 24° ainsi rédigés : « 23° Les missions particulières des médecins traitants des patients de moins de seize ans mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins spécifique à ces patients, le cas échéant, avec les médecins d'autres spécialités, notamment en ce qui concerne le parcours de soins des enfants atteints d'une maladie chronique et la transition vers le parcours de soins de l'adulte ;

« 24° Le cas échéant, les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte, y compris ceux intervenant en contrepartie d'engagements individualisés définis au 22° relatifs aux missions et aux modalités d'organisation prévues au 23°. »

- Dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la loi, les AMO et les AMC transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie du TPIG³. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement à compter du 1er janvier 2017.
- À compter du 1er janvier 2017 : possibilité d'appliquer le TP sur la part prise en charge par l'assurance maladie.
- À compter du 30 novembre 2017 : obligation d'appliquer le TP sur la part prise en charge par l'assurance maladie.
- Une disposition prévoyant la transmission entre les organismes d'AM concernés du protocole d'ALD en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie.
- La garantie de paiement, sur la part prise en charge par l'AMO, pour le professionnel qui pratique le TP si la carte de l'assuré n'est pas sur une liste d'opposition.
- Un comité de pilotage, composé de représentants de l'État, des organismes d'AMO et d'AMC, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les préconisations d'amélioration.

(Pour mémoire : les dispositions relatives à la participation des assurances complémentaires ont été déclarées non conformes à la constitution et ne figurent donc pas dans la loi.)

L'article 90 concerne la médiation sanitaire et l'interprétariat

Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques (élaborés par la HAS) définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées.

L'article 92 prévoit qu'à titre expérimental et pour une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, peuvent être mis en œuvre des **projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées.**

L'article 96 concerne le partage des informations médicales concernant un malade

Il introduit la notion d'**équipe de soins** (à ne pas confondre avec l'équipe de soins primaires) qui est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de

3

ces actes, et qui ...exercent dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret⁴.

Dans ce cadre, les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Il stipule que **différents organismes dont les CdS**, afin de garantir la qualité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel et leur protection **utilisent**, pour leur traitement, leur conservation sur support informatique et leur transmission par voie électronique, **des systèmes d'information conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par l'ASIP**.

Il indique également que **toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel** recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, **pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil desdites données** ou pour le compte du patient lui-même, **doit être agréée à cet effet**. Cet hébergement, quel qu'en soit le support, papier ou électronique, est réalisé après que la personne prise en charge en a été dûment informée et sauf opposition pour un motif légitime. »

Il prévoit également la **création du dossier médical partagé** dont le maître d'œuvre est la CNAM. Son alimentation devient une obligation pour les différents professionnels qui concourent à la prise en charge du patient. Le médecin traitant verse périodiquement, au moins une fois par an, une synthèse dont le contenu est défini par la HAS.

Cet article définit également le service public hospitalier. En autres dispositions, il prévoit que les établissements de santé qui y participent développent, à la demande de l'ARS, des actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé.

L'article 113 décrit les modalités relatives à la **création de plateaux mutualisés d'imagerie médicale** impliquant au moins un établissement de santé et comportant plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents, des équipements d'imagerie interventionnelle ou tout autre équipement d'imagerie médicale.

L'article 114 concerne les nouvelles modalités du **développement personnel continu** (DPC).

Il traite, entre autres, des orientations et du financement du dispositif.

Les orientations pluriannuelles prioritaires du DPC comportent :

1° Des orientations définies par profession ou par spécialité sur la base des propositions des conseils nationaux professionnels ou, en l'absence de conseils nationaux professionnels, des représentants de la profession ou de la spécialité ;

2° Des orientations s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé ;

4

Compte tenu de cette définition, les CdS devraient figurer sur cette liste.

3° Des orientations issues du dialogue conventionnel relevant des articles ... L. 162-32-1 du CSS (qui vise l'accord national des CdS). Une modification de l'article L. 162-32-1 qui concerne l'accord national des centres de santé formalise ceci en insérant un item 6° bis ainsi rédigé :

« 6° bis Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ; ».

Pour ce qui concerne le financement, il semble pour les médecins salariés être entièrement à la charge des employeurs, par l'intermédiaire des organismes qu'ils financent pour assurer la formation professionnelle de leurs salariés.

« Le développement professionnel continu se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres aux différents secteurs d'activité des professionnels de santé, notamment par les employeurs ou par les organismes mentionnés aux articles L. 6331-1 et L. 6332-9 du code du travail ainsi qu'au II de l'article 16 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Le contrôle du respect par les professionnels de santé de leur obligation de développement professionnel continu est réalisé par les instances ordinaires, les employeurs et les autorités compétentes, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État ».

L'Agence nationale du développement professionnel continu assure le pilotage et contribue à la gestion financière du dispositif de développement professionnel continu pour l'ensemble des professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou leurs conditions d'exercice.

L'article 119 concerne [l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux](#).

L'article 120 définit la **profession d'assistant dentaire** et l'intègre dans le cadre des professions de santé.

On relève notamment que la liste des activités ou actes que l'assistant dentaire peut se voir confier est déterminée par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de chirurgie dentaire.

Il décrit également le contenu ainsi que les modalités de formation des professionnels qui la pratiquent.

L'article 123 concerne [la pratique de la masso-kinésithérapie](#).

L'article 127 concernant la [profession de sage-femme](#) et aborde entre autres son rôle dans l'interruption volontaire de grossesse.

L'article 131 concerne [la pratique de l'orthoptie](#)

L'article 132 concerne [la profession d'opticien-lunetier](#) et décrit les pactes que ces professionnels peuvent effectuer sans prescription médicale.

L'article 155 concerne **la recherche biomédicale**, notamment à finalité commerciale, et ses modalités d'application dans différentes structures, notamment les centres de santé.

L'article 158 concerne **la territorialisation de la politique de santé**.

Il définit notamment le projet régional de santé et sa mise en oeuvre à travers le schéma régional de santé.

Pour celui-ci, il est précisé qu'il « indique, dans le respect de la liberté d'installation, les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés à l'article L. 1411-11 et des soins de second recours mentionnés à l'article L. 1411-12. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux.

Il prévoit également que le DG de l'ARS arrête par décret les zones de forte et de faible densité aux professionnels de santé ainsi que les mesures de régulation nécessaires pour « réduire les inégalités en matière de santé et favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ».

Il définit également les conseils territoriaux de santé ainsi que le diagnostic territorial partagé...

L'article 208 concerne la profession de **manipulateur d'électroradiologie** et fait disparaître l'obligation de présence d'un médecin pouvant intervenir à tout moment lorsque cet auxiliaire effectue des actes.

L'article 217 comprend certaines dispositions relatives à **l'information des patients** et stipule que :

- Toute personne a droit à une **information sur les frais** auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais. Cette information est gratuite. L'information est délivrée par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et par les centres de santé :
 - « 1° Par affichage dans les lieux de réception des patients ;
 - « 2° Par devis préalable au-delà d'un certain montant.
- Lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical sur mesure, le **devis normalisé** comprend de manière dissociée le prix de vente de chaque produit et de chaque prestation proposés, le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, le montant du dépassement facturé et le montant pris en charge par les organismes d'assurance maladie.
- Le professionnel de santé remet par ailleurs au patient les **documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés**, en se fondant le cas échéant sur les éléments fournis par un prestataire de services ou un fournisseur.
- Le **devis normalisé est défini** par un **accord** conclu entre l'UNCAM, l'UNOCAM et les **organisations représentatives des professionnels de santé concernés**. À défaut d'accord, un devis type est défini par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale.

- Lors de sa prise en charge, le patient est informé par ... le service de santé ..., exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins l'employant, que ce **professionnel ou cette personne remplit les conditions légales d'exercice définies au présent code.**
- Le patient est également **informé** par ces mêmes professionnels ou personnes du **respect de l'obligation d'assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative** susceptible d'être engagée dans le cadre de leurs activités.