



## **Avis du 24.03.17 de la Conférence nationale de santé sur les projets d'ordonnance et de décret sur les centres de santé**

adopté en procédure d'urgence <sup>1</sup> par les membres de la Commission permanente, à l'issue d'un vote électronique organisé du 22 au 24 mars 2017

o O o O o

La Commission permanente de la Conférence nationale de Santé (CNS) du 16 mars 2017 a décidé de s'autosaisir des projets d'ordonnance et de décret sur les centres de santé.

Ces projets de texte comportent deux lignes directrices : la prévention des conflits d'intérêts et le rétablissement d'un régime d'agrément par les Agences régionales de santé (ARS) sur les centres de santé, tel qu'il prévalait avant la [loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#), dite « loi HPST ». Ces deux thèmes des projets de texte suscitent de fortes réactions critiques des organisations représentatives des centres de santé.

Du fait de leur fonctionnement exclusif en secteur 1, et de leur capacité d'organiser des solutions de premier recours en exercice coordonné, dans des territoires où les professionnels libéraux ne vont plus, seuls ou dans le cadre d'une maison de santé pluridisciplinaire, la CNS est attachée aux capacités de développement des centres de santé, dans une approche de complémentarité au service de la population.

1. **Sur la prévention des conflits d'intérêts**, la Conférence nationale de Santé s'est déjà exprimée précisément dans son avis du 09 septembre 2014, sur le projet de loi relatif à la santé (extraits - p. 14) :

« [Prévention des conflits d'intérêt entre la position de fabricant d'équipements ou de dispositifs médicaux ou de médicaments et la position de gestion d'activités sanitaires et médico-sociales.](#)

[Une disposition de la loi interdisant ce double positionnement serait nécessaire, car la confusion de ces deux rôles constituerait un risque très sérieux en termes d'indépendance de prescription des praticiens des établissements et services concernés, et surtout, d'exercice des responsabilités et signalements dans le domaine des vigilances sanitaires. »](#)

---

<sup>1</sup> Nombre d'électeurs/trices à la Commission permanente de la CNS : 25 membres. Décompte des voix : 16 suffrages exprimés, 14 voix « pour », 2 voix « contre » - 1 abstention et 2 suffrages « hors délais ». Pour rappel, la procédure d'urgence pour l'adoption des avis de la CNS est définie à l'article D. 1411-45-2 du code de la santé publique : « En cas d'urgence, la commission permanente peut adopter des avis et propositions selon les mêmes modalités. La commission permanente rend compte des avis et propositions adoptés selon la procédure d'urgence à l'occasion de la prochaine assemblée plénière de la conférence. En cas d'extrême urgence dûment motivée, la consultation des membres de la Conférence nationale de santé au sein de ces formations peut intervenir par tout moyen approprié permettant leur identification et leur participation effective à une délibération collégiale. »

Au-delà des questions rédactionnelles sérieuses suscitées par le projet d'ordonnance sur les centres de santé, du fait de sa généralité et de son imprécision, qui ne garantissent pas d'ailleurs leur caractère opérant, la CNS constate avec étonnement que le Gouvernement n'a pas du tout avancé sur le sujet bien plus conséquent de la prévention des conflits d'intérêts concernant les établissements de santé et médicosociaux, ou encore dans le statut des Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA). Les textes réglementaires parus sur les contrats uniques de recherche des établissements de santé à visée commerciale ne comportent aucune garantie à ce titre, très étonnamment.

**De ce fait, la CNS comprend que les organisations représentatives des centres de santé protestent contre une mesure les ciblant particulièrement, sans vision d'ensemble, avec un effet anormal de stigmatisation. La CNS recommande la recherche d'une prévention des conflits d'intérêts de manière méthodique et transversale, embrassant le premier recours comme le second recours hospitalier et médico-social.**

2. **Sur le retour d'un régime d'agrément** : dans son avis du 15 octobre 2015 sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, dite « loi ASV », la CNS avait insisté pour le rétablissement d'un régime d'autorisation concernant les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et se réjouit d'avoir été suivie, avec d'autres composantes partageant cette analyse. La CNS ne s'oppose pas à une vision planifiée et organisée du système de soins et d'accompagnement, pour promouvoir une égalité sociale et territoriale d'accès d'une part, et une efficience de répartition des ressources rares, d'une part, financières et en compétences soignantes et socioéducatives, d'autre part.

Il apparaît néanmoins que le régime d'agrément instauré par le projet d'ordonnance et son projet de décret d'application ne prévoient pas de critères d'appréciation de la demande de création des centres de santé, laissant ainsi la responsabilité seule d'appréciation aux Agences régionales de santé.

Se pose également la question de la motivation de la décision de rejet de la demande d'agrément, qui, s'il s'agit d'un principe général, n'en est pas moins absent de ces textes.

Pour autant, l'article 158 de la [loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#) comporte, concernant le premier recours, une asymétrie importante : le Projet régional de santé (PRS) et l'énoncé qu'il doit comporter de besoins pour le premier recours précise que ses stipulations « ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux ». Faudrait-il alors comprendre que le volet premier recours du PRS ne serait opposable qu'aux centres de santé ? En second lieu, apparaîtrait aujourd'hui un régime d'agrément des centres de santé, alors qu'une telle mesure n'est – sauf erreur de la part de la CNS - pas envisagée pour les professionnels de soins libéraux.

Pour la CNS, cette double différence de traitement potentielle interroge aujourd'hui alors qu'il y a un véritable enjeu d'accès aux soins de premier recours pour toute une partie de la population. Faut-il que l'Etat et ses ARS se constituent ainsi prisonniers d'une double condition – avec autant de contentieux potentiels - pour l'implantation de centres de santé, tandis qu'aucune règle équivalente n'existerait sur le versant libéral de la pratique en premier recours ?

Pour la CNS, deux pistes sont possibles :

1. au titre d'un traitement équitable de situations similaires, les centres de santé conservent un régime déclaratif, avec la contrepartie de visites de conformité et d'une possibilité de mesures de police sanitaire de l'ARS. En bonne logique, visites de conformité et possibilités de mesure de police sanitaire devraient également pouvoir concerner le contrôle des maisons et pôles de santé ;
2. inscrire la notion d'agrément dans une perspective de généralisation à l'offre de premier recours (centres de santé, MSP et cabinets isolés). Cet agrément serait délivré, non par la seule ARS, mais sur avis d'une commission réunissant l'ARS, les représentants des gestionnaires et des professionnels des centres de santé, les représentants des MSP, les représentants des usagers. Cette deuxième solution aurait l'avantage de s'inscrire dans une dynamique de garantie de qualité de l'offre de soins de premier recours très attendue par les usagers.

Au-delà de ces éléments, la CNS ne peut que constater que ce projet entre en contradiction avec les engagements pris par le Gouvernement dans le cadre du Pacte territoire santé 2012, qui prévoyait de « conforter la place des centres de santé » et questionne l'avenir de la prise en charge des patients au regard des évolutions annoncées de notre système de santé dans le cadre, notamment, du virage ambulatoire.

Lieu de concertation sur les questions de santé, la Conférence nationale de santé est un organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé.

Elle exerce trois missions :

- **formuler des avis sur l'amélioration du système de santé** et, en particulier, sur :
  - le projet de loi définissant les finalités et priorités de la politique de santé ;
  - les finalités et axes stratégiques de la politique nationale de santé ;
  - les plans et programmes nationaux de santé ;Elle peut aussi s'autosaisir de toute question qu'elle estime nécessaire de porter à la connaissance du ministre ;
- **élaborer chaque année un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé**, élargi au champ médico-social mais aussi à « l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social » ; ce rapport est élaboré sur la base des rapports des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) ;
- **contribuer à l'organisation de débats publics sur les questions de santé.**