# Photo CNS.jpg

**PROJET SANTE [[1]](#footnote-2)**

**ASSOCIATION DES USAGERS DU CENTRE DE SANTE DU 4 Avenue RICHERAND**

Table des matières

[1. Préambule 1](#_Toc15368342)

[2. La SCIC Santé Richerand : un outil au service de l’intérêt général 4](#_Toc15368343)

[3. Projet institutionnel de santé de la SCIC Santé Richerand (premières réflexions) 5](#_Toc15368344)

[4. Pistes de renforcement du projet 10](#_Toc15368345)

# Préambule

**Les centres de santé, quel constat ?**

**Le bilan :**

Depuis 20 ans, la politique de santé en France s’est dégradée. La France figure désormais au

17ème rang européen pour la mortalité infantile. Pour la première fois depuis des décennies, la vie en bonne santé après l’âge de la retraite diminue ! La consommation des médicaments est la plus forte d’Europe. On déplore que plus de 30% de personnes renoncent aux soins, dont les jeunes et des millions de salarié-e-s chômeurs, précaires, personnes âgées, isolées…

Le pouvoir d’achats des familles et des retraités s’est dégradé. La privatisation du secteur de la santé s’est amplifiée. Les salariés et famille comme les retraités à revenus modeste ne peuvent plus se soigner.

L’imposition d’une politique du chiffre et de rentabilité de l’acte par les pouvoir publics dégrade la qualité des soins. La politique à l’acte pour les médecins amène le praticien à réduire à 7 minutes la consultation, alors qu’auparavant les consultations permettaient au médecin de prendre le temps d’écouter et d’interroger le patient. Cela permettait le plus souvent de ne pas systématiquement par manque de temps de consultations de prescrire des examens qui amène le client à prendre RDV dans le secteur privé avec des dépassement d’honoraires, comme cela se fait déjà là où le paiement à l’acte a été mis en place.

Les collectivités locales devant les pressions budgétaires de l’Agence Régionale de Santé

(ARS), transfert leur centre de santé au secteur privé. Ces centres de santé qui était du secteur 1, libèrent et augmentent le coût des consultations Ce qui rend plus couteux l’accès au soin et dégrade le niveau sanitaire et sociale des populations.

**Le contexte actuel**

Le pacte territoire santé en octobre 2012 , Service public territorial de Santé en mars 2013 puis la Stratégie nationale de Santé 2018-2022 s’articule autour de quatre axes complémentaires :

1. **Prévention** : Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie
2. **Lutter contre les inégalités sociales et territoriales** d’accès à la santé
3. Garantir la **qualité, la sécurité et la pertinence** des prises en charge à chaque étape du parcours de santé
4. **Innovation :** innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers

Les gouvernements ont multiplié les annonces, en appelant même à une révolution des soins de premiers recours.

C’est bien en effet une révolution que l’offre de soins nécessite. Mais au-delà des mots, nous usagers attendons des actes. Ainsi, la médecine ambulatoire fondée sur l’exercice isolé et libéral est dans une impasse : chute de la démographie médicale, désertification médicale, perte d’attractivité des jeunes soignants pour la médecine générale. Elle ne peut en l’état relever les défis sanitaires d’aujourd’hui.

De nouvelles réponses organisationnelles à l’échelle des territoires et en réponse aux besoins sont indispensables. Une des solutions est certainement le développement des formes d’exercices ambulatoires regroupés.

Deux modèles existent, l’un bénéficiant d’une expérience de plus de 60 ans, les centres de santé, l’autre créé depuis quelques années par des praticiens libéraux, les maisons de santé pluri professionnelles.

Qu’est-ce qui les différencie ? Question souvent posée par les élus qui, face à la carence de l’Etat, cherchent à soutenir ou à créer des structures de soins ambulatoires en réponse aux besoins de leur population.

**Éléments de réponse et rappels…Définis par la loi**

**Les centres de santé** sont des structures sanitaires de proximité qui dispensent des soins principalement de premier recours, sans hospitalisation. Ils mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d’éducation pour la santé, d’éducation thérapeutique des patients et des actions sociales. Ils sont très divers, polyvalents, médicaux, dentaires, infirmiers. On en dénombre un peu plus de 1200 en France.

Ils pratiquent le tiers payant. Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé. Ils

Bénéficient d’un projet de santé qui favorise l’accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d’actions de santé publique.

Les médecins et les professionnels soignants qui exercent en centre de santé sont salariés.

Les centres ont créé de nouvelles pratiques dites d’équipe, coordonnées autour d’un dossier médical commun. Promoteurs de la médecine globale et sociale, en lien avec les acteurs médico-sociaux et associatifs, ils collaborent avec les réseaux de soins et les hôpitaux de service public.

**Les maisons de santé Pluri professionnelles** (MSP) quant à elles ont été inscrites beaucoup plus récemment dans le Code de Santé Publique. Elles sont régies par un statut : la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). C’est une personne morale constituée entre des professionnels libéraux, médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens qui assurent des activités de soins sans hospitalisation de premier recours et, le cas échéant, de second recours. Les MSP peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d’éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu’ils élaborent et dans le respect d’un cahier des charges, transmis à l’Agence régionale de

Santé. Il n’y a pas de « labellisation », toute structure peut s’appeler maison de santé. Cependant, dès que des financements publics sont sollicités, elle doit répondre à un cahier des charges de la DGOS : au moins deux médecins généralistes et un au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute…).

Les professionnels des maisons de santé restent dans un cadre d’exercice libéral.

Le respect des tarifs opposables : il garantit l’accès aux soins à tous les assurés sociaux sans dépassements d’honoraires. Rien n’oblige encore à ce jour les maisons de santé à respecter les tarifs conventionnés de secteur 1 d’autant que les médecins libéraux sont largement opposés au Tiers Payant intégral.

**L’accessibilité sociale :**

Les centres de santé pratiquent obligatoirement le tiers payant. Les centres ont de plus généralisé les conventions avec les complémentaires pour offrir la dispense de frais totale à la majorité de leurs usagers. Par cela, ils participent à la réduction des inégalités sociales de santé, offrant les mêmes services à chacun quel que soit son statut social.

A contrario, la médecine libérale MSP demain ne propose qu’à titre exceptionnel le tiers payant et la dispense de frais. Beaucoup trop de médecins libéraux limitent (refusent parfois) l’accès des bénéficiaires de la CMU et de l’AME à leur consultation. Les maisons de santé libérales n’ont aucune obligation supplémentaire vis-à-vis de ces usagers ni aucune mission spécifique pour participer à la réduction des inégalités sociales de santé, ni solidaire par le refus de la prise en charge des assurés précaires et sans papiers.

# La SCIC Santé RICHERAND : un outil au service de l’intérêt général

**La création de la SCIC RICHERAND doit développer des pratiques innovantes et modernes :**

Les centres de santé ont développé une pratique fondée sur la médecine d’équipe autour d’un dossier médical commun. La médecine d’équipe apparaît aux yeux de tous, et des jeunes soignants en particulier qui les plébiscitent, comme un facteur d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins inscrit dans un projet d’établissement dont la finalité financière doit tendre vers un équilibre financier contrairement au MSP qui mutualise surtout les moyens pour optimiser la rentabilité financière.

Mais là où les centres de santé ont acquis une compétence forgée par 60 années d’expérience, les maisons de santé se trouvent confrontées à de nombreuses difficultés limitant le développement de ces pratiques, en lien avec le statut libéral des soignants qui y exercent et les conflits d’intérêt qu’il peut susciter.

Un outil de santé publique de proximité : les centres de santés sont des partenaires des collectivités. Ils savent mener efficacement des actions de dépistage, de prévention, de promotion de la santé adaptés aux besoins sanitaires des populations. Ils sont aussi des outils de recueil d’information de la santé des populations et de veille sanitaire.

**Une pratique éthique :**

Le choix du salariat comme mode de rémunération est identitaire des centres de santé et de la médecine qui y est pratiquée. Le salariat rompt le principe de paiement direct de l’acte médical entre le patient et le soignant, et le lien entre rémunération et productivité du praticien.

Le paiement à l’acte direct reste la pratique des médecins libéraux exerçant en maison de santé.

Des pratiques efficaces : la qualité et l’efficacité des centres de santé sont reconnus par leurs usagers et par les acteurs de santé (hôpitaux, réseaux…) qui passent convention avec eux.

L’étude EPIDAURE menée en 2009 auprès de 14 000 usagers de 21 centres de santé a démontré que les centres remplissaient leur rôle social accueillant jusqu’à deux fois plus d’usagers en situation de vulnérabilité sociale que la médecine libérale sur le même territoire. Cette même étude a montré aussi que pour les patients suivis par un médecin traitant en centre de santé, les dépenses de santé générées pouvaient être moins élevées que pour des patients suivis par les médecins libéraux.

Il faut également souligner que les jeunes médecins (majoritairement des femmes) mais pas que désirent travailler en salariat pour avoir du temps libre. L’approche libérale d’avant n’est plus de mise et les jeunes au delà du temps de travail c’est aussi la pratique collective et coopérative qu’ils aspirent à mettre en œuvre pour partager leur savoir et leur expérience.

**Des financements insuffisants, oui, mais pour… les deux modèles ! :**

Les centres de santé présentent un coût de fonctionnement structurel qui est lié à leurs missions sociales et à leurs pratiques. Ce coût n’est pas couvert par leur principale source de recettes, le paiement des actes. Il est évalué en moyenne entre 10 et 15% (3,5 €/acte) et pris en charge, par défaut des institutions (CNAM, ARS…), par leurs gestionnaires, municipalité, mutuelles, associations.

Les centres de santé sont des structures modernes adaptées aux enjeux sanitaires d’aujourd’hui et de demain. C’est même le seul modèle d’organisation ambulatoire qui garantit par ses statuts l’accès pour tous aux soins de proximité et de qualité mais aussi à la prévention. Ils s’inscrivent dans une démarche de service public de santé, au service des populations. Ce sont des partenaires efficaces des collectivités territoriales et des autres acteurs de la santé : hôpitaux, réseaux de soins et université. Ils présentent un attrait très fort pour les jeunes générations de soignants.

# Projet institutionnel de santé de la SCIC Santé RICHERAND (premières réflexions)

**Notre association, héritière du Comité de soutien initié par les syndicats CGT Ile de France des Industries Electriques et Gazières et les CMCAS de la Région Ile de France, a pris toute sa part dans les premières réflexions du projet institutionnel de santé de la SCIC.**

Les Usagers, les médecins, les personnels, la CCAS et les CMCAS d’IDF peuvent se targuer d’avoir porté, sur le plan national, le premier Centre de Santé géré sous forme coopérative. Ce mercredi 10 Octobre 2018, représentants des usagers, des professionnels, des partenaires, CCAS, toutes les parties prenantes étaient autour de la table pour créer l’évènement. : La modification du code de la santé publique en janvier 2018 permettant à une SCIC à but non lucratif de gérer un centre de santé : usagers, salariés, professionnels, partenaires, collectivités, tous animés par l’intérêt général et le sens du service public.

Un projet de santé innovant, *disruptif* comme disent certains. L’attention à toute la population : plus démunis aux précaires aux Sans Papiers aux migrants aux exilés et aux victimes de guerre; la prise en charge médicale inconditionnelle ; la prévention, la recherche, l’enseignement. L’excellence hospitalière. Porté par la protection sociale solidaire, fondement de notre système de santé français.

Un modèle plébiscité par la population

Les Parisiens sont demandeurs de centres de santé. Lors du budget participatif de 2018, un projet proposant de créer un centre de santé par quartiers a été adopté par 23676 Parisiens (3ème projet qui a reçu le plus de votes). C’est une demande forte contre la désertification médicale, alors que la moitié des médecins doivent prendre leur retraite dans les 5 ans à venir.

Le 10ème arrondissement, malgré ses deux hôpitaux compte peu de médecins. La densité médicale est de 49,2 professionnels de santé pour 10 000 habitants, ce qui en fait avec le 18ème, 19ème et le 20ème un des arrondissements les moins dotés de la capitale\*.

\*Chiffre AMELI de 2017

**L’innovation**

Le Centre de santé RICHERAND participe au projet Epidaure CDS conduit par l’IJFR. Il s’agit d’une expérimentation tarifaire prévoyant de remplacer le paiement à l’acte par une dotation forfaitaire, versée par la sécurité sociale à chaque centre de santé participant. En contrepartie, il est prévu de proposer aux patients des prestations nouvelles, de prévention, d’accompagnement, et de soins.

**La recherche et les principes**

On appelle soins primaires les soins du quotidien, ceux qui sont disponibles au plus près du lieu de vie des usagers. Ils comprennent les services de base comme la médecine générale, l’activité dentaire, les services paramédicaux. Ils comprennent aussi des actes spécialisés et des examens complémentaires, d’imagerie par exemple, en fonction de l’étendue et la densité démographique du bassin de population desservi. La notion de soins primaires recouvre un champ habituellement distinct du champ hospitalier.

Il existe en France un consensus pour estimer que la recherche en soins primaires est insuffisamment développée. Cette recherche en soins primaires porte notamment sur les organisations de soins. Comment fonctionne une équipe de soins primaires ? Quels processus de soins aigus ou chroniques met-elle en œuvre ?

Quelle articulation avec l’hôpital ? Elle s’intéresse également à la sécurité des soins, ainsi qu’à leur efficience, c’est à dire à la capacité à utiliser au mieux les ressources offertes par la protection sociale solidaire.

Innover dans l'organisation des soins, accroitre la pertinence et la qualité des soins, développer la prévention et lutter contre les inégalités sociales de santé telles sont les priorités qui structurent la Stratégie Nationale de Santé 2017-2022. Elles s'inscrivent dans le cadre des préconisations du Haut Conseil de santé publique1 et du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie.

C’est ainsi, en 2016 qu’à Paris le Centre de Santé, après un état des lieux par un Comité de Soutien, la création d’un Chef de Projet a germé l’idée de partenariat collaboratif travaillant en synergie a vu le jour.

En 2019, les Activités Sociales des industries électriques et gazières (CCAS), le Centre de santé du 4 avenue RICHERAND dans le 10ème Arrondissement de Paris se transforme en centre de santé coopératif. Une société coopérative d'intérêt collectif (SCIC) est constituée. Par ses statuts, la SCIC est à but non lucratif, conformément à la législation relative aux centres de santé. La CCAS a décidé le transfert de gestion de son centre de santé et de ses moyens à la SCIC.

**Centre de santé coopératif RICHERAND - Projet de santé**

Afin de mettre en œuvre des parcours patients ville-hôpital intégrés de façon native, le GH Lariboisière Saint-Louis APHP, la Fondation Ophtalmologique Rothschild, ainsi que le GH Diaconesses-Croix-Saint-Simon ont manifesté leur intention de rejoindre la SCIC.

Des partenaires disposant de compétences spécifiques en matière d'autonomie des patients et d'éducation thérapeutique (Pôle ETP), de prise en charge au long cours des victimes de violences (Institut de victimologie de Paris) et de prise en charge médico-psycho sociale des exilés (Association Parcours d'exil) rejoignent le projet, élargissant l'offre au public en synergie avec l'offre existante au sein de l'actuel centre de santé.

Les modalités de mise en œuvre du projet

* ***Les soins primaires*** (médecine générale, soins infirmiers, chirurgie dentaire) constituent le socle de l'équipe du centre de santé. L'offre actuelle sera étendue avec la création de nouveaux services :

- soins et visites à domicile pour les patients pris en charge par le centre de santé,

- soins non programmés en soirée et les dimanches et jours fériés en tiers payant,

- organisation de la continuité des prises en charge de ville, en aval de l'hôpital,

- soins de ville dédiés aux patients hospitaliers, durant un séjour en hébergement temporaire (hôtels hospitaliers),

- séances de vaccinations gratuites.

De nouvelles pratiques médicales seront mises en place. La prise en charge des patients porteurs de maladies chroniques et le suivi à domicile seront organisés en développant les pratiques en équipe pluri professionnelle (médecins, paramédicaux) y compris en faisant appel à des infirmiers de pratiques avancées. La réponse aux demandes de soins non programmés sera organisée en lien avec les services d'urgences hospitaliers de proximité et régulée. Des services spécifiques pourront être développés, au besoin dans le cadre de partenariats (prévention, publics précaires, sport et santé, travail et santé).

* ***Secteur dentaire***

Tout en renforçant le travail en équipe médico-dentaire, notamment pour la prise en charge de patients porteurs de maladies chroniques ou de publics vulnérables.

Renforcement prioritaire de ce service par le recherche de praticiens en orthodontie enfants et adultes, stomatologie. Développer une politique financière de renouvellement de matériels techniques de haut niveau.

* ***Spécialités médicales***

Les soins de second recours seront renforcés (spécialités médicales, actes cliniques, actes techniques, notamment par la mise en place de consultations hospitalières avancées au sein du centre de santé.

Dans un plan de développement à court terme renforcer le service ophtalmologie et d’adaptation de créations ou de renfort de spécialités.

***Médico-social***

L'articulation avec le secteur médico-social sera l'un des axes structurant le projet de santé (handicap, réadaptation, maintien dans l'emploi, vieillissement).

* ***Plateau technique***

Le plateau technique sera modernisé et adapté aux besoins d'une offre de soins primaires et secondaires : biologie médicale, imagerie ultrasonique (y compris en pratique clinique de première ligne) imagerie plane et imagerie en coupe, en télémédecine et en lien avec des équipements lourds hospitaliers le cas échéant.

* ***Système d'information, innovation technique***

Le partage d'informations et de données de santé dans le cadre d'équipes de soin ville-hôpital sera mis en place (partage en temps réel ou en différé), tout comme la télémédecine

(Téléconsultation, télé imagerie) ou encore les applications d'intelligence artificielle en santé, au fur et à mesure de la disponibilité d'offres adaptées aux besoins des équipes.

* ***Collaborations et partenariats***

Des partenariats et des synergies avec les autres centres de santé parisiens seront recherchés, notamment avec ceux gérés par la Ville de Paris, par des Mutuelles, par des associations ou des Fondations, ainsi qu'avec la médecine de ville exercée en secteur 1. Ces partenariats pourront prendre la forme d'appuis mutuels pour la réalisation de parcours de soins efficients, pour l'accès à des équipements lourds, ou d'actions de formation ou de programmes de recherche en soins primaires.

* ***Recherche en soins primaires, qualité et sécurité des soins***

L'amélioration de la pertinence des soins est l'un des axes majeurs du projet de santé. Le centre de santé RICHERAND héberge en son sein l'Institut de recherche en soins primaires des centres de santé (IJFR6) créé en 2017. Dans ce cadre, des travaux de recherche-action portant sur des thèmes émergeants ou pas suffisamment pris en compte comme santé environnementale, santé et travail, conciliation médicamenteuse, surmédicalisation et sur traitements pourraient être menés.

* ***Volet Universitaire***

Le centre de santé coopératif RICHERAND sera éligible, le moment venu, au statut de Centre de Santé Pluri-professionnel Universitaire.

Participer à la Cohorte Constance (suite de la Cohorte Gazelle des IEG) avec l’INSERM :

Etude épidémiologique d’une population : L'épidémiologie est la science médicale qui observe l'ensemble de la population, notamment pour étudier les facteurs qui peuvent être à l'origine de maladies. Une cohorte permet de suivre dans le temps un certain nombre de personnes et l'évolution de leur état de santé.

* **. *Volet Prévention***

Eminemment important ce volet mérite de se développer autour des sujets évoqués ci-dessous :

* le grand âge par le maintien et le développement des consultations préretraites
* la PMI
* prise en charge (maternité, grossesse, avortement, PMA)

Mise place d’actions de prévention dans tous les âges des usagers :

Enfant : suivi des enfants après l’accouchement en lien avec la maternité des APHP, de la Cliniques des Bluets …

Femmes : suivi des femmes dès l’âge de 35 ans par une surveillance personnalisée et de prévention du cancer du sein avant, pendant et après la maladie en lien avec des APHP – Association Rosa Mouv.

Obtenir l’autorisation de la CNAM de pratiquer des bilans de santé tout au long des âges ainsi que le soutien de la CAMIEG qui à ce propos (la Caisse mutuelle des IEG) doit être au cœur des actions de prévention primaire et doit servir de base sur ce quelle est en capacité de proposer en fonctions des populations à couvrir. Elle doit participer à l’élaboration du cahier des charges sur la prévention.

Elargir aux usagers les vacations des consultations préretraites, des campagnes de vaccination, du suivi post-professionnel en lien avec la Médecine du travail, la médecine du sport, la psychiatrie (classique et la souffrance au travail).

Dans le cadre de la prévention envisager des actions auprès des enfants dans les crèches, les centre de loisirs, colonies de vacances ou centres de vacances CCAS et Ville de Paris en l’Ile de France ou proches (dentaire – addictions- prévention contre le soleil, les allergies…)

* ***Communication:***

Proposer 1 à 2 fois des rencontres débats sur des thèmes à définir

Mise en place d’un atelier ouvert de « gymnastique douce » dans les locaux de la SCIC.

Mettre en place des questionnaires « qualité » tous les ans ou deux ans.

Développer un système de communication sur internet – revues spécialisées, journal du 10ème et Paris ….

* ***Rôle et place des usagers***, c’est toute la question de la démocratie qui est posée dans la vie de la Coopérative avec la place de chacun et bien sûr des usagers.

Cette implication doit se concevoir comme un relais utile à la vie du centre par ses pratiques et son activité par ses observations, ses propositions avec le seul souci la meilleure prise en charge des patients.

L'attention accordée à la réappropriation de leur propre santé par les usagers est l'un des fondements du projet de santé. C'est ainsi que les usagers du centre de santé coopératif participeront à la gouvernance de celui-ci, au sein d'un collège disposant de 10 % des droits de vote, à l'instar des salariés et professionnels qui disposeront eux aussi d'un collège de vote. Dans le même temps, l'équipe médicale continuera à développer des pratiques orientées vers le patient dans la singularité de sa personne au-delà des éventuelles pathologies biomédicales dont il peut être porteur.

**Un espace « Association des usagers » à mettre en place pour une visibilité identique aux autres partenaires.**

# Pistes de renforcement du projet

**Ce quatrième paragraphe vous appartient, n’hésitez pas à apporter votre contribution. C’est un projet vivant.**

**Avec nos remerciements**

1. Version 5 du 4 Février 2020 [↑](#footnote-ref-2)