



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2018 –

**« MAISONS DE SANTE ALTERNATIVE : QUELS
ENJEUX ? »**

– Groupe n° 8 –

- **BARBIERI Véronique**
- **BRONNEC Dorine**
- **COMMES Marlène**
- **DE MALGLAIVE Bruno**
- **DUEZ Nadia**
- **PASQUIER Mélanie**
- **RIVAS Charlène**
- **SABATIER Nasslie**
- **SILVESTRE-TOUSSAINT Marie-Pierre**
- **TOURNIER BENEY Anne**

*Animatrice : Madame GATIGNOL,
conseillère santé à la Miviludes*

Sommaire

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : L'ENCADREMENT JURIDIQUE DES STRUCTURES D'EXERCICE COORDONNE RESTE PERFECTIBLE	4
I- Le code de santé publique prévoit une typologie et la définition des structures d'exercice coordonné	4
A- L'Etat a pris l'initiative de créer des structures de santé en complément de la médecine libérale	4
1- Des structures d'exercice coordonné aux statuts juridiques variés ont été développées par les médecins dans les années 1980 afin d'exercer leur profession en association avec d'autres professionnels de santé	4
2- Depuis 2009, l'Etat encourage le développement des maisons de santé par l'octroi de subventions, sous réserve de la formalisation d'un projet de santé validé et évalué par l'Agence régionale de santé.....	5
3- Les pôles de santé, structures installées sur plusieurs sites géographiques, deviennent progressivement des communautés professionnelles territoriales de santé.....	6
B- Dans la pratique, il est possible de classer les maisons de santé en trois catégories selon le type de professionnels qui y exercent	7
1- Les maisons de santé au sens du Code de la Santé Publique	7
2- Des structures mixtes dans lesquelles exercent à la fois des professionnels de santé reconnus par le CSP et des praticiens de soins non conventionnels.....	7
3- Des « centres bien-être » dans lesquels seules des médecines non conventionnelles sont exercées.....	7
II- Les structures de santé sont victimes de l'imbroglie juridique qui les encadre	8
A- Une absence de labellisation qui permet une usurpation des terminologies réglementaires	8
B- Un cadre juridique qui laisse la porte ouverte à l'intégration de praticiens non conventionnels au sein des maisons de santé réglementées.....	10

DEUXIEME PARTIE : DES RISQUES DE DERIVES APPELLENT UNE PLUS GRANDE SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET DES ELUS.....	14
I- Le développement des pratiques de soins non conventionnelles en maison de santé peut induire de la confusion et de potentiels dangers pour les usagers.....	14
A- La mixité d'exercice au sein des maisons de santé peut être source d'amalgame.....	14
1- Une délicate distinction des différents professionnels présents au sein des maisons de santé.....	14
2- Une confusion accentuée par l'utilisation de « codes » appartenant aux professions de santé.....	16
B- Le manque d'information du public peut entraîner des conséquences néfastes.....	17
1- Les risques d'escroquerie et de dérives sectaires.....	17
2- Les risques de dérives thérapeutiques.....	18
II- Les risques inhérents au développement des PSNC en maison de santé nécessitent la mise en place de mesures opérationnelles.....	19
A- Agir sur la réglementation : mieux encadrer, recenser, évaluer, contrôler.....	20
1- Agir sur la protection de termes pouvant prêter à confusion.....	20
2- Définir une charte des bonnes pratiques à l'intérieur des maisons de santé mixtes signée par l'ensemble des intervenants de la structure.....	21
3- Rendre obligatoire le recensement de l'ensemble des PSNC actuellement dispensées au sein des maisons de santé.....	21
4- Evaluer de manière systématique les maisons de santé bénéficiaires de financements publics à échéances régulières permettant une revue du projet de santé et son actualisation.....	21
B- Mieux communiquer, informer et sensibiliser l'ensemble des acteurs.....	22
1- Former les professionnels de santé à la problématique des PSNC pour un exercice coordonné en maison de santé.....	22
2- Renforcer la vigilance des élus locaux sur la terminologie employée.....	22
3- Mettre en place un site internet d'information grand public sur les PSNC et leur place dans le paysage sanitaire et notamment les maisons de santé.....	23

C- Prévenir et repérer les situations à risques	23
1- Mieux informer les professionnels de santé sur les risques de dérives thérapeutiques ou sectaire en maisons de santé.....	23
2- Diligenter une étude approfondie sur l'origine des plaintes reçues par la Miviludes et les ARS concernant les PSNC	23
D- Sécuriser l'offre de soins : deux scénarios possibles.....	24
Conclusion	25
Bibliographie	26
Liste des annexes.....	28

Remerciements

Nous tenons à remercier Madame Chantal Gatignol, conseillère santé à la Mission Interministérielle de Vigilance et de lutte contre les Dérives Sectaires (Miviludes) et animatrice de ce module interprofessionnel. Ses conseils ont été précieux, son rôle facilitant dans les prises de contact avec les personnes ressources et ses éclairages utiles tout au long de ce travail de recherche.

Nous remercions également les professionnels avec lesquels nous nous sommes entretenus pour leur disponibilité, leurs avis éclairés et l'intérêt porté à notre travail.

Nous souhaitons également remercier l'équipe de la Direction de la recherche de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) pour l'organisation de ce module interprofessionnel. Ce travail de recherche réalisé en inter-filiarité a été très constructif et nous a permis de développer une riche dynamique de coopération.

Enfin, nous souhaitons remercier l'EHESP pour la mise à disposition des moyens logistiques et financiers nous permettant de mener à bien nos travaux.

Liste des sigles utilisés

ADELI : Automatisation des listes

AM : Assurance maladie

ANSP : Agence nationale de santé publique

ARS : Agence régionale de santé

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CNOMK : Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CSP : Code la santé publique

DATAR : Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale

DGS : Direction générale de la santé

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FémasIF : Fédération française des maisons et des pôles de santé en Ile-de-France

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FFMPS : Fédération française des maisons et des pôles de santé

GAT : Groupe d'appui technique

HAS : Haute autorité de santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

Miviludes : Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux modes de rémunération

OMS : Organisation mondiale de la santé

PSNC : Pratique de soins non conventionnelle

SCI : Société civile immobilière

SCM : Société civile de moyens

SCP : Société civile professionnelle

SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

Méthodologie

Le groupe de travail de ce module interprofessionnel est composé de dix membres issus de cinq filières différentes. Une véritable dynamique de groupe s'est installée rapidement et la fluidité des échanges a rendu la réflexion autour de la problématique riche et efficace. De même, la cohésion du groupe a facilité la rédaction et l'harmonisation du présent rapport.

La période préparatoire au MIP

Deux rencontres ont été organisées les 18 et 25 avril :

- La première réunion a donné lieu, au-delà de la prise de contact des membres du groupe, à une réflexion autour du sujet et de ses enjeux. L'association de la référente à cette réunion, par téléphone, a permis de définir les attentes et de resserrer le champ d'investigation au plus près de la thématique du MIP. Les éléments de méthode ont également été abordés : création d'un espace documentaire partagé, élaboration d'un rétroplanning, répartition des entretiens à mener au regard des personnes ressources identifiées par la référente.
- La deuxième réunion a permis l'élaboration de la problématique, d'un projet de plan et d'un projet de grille d'entretien, ainsi que la validation du rétroplanning.

La période dédiée au MIP (du 3 mai au 25 mai)

- La période dédiée au MIP a démarré le 3 mai par la rencontre de la référente. Au regard des investigations bibliographiques de chacun des membres, des travaux menés en amont, et de l'appropriation du sujet par le groupe, cette réunion a été constructive. En effet, elle a permis d'échanger sur les projets de problématique, de plan et de grille d'entretien. Les entretiens ont été répartis par binômes de filière différente afin de favoriser des perspectives variées en fonction des expériences professionnelles de chacun. Une méthodologie de retranscription et de diffusion au groupe a été mise en place. Les différentes thématiques du plan ont été confiées à des sous-groupes, chargés de réaliser les projets de rédaction.

- Les entretiens ont été réalisés du 4 mai au 18 mai. La diffusion instantanée des compte-rendus d'entretien via l'espace documentaire partagé a facilité l'avancée des travaux et a engendré de nombreux échanges, notamment à distance lors de la semaine du 7 au 12 mai.
- Les membres du groupe de travail avaient réservé une salle pour travailler en commun et mener les derniers entretiens la semaine du 14 au 18 mai à l'EHESP. Cette semaine a été également consacrée à la validation finale de la problématique et du plan et au démarrage de la rédaction. Les échanges permanents et en présentiel, tant autour des enjeux soulevés par les personnes interrogées, que lors de la rédaction par sous-groupes a permis une avancée franche et efficace des travaux. La référente a été tenue informée de l'avancée de ces travaux.
- Enfin, la semaine du 21 au 25 mai a été consacrée à la phase de finalisation de la rédaction, à la phase de relecture, ainsi qu'à la réalisation des annexes du rapport. Un binôme a été chargé de la mise en page et un trinôme a été chargé de la relecture et de l'harmonisation. Enfin, l'ensemble des membres a effectué une dernière relecture avant la remise du présent rapport.

Ce module interprofessionnel a révélé une cohésion de groupe que chacun des membres a pu apprécier. En effet, la collaboration a été permanente et efficace, les échanges ont été fructueux et l'investissement de chacun a rendu l'exercice agréable. Le cadrage du sujet et les réflexions menées suffisamment en amont ont induit une organisation optimale et une maîtrise du calendrier.

INTRODUCTION

Face à la défiance envers la médecine allopathique et à la quête de sens des usagers vis-à-vis de leurs difficultés de santé, le grand public a de plus en plus recours à des médecines naturelles, douces, alternatives ou complémentaires telles que la naturopathie, l'homéopathie, la sophrologie, le magnétisme...

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la médecine alternative ou complémentaire comme les approches, pratiques, produits de santé qui ne sont pas habituellement considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle et ne sont pas intégrés au système de santé prédominant du pays. Dans sa stratégie pour la médecine traditionnelle (2014-2023), l'OMS défend « la nécessité d'adopter une approche cohésive et intégrative des soins de santé ». Les différents systèmes de santé étant confrontés à un accroissement des maladies chroniques, à une progression des coûts de santé et à la recherche de soins personnalisés centrés sur le patient, l'intégration de la médecine alternative pourrait constituer une réponse afin d'élargir une gamme de prises en charges qui « se voudraient complémentaires ». En France, le Ministère des Solidarités et de la Santé définit ces pratiques, ni reconnues sur le plan scientifique et intégrées dans la médecine conventionnelle, ni enseignées lors de la formation initiale des professionnels de santé, sous l'appellation de pratiques de soins non conventionnelles (PSNC). Au sein de notre rapport, le terme « alternatif » fera donc référence aux PSNC.

Les pratiques des professionnels de santé ont évolué car ils aspirent désormais à exercer leur activité de manière moins solitaire. Les pouvoirs publics ont ainsi initié différentes structures (maisons de santé, centres de santé, pôles de santé) dont les principaux objectifs sont de favoriser l'exercice collectif des professionnels médicaux et paramédicaux et de faciliter leur installation dans les zones sous-denses.

Ainsi la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit dans le droit la notion de soins de premier recours, dans le cadre d'une approche territoriale de la santé. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a redéfini les soins primaires dans le but de faciliter au quotidien le parcours de soins. La stratégie nationale de santé 2018-2022 souligne que l'organisation de l'offre de santé dans les territoires doit garantir à chaque citoyen tant la qualité des prises en charge que leur accessibilité et leur efficacité.

Par conséquent, dans les prochaines années, il sera nécessaire de soutenir le développement de tous les modes d'exercice coordonné tels que les maisons de santé et centres de santé. Les centres de santé, dans lesquels les professionnels de santé sont obligatoirement salariés, sont gérés par des gestionnaires types associations à but non lucratif, mutuelles ou établissements publics. On y pratique uniquement le tiers payant, ce qui exclut de ces établissements les PSNC. Par conséquent nous concentrerons notre étude sur les maisons de santé.

L'essor des modes d'exercice coordonné, notamment au sein des maisons de santé, invite à s'interroger sur la place que peuvent y occuper la médecine conventionnelle et les PSNC. Peut-il exister des « Maisons de santé alternative » composées de thérapeutes, exerçant des PSNC pour répondre aux attentes de la population, au détriment des soins de premiers recours ?

En 2012, face à l'engouement croissant des PSNC auprès du grand public, France Stratégie, dans sa note d'analyse « Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? » rappelait la position du Parlement Européen et du Conseil de l'Europe appelant à « la reconnaissance de ces médecines et nouvelles professions de santé, à condition d'en encadrer strictement l'exercice et la formation. ». Elle souligne également la volonté de l'OMS de favoriser leur intégration dans les systèmes de santé pour « compléter la gamme de soins offerts aux patients ». Enfin, cette note décrit la situation en France : « si la pratique des médecines non conventionnelles est plutôt tolérée, elle se développe sans être correctement encadrée, et parfois même dans l'illégalité. Afin de protéger les usagers, il semble nécessaire de situer les limites de ces méthodes et de mieux définir qui sont les praticiens compétents pour les exercer ».

En effet, les PSNC peuvent dans certains cas constituer une porte d'entrée vers des emprises mentales à l'égard de la patientèle des thérapeutes.

On peut dès lors s'interroger sur le risque que présente le regroupement de ces pratiques en structures d'exercice coordonné, notamment en ce qu'elles pourraient détourner ces dernières de leur mission de soins de premier recours. Dans ce contexte, comment mieux informer la population et les élus et aider à dissiper la confusion entre professionnels de santé conventionnels et professionnels de santé non conventionnels, et rendre le recours aux PSNC en structures d'exercice coordonné plus sûr ?

Pour répondre à cette problématique, nous présenterons, en premier lieu, le cadre juridique des maisons de santé (**Première partie-I**) et ses limites (**Première partie -II**), puis nous traiterons des risques de dérives que présente le regroupement des PSNC en

structures d'exercice coordonné (**Deuxième partie-I**) et des propositions de mesures opérationnelles pour limiter les risques inhérents au développement des PSNC en maison de santé (**Deuxième partie -II**).

PREMIERE PARTIE : L'ENCADREMENT JURIDIQUE DES STRUCTURES D'EXERCICE COORDONNE RESTE PERFECTIBLE

I- Le code de santé publique prévoit une typologie et la définition des structures d'exercice coordonné

La dynamique de regroupement des professionnels de santé, initiée par les pouvoirs publics, a conduit à la création de multiples structures, qui sont désignées sous l'appellation générique de « *structures d'exercice coordonné* » et encadrées par le Code de la santé publique (A).

Ces organisations offrent un cadre de travail attractif pour les professionnels de santé, notamment en ce qu'elles favorisent l'échange et la coordination entre leurs membres. Elles sont en effet susceptibles de regrouper à la fois des professionnels médicaux (médecins), paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...) et des praticiens sans diplôme reconnu. En plus de la catégorisation juridique, une typologie de ces structures peut ainsi être dressée selon la nature des professionnels qui les composent (B).

A- L'Etat a pris l'initiative de créer des structures de santé en complément de la médecine libérale

1- Des structures d'exercice coordonné aux statuts juridiques variés ont été développées par les médecins dans les années 1980 afin d'exercer leur profession en association avec d'autres professionnels de santé

Ces structures répondent à un souhait des professionnels de santé de préserver leur qualité de vie (horaires et mode d'exercice en équipe, soutien pour les tâches administratives) et permettent de réduire les charges de secrétariat et de ménage, les charges immobilières ainsi que l'eau et l'électricité.

Le statut juridique de ces structures varie selon le mode de collaboration :

- **L'association « loi 1901 »** : il s'agit du statut de base utilisé lors de la conception d'une maison de santé. Elle n'a pas d'objectif lucratif et doit donc coexister avec une autre structure juridique,
- La **société civile de moyens (SCM)** : la SCM paye un loyer à la collectivité. Les professionnels associés d'une SCM ne partagent pas leur clientèle et

conservent une activité indépendante. Ils mutualisent certains frais (eau, ménage, secrétariat...). Une SCM peut coexister avec une Société Civile Professionnelle (SCP),

- La **société civile professionnelle** (SCP) : la SCP permet aux associés de partager leur patientèle mais elle doit regrouper uniquement des associés de la même spécialité,
- La **société civile immobilière** (SCI) : elle est créée lorsque les professionnels de santé souhaitent investir ensemble dans l'achat d'un local.

2- Depuis 2009, l'Etat encourage le développement des maisons de santé par l'octroi de subventions, sous réserve de la formalisation d'un projet de santé validé et évalué par l'Agence régionale de santé

L'article L6323-3 du Code de la Santé Publique (CSP) définit la maison de santé ou maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)¹ comme « *une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et 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 déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé* »².

L'exercice médical se fait de façon pluriprofessionnelle et coordonnée au sein de ces maisons de santé. Celles-ci peuvent s'organiser soit dans un local dédié, soit sur plusieurs sites pour constituer une maison de santé hors-les-murs. Les MSP regroupent des professionnels de santé de premier recours : médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes...

Selon la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, le directeur général de l'ARS est en charge d'assurer l'accompagnement des promoteurs des maisons de santé pluriprofessionnelles. En application du cahier des charges de la DGOS, les maisons de santé peuvent percevoir des aides financières :

¹ *Implantation géographique des MSP en annexe 4*

² *Voir annexe 5*

- Des aides initiales à l’investissement. Le financement se fait à 50% par les régions et 50% par l’ARS. La MSP doit faire valider auprès de l’ARS un projet de santé ;
- Des aides au fonctionnement de façon ponctuelle grâce au fonds d’intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) ;
- Des aides au fonctionnement de façon régulière à travers les nouveaux modes de rémunération (NMR). La maison de santé doit avoir le statut juridique de SISA³ et signer avec l’ARS un contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens (CPOM) renouvelable tous les 5 ans.

Dans les trois cas, les ARS sont tenues de contrôler les maisons de santé, l’année suivant celle du versement du financement pour les aides ponctuelles et une fois par an dans le cas d’aides régulières.

Que ce soit par l’intermédiaire du projet de santé ou du CPOM, la collaboration entre les MSP et l’ARS permet que l’implantation de ces maisons de santé soit cohérente avec le volet ambulatoire du schéma régional d’organisation des soins (SROS) relatif aux soins de premier recours. Dans ce cadre, le contrôle des MSP entre dans le champ de compétence des ARS.

3- Les pôles de santé, structures installées sur plusieurs sites géographiques, deviennent progressivement des communautés professionnelles territoriales de santé

A la différence des MSP, les pôles de santé ont une approche globale du territoire et de sa population et se coordonnent avec un EPHAD ou un établissement hospitalier pour construire un parcours de soin cohérent. Ils peuvent être constitués de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d’établissements de santé, d’établissements et de services médico-sociaux, de groupements de coopération sanitaire et de groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Les pôles de santé reconnus dans le CSP deviennent automatiquement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sauf s’ils expriment un

³ La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), créée par la loi du 10 août 2011 (« Loi Fourcade »), doit compter au moins deux médecins et un auxiliaire médical parmi les associés. Elle permet de percevoir des nouveaux modes de rémunération. Les professions médicales non reconnues par le CSP ne peuvent intégrer la SISA.

refus. Les CPTS ont été créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

B- Dans la pratique, il est possible de classer les maisons de santé en trois catégories selon le type de professionnels qui y exercent

1- Les maisons de santé au sens du Code de la Santé Publique

Les maisons de santé au sens du CSP sont répertoriées dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS). Elles définissent à minima un projet de santé communiqué à l'ARS mais peuvent également signer un CPOM dès lors qu'elles perçoivent des NMR.

Selon le cahier des charges de la DGOS, seules les maisons de santé au sens du CSP peuvent porter le nom de maison de santé, c'est-à-dire celles qui ont élaboré un projet de santé transmis à l'ARS.

2- Des structures mixtes dans lesquelles exercent à la fois des professionnels de santé reconnus par le CSP et des praticiens de soins non conventionnels

Les locaux d'une MSP au sens du CSP peuvent être partagés avec des professionnels de santé non reconnus dans le CSP sous forme d'une convention. Ces praticiens peuvent signer le projet de santé mais n'y apparaissent pas. Pour la DGOS, ce modèle mixte serait peu répandu.

3- Des « centres bien-être » dans lesquels seules des médecines non conventionnelles sont exercées

Des structures, telles que des « pôles santé équilibre » regroupent dans un même lieu des soins de « médecine douce ». Les dénominations sont extrêmement variées : pôles santé soins, centres de bien-être. Elles empruntent des termes à la médecine conventionnelle tels que « santé », « thérapeute », « patient », « accès au soin », « urgences », « cabinet infirmier », « praticien », ... Certaines d'entre-elles peuvent porter le nom de « maison de santé » ou « maison de la santé ».

Un schéma présente ces différents types de structures d'exercice en annexe 6 classées selon les activités qui y sont pratiquées et le niveau de contrôle des pouvoirs publics.

II- Les structures de santé sont victimes de l'imbroglie juridique qui les encadre

Soutenues par les pouvoirs publics, les structures d'exercice coordonné sont organisées par un corpus juridique qui apparaît de prime abord adapté au développement de l'exercice coordonné des professionnels de santé.

Cependant, en analysant plus précisément ce cadre juridique, on peut noter que des zones de flou subsistent s'agissant de la composition et du mode de fonctionnement effectifs de ces structures. Ces imprécisions permettent ainsi des interprétations diverses des textes, et, par conséquent, des applications différentes de ces derniers dans les territoires.

Selon la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS), la principale problématique réside aujourd'hui dans le fait que les appellations des structures d'exercice coordonné ne soient pas protégées, ce qui instille une confusion dans les esprits, notamment des usagers (A). La grande majorité des autres interlocuteurs interviewés⁴ estime d'emblée que l'encadrement juridique de ces structures est "*trop léger*" en ce qu'il permet l'intégration de praticiens non conventionnels au sein de ces organisations constituant ainsi des "*maisons de santé mixtes*" (B).

A- Une absence de labellisation qui permet une usurpation des terminologies réglementaires

- 1- Un label juridique « maison de santé » protégerait les usagers en leur garantissant une prise en charge de « soins » par des professionnels de santé**
 - a- Les autorités ne disposent pas d'outils juridiques pour sanctionner des dérives de pratiques*

Si les appellations « *maison de santé* » et « *centre de santé* » sont prévues par les textes, elles ne font pas l'objet d'une labellisation. Leur utilisation n'est en effet pas juridiquement protégée, et toute structure peut ainsi se revendiquer comme étant une

⁴ Entretiens menés avec les pouvoirs publics (ARS, DGS et DGOS) et le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)

“*maison de santé*”, voire même communiquer avec ce vocable ou l’apposer sur la devanture de son cabinet.

Or, en l’absence de “*label juridique*”, aucune sanction ne peut être opposée à ces structures pour usurpation. Les autorités semblent ainsi démunies face à cette problématique.

b- L’absence de protection juridique du terme « maison de santé » est porteur de confusion entre les différentes structures de soins coordonnés présentes sur les territoires

Ceci entraîne de facto un risque de confusion entre des structures ayant contractualisé avec l’ARS et l’Assurance Maladie disposant de financements publics et celles sans contrat, regroupant uniquement des PSNC. Sauf infraction pénale ou manœuvre commerciale frauduleuse, ces structures disposent alors d’une grande liberté d’agissements. Ces structures “*bien-être*” se soustraient d’autant plus au contrôle des pouvoirs publics, qu’aucun recensement ne permet de les identifier.

2- La cartographie des maisons de santé est partielle pour les professionnels du système de santé et non accessible au public ce qui peut faciliter une usurpation de la terminologie propre à ces organisations de soins

a- L’adhésion des maisons de santé à la FFMPS reste partielle et interroge sur la visibilité de ces structures par les professionnels du système de santé

Le fait que seules 50%⁵ des maisons de santé en France aient adhéré à la FFMPS est également révélateur de la dilution des différentes structures de santé, et de la difficulté à disposer d’une vision d’ensemble exhaustive.

b- Le recensement de l’ensemble des maisons de santé reste difficile d’accès pour le public

Si la création d’un Observatoire des Maisons de Santé piloté par la DGOS a été confiée à l’ATIH⁶, son accès reste restreint aux seuls acteurs institutionnels : Ministères

⁵ Entretien FEMASIF en date du vendredi 4 mai 2018

⁶ Instruction n° DGOS/PF3/DREES/DMSI/2012/135 du 28 mars 2012 relative à l’enregistrement des maisons de santé dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) et à l’ouverture de l’observatoire des maisons de santé.

de la santé et de la ville, Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale (DATAR) et ARS. Les statistiques ne sont donc pas communiquées au public.

Il est ainsi indéniable que ce contexte entraîne une certaine confusion, tant pour les usagers que pour les différents acteurs du système de santé.

Au-delà des structures ne réalisant que des PSNC, certaines configurations que l'on pourrait définir comme des “*structures mixtes*” permettent le regroupement de praticiens non conventionnels et de professionnels de santé réglementés.

B- Un cadre juridique qui laisse la porte ouverte à l'intégration de praticiens non conventionnels au sein des maisons de santé réglementées

1. Les maisons de santé : un modèle de regroupement à géométrie et financement variables

a- La SISA : unique forme juridique permettant de bénéficier des nouveaux modes de rémunération mais n'excluant pas l'intégration de PSNC

Afin de permettre aux professionnels de santé d'exercer au sein des MSP de la manière la plus efficiente possible, une nouvelle forme de société *ad hoc* a été créée.

Parmi les maisons de santé, on estime aujourd'hui que près de 45% sont constituées en SISA.

Cependant, l'article R. 4041-1 du CSP prévoit que la SISA puisse mettre ses moyens à disposition de toute personne engagée avec les professionnels qui la composent dans une action de coordination, en tant que « *personne ressource* ». La coordination thérapeutique est entendue comme toute procédure mise en place au sein de la société ou entre la société et des partenaires, visant à améliorer la qualité de la prise en charge et la cohérence du parcours de soin.

De plus, la SISA n'exclut pas la possibilité d'intervention, au sein de la maison de santé, de membres non professionnels de santé, après signature d'une convention de partenariat ou en tant que vacataire ou salarié.

Parallèlement à l'exercice de son activité réglementée, un professionnel de santé associé d'une SISA peut également exercer une PSNC.

Ces deux modes d'exercice singuliers doivent cependant être précisés dans les statuts de la SISA.

La loi permet donc que soient exercées, au sein des maisons de santé, des PSNC, que celles-ci soient réalisées par des professionnels de santé à l'origine de la création de la maison de santé ou bien par d'autres praticiens non professionnels de santé.

b- L'existence d'un Projet de Santé : condition de la reconnaissance d'une maison de santé et de contractualisation avec l'ARS et l'AM

Les professionnels exerçant au sein d'une MSP doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Ce projet de santé est a priori un outil sécurisant car il fait l'objet d'une co-construction par les membres de la maison de santé et il définit l'organisation de la pluriprofessionnalité au sein de la structure. Il doit notamment prévoir les réunions de coordination, définir le système d'information pour accès commun aux dossiers médicaux, formaliser un protocole de soins partagé, les modalités de coordination avec les différentes structures du territoire...

La FFMPS insiste à ce propos sur le fait que "*la nature du service rendu au patient*" doit être le fil directeur du projet de santé.

C'est notamment la raison pour laquelle il est obligatoirement signé par chaque membre associé et qu'il peut être signé par toute personne participant aux actions envisagées par la MSP⁷.

L'évaluation réalisée dans le cadre des financements reçus par les pouvoirs publics n'est à ce stade pas harmonisée, en particulier la fréquence et la méthodologie à adopter pour la réalisation des évaluations par les ARS. A ce sujet, le Président de la Fédération des Pôles et Maisons de Santé d'Île-de-France, a indiqué qu'un modèle de grille d'évaluation entre la FFMPS est en cours d'élaboration avec la HAS. Celle-ci comporterait quatre thématiques centrales : le travail en équipe pluriprofessionnelle, le système d'information labellisé, la mise en œuvre du programme de soins et l'accès aux soins, et l'implication des patients.

De plus, il résulte de nos entretiens que les textes permettent une hétérogénéité des pratiques sur le territoire s'agissant de la signature et de la validation du projet de santé. Certaines ARS acceptent en effet que des praticiens non conventionnels signent le Projet de Santé (ils sont ainsi « *sous contrôle* » de l'ARS et de l'AM) alors que d'autres refusent cette possibilité.

⁷ Art. L.1434-2 du Code de la Santé Publique

En outre, on ne peut exclure l'hypothèse d'intégration des praticiens non conventionnels après la signature du projet de santé puisque celui-ci n'est bien souvent pas réactualisé.

3- Un flou juridique qui semble s'auto-réguler dans la pratique

a- Les failles sont régulées par les professionnels de santé

Tout d'abord, les risques de dérives semblent en pratique être évités grâce au professionnalisme et au sérieux des professionnels de santé réglementés, qui partagent la maison de santé et qui décident d'y intégrer un praticien non conventionnel, en connaissance de cause.

De plus, selon la FEMASIF, l'idée d'une prise en charge coordonnée des patients (organisation de réunions pluridisciplinaires régulières, rencontre avec le médecin de la CPAM dans le cadre des dossiers complexes...) et la dynamique d'exercice collectif rendent compliqué, voire impossible, un éventuel détournement des maisons de santé par les PSNC.

b- Les failles sont régulées par des intervenants extérieurs

Dans un contexte de désertification médicale, certains élus pourraient être tentés, afin de remplir une MSP, de faire appel à tout praticien susceptible de prendre en charge des patients. La grande majorité des ARS ont cependant développé des campagnes d'information à destination des élus afin de les mettre en garde. En effet, cette configuration ne remplirait pas la mission de premier recours dévolue à des professions de santé très ciblées (omnipraticiens, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers) et ne pourrait donc perdurer.

De plus, il est régulièrement constaté que les structures qui ne sont pas initiées par les professionnels eux-mêmes ne fonctionnent pas dans la durée⁸.

En outre, une réflexion autour de l'élaboration d'un référentiel commun est en cours au sein de la FFMPS, afin d'accompagner les MSP dans la mise en place d'auto-évaluations internes régulières préconisées par la DGOS dans son cahier des charges. Ceci permettrait en effet de garantir une amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients et usagers, et de développer une démarche qualité harmonisée au sein des différentes MSP.

⁸ Entretien Fédération Nationale des Centres de santé en date du lundi 14 mai 2018

Selon la FFMPS, la philosophie première des MSP est en effet *“la culture du travailler ensemble, et la capacité à développer un regard critique sur les pratiques”* ce qui permettrait de réduire les risques de dérives thérapeutiques ou sectaires.

Cependant, l’existence de ces PSNC dont les effets sont méconnus et qui se distinguent par leur caractère protéiforme ne permet pas d’exclure toute possibilité de risques de dérives au sein des MSP.

**DEUXIEME PARTIE : DES RISQUES DE DERIVES APPELLENT
UNE PLUS GRANDE SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS
DE SANTE ET DES ELUS**

I- Le développement des pratiques de soins non conventionnelles en maison de santé peut induire de la confusion et de potentiels dangers pour les usagers

Au sein des maisons de santé, la coexistence de professionnels de santé réglementés et de praticiens non conventionnels peut engendrer de la confusion (A), voire être une source de danger (B), pour les patients qui sont souvent insuffisamment informés de la distinction entre ces différents professionnels et l'encadrement des pratiques qu'ils réalisent.

A- La mixité d'exercice au sein des maisons de santé peut être source d'amalgame

1- Une délicate distinction des différents professionnels présents au sein des maisons de santé

a- En maison de santé interviennent des professionnels de santé dont l'exercice est encadré par le Code de la Santé Publique

Contrairement aux praticiens non conventionnels, les professionnels de santé sont reconnus par le Code de la Santé Publique (CSP) et sont classés en trois catégories :

- **les professions médicales** : médecins, sages-femmes et odontologistes (art. L4111-1 à L4163-10) ;
- **les professions de la pharmacie** : pharmaciens, préparateurs en pharmacie, préparateurs en pharmacie hospitalière, physiciens médicaux (art. 4211-1 à 4252-3) ;
- **les professions d'auxiliaires médicaux** (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens), aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers (art. 4311-1 à 4394-3).

Les professionnels de santé sont titulaires d'un diplôme, certificat ou titre mentionné dans le CSP. Ces derniers sanctionnent des études dont le programme est

validé par le ministère de la santé et/ou le ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur.

Selon le principe du monopole médical applicable en France, à l'instar de la Belgique, l'Espagne ou l'Italie, seuls les médecins peuvent prodiguer des soins médicaux. De même toute personne pratiquant des activités des professionnels de santé sans bénéficier d'une reconnaissance officielle s'expose à des sanctions pour exercice illégal de la profession⁹.

De plus, peuvent intervenir en MSP certains professionnels, tels les psychologues, qui ne sont pas considérés comme professionnels de santé mais disposent d'un titre reconnu par l'Etat et sont enregistrés au répertoire ADELI (Automatisation des Listes).

Enfin, les professionnels de santé peuvent dispenser des soins non conventionnels, cette possibilité est soutenue par le Ministère de la Santé¹⁰. Elle permet de sécuriser la prise en charge des usagers, d'offrir une vision plus intégrative de la santé et d'encadrer la pratique. Toutefois, un médecin exerçant sa pratique médicale en y intégrant des PSNC « insuffisamment éprouvées et contraires au code de code de déontologie »¹¹ peut « encourir des sanctions par le Conseil de l'Ordre ». Celles-ci sont également prévues en cas de prise en charge non conventionnelle exclusive¹².

b- Des praticiens non professionnels de santé, provenant d'horizon variés, dispensent des PSNC au sein des maisons de santé

Le CSP ne définit pas le cadre d'exercice des praticiens non conventionnels. Ceux-ci utilisent des techniques et méthodes aussi nombreuses que diversifiées. L'OMS, l'Inserm ainsi que le « National Center for Complementary and Integrative Health » distinguent ainsi :

- **Les thérapies biologiques**, c'est-à-dire utilisant des produits naturels issus de plantes, de minéraux ou d'animaux (phytothérapie, aromathérapie...).
- **Les thérapies manuelles**, axées sur la manipulation (ostéopathie, chiropraxie, réflexologie plantaire, shiatsu,).
- **Les approches corps-esprit** (hypnose médicale, méditation, sophrologie...).

⁹ Site Internet « Solidarité-sante.gouv » relatif aux pratiques non conventionnelles

¹⁰ Site Internet « Solidarité-sante.gouv » relatif aux pratiques non conventionnelles

¹¹ Site Internet « Solidarité-sante.gouv » relatif aux pratiques non conventionnelles

¹² Entretien avec le CNOM

- **Les systèmes complets** reposant sur des fondements théoriques et pratiques propres (acupuncture, homéopathie...).

Ces praticiens exercent dans un environnement peu réglementé et sans contrôle organisé par les pouvoirs publics.

Benoît Vallet, Directeur Général de la Santé, déclarait lors d'un entretien à Webzine, le journal de la CNOM¹³ « *La connaissance de ces différentes pratiques de santé non conventionnelles (PSNC) est encore très insuffisante. Dans la grande majorité des cas, elles n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques ou cliniques montrant leurs modalités d'action, leurs effets, leur efficacité, voire leur risque* ».

Cependant, certaines d'entre elles sont remboursées par l'assurance maladie, notamment l'homéopathie. De plus, des mutuelles peuvent également inclure dans leurs contrats un remboursement sous forme de « forfait médecine douce » annuel ce qui accentue la confusion entre les différentes pratiques.

La particularité des PSNC réside dans l'acquisition de leurs compétences par l'intermédiaire d'une offre de formation très disparate, souvent sans aucun contrôle des institutions publiques quant à leur contenu, et sans reconnaissance par l'Etat des diplômes délivrés, à l'exception de l'acupuncture.

2- Une confusion accentuée par l'utilisation de « codes » appartenant aux professions de santé

Au sein des maisons de santé, il est d'autant plus délicat d'identifier les professionnels de santé des autres prestataires non conventionnels que ces derniers utilisent les « codes » de ces professions.

Certains apposent, à côté de celles de professionnels de santé, une plaque mentionnant un diplôme non reconnu, un titre professionnel « hors réglementation » voire même parfois, un faux diplôme. Les médailles et décorations d'académies ou autres instances institutionnelles sont également utilisées pour donner confiance en la pratique concernée.

Les pratiques de soins non conventionnelles s'effectuent souvent sous le contrôle affiché de fédérations, syndicats ou ordres, voués à être gage de sérieux. De même, l'utilisation de chartes ou de codes de déontologie sans valeur juridique est mise

¹³ Webzine juillet 2015 sur les pratiques alternatives et complémentaires – CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins)

en avant de manière à garantir la sécurité des prestations proposées. Le doute est également entretenu par l'utilisation d'un langage pseudo-scientifique pour donner facticement du crédit à la pratique de la discipline.

La Miviludes, dans son rapport annuel 2016-2017¹⁴ évoque à cet égard une stratégie de la respectabilité déployée par les « pseudo-thérapeutes » pour « *faire oublier que ces pratiques ne sont pas reconnues par les autorités sanitaires et qu'ils interviennent en dehors de tout cadre légal* ».

Enfin, le regroupement de praticiens non conventionnels en centre de bien-être, semblables à des maisons de santé dont l'appellation n'est pas protégée, avec une apparence médicale (exemple : port de blouses) donne également l'illusion de la sécurité et la qualité des prestations prodiguées et d'un lien avec la santé.

La confusion est renforcée par la publicité et les effets de mode liés à l'usage de ces pratiques de soins non conventionnelles. En 2012, France Stratégie, dans sa note d'analyse *Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ?* soulignait les forts enjeux économiques liés au développement du marché du bien-être et des pratiques non conventionnelles en général. Cet enjeu accroît les risques d'être confronté à des manœuvres commerciales dangereuses.

B- Le manque d'information du public peut entraîner des conséquences néfastes

1- Les risques d'escroquerie et de dérives sectaires

L'absence de distinction explicite entre professionnels de santé et non professionnels de santé exerçant en structure de soins pluriprofessionnelle accroît le risque, pour le patient venant y consulter, d'être victime d'intentions malveillantes.

En effet, la confusion induite par cette absence de distinction peut générer de l'imprudence ou du moins, de la crédulité de la part du patient. Ce dernier, non prévenu des différences caractérisant les professions et les pratiques proposées au sein de la structure de santé, ne se méfiera pas et sera enclin à faire confiance aux personnes auxquelles il aura recours.

De surcroît, les personnes venant consulter en structure pluriprofessionnelle de santé peuvent être fragilisées psychologiquement par une pathologie, des difficultés familiales ou professionnelles, ce qui les rend vulnérables.

¹⁴ Rapport d'activité 2016-1^{er} semestre 2017 Miviludes

Comme l'exprime la Miviludes dans son rapport annuel d'activité, ces personnes « se mettent en quête de bien-être ou de guérison et trouvent en face d'elles des offres pléthoriques : des milliers de thérapeutes auto-proclamés, des stages d'initiation à ces méthodes, des formations, etc. »¹⁵.

De même, le Sénat invite à s'interroger sur les dangers représentés par l'essor des pratiques de soins non conventionnelles non encadrées : « Le « bien-être » est une porte d'entrée pour ceux qui, grâce à un discours apaisant et des méthodes commerciales agressives, parviennent à attirer de nombreux patients, à exercer sur eux une véritable emprise mentale, leur vendre des cures à des prix prohibitifs, dans des centres de bien-être ou de réadaptation »¹⁶.

Il peut alors exister pour le patient un risque d'être victime d'escroquerie, d'abus de faiblesse, voire même d'emprise mentale caractérisant les dérives sectaires. Comme l'exprime M. Jean-Pierre Jouglu, codirecteur du diplôme universitaire « Emprise mentale et processus de vulnérabilité » de l'université de Paris V, « Les théories sur la santé constituent la plupart du temps une des composantes essentielles de la loi interne de la secte, qui légitime le pouvoir du gourou »¹⁷.

De fait, en 2016, 26% des signalements adressés à la Miviludes avaient pour objet la médecine complémentaire ou alternative.¹⁸

2- Les risques de dérives thérapeutiques

En maison de santé, le possible exercice de PSNC peut avoir un impact sur la santé du patient. En effet, d'après le rapport du Sénat de 2012, L'American Cancer Society distingue « les pratiques complémentaires au traitement, dont le danger principal est celui d'une interaction nuisant à l'efficacité du traitement classique, des pratiques alternatives, qui se substituent à lui au risque d'une réelle perte de chance pour le malade ».

Comme le souligne Benoît Vallet, Directeur Général de la Santé, dans un entretien à Webzine, le journal de la CNOM¹⁹, les PSNC peuvent « générer soit un risque de perte de chance en raison d'un retard de prise en charge par un traitement

¹⁵ Rapport d'activité 2016- 2017 Miviludes

¹⁶ Rapport Dérives thérapeutiques et dérives sectaires : la santé en danger du Sénat

¹⁷ Rapport Dérives thérapeutiques et dérives sectaires : la santé en danger du Sénat

¹⁸ Rapport d'activité 2016- 2017 Miviludes

¹⁹ Webzine juillet 2015 sur les pratiques alternatives et complémentaires – CNOM

conventionnel, soit des effets indésirables si le patient n'informe pas son médecin des traitements non conventionnels dont il bénéficie, par crainte d'en parler ou par méconnaissance des risques encourus ».

La possibilité de regroupement des praticiens non conventionnels au sein des maisons de santé pourrait être interprétée non seulement comme une reconnaissance de leur activité mais également comme un moyen de compenser l'absence de professionnels de santé, notamment si le territoire présente des carences d'offre de soins²⁰. L'Association des Maires de France²¹ reconnaît que les élus locaux, pour répondre à la demande des citoyens, créent des maisons de santé qui ne sont pas toujours pleinement occupées. De fait, afin d'assurer la viabilité financière de la structure, ces derniers peuvent être plus enclins à répondre favorablement à une demande d'installation d'un praticien non conventionnel.

Au regard de ces risques et de la confusion qui existe entre les professionnels de santé et les praticiens non conventionnels, il apparaît donc opportun de sécuriser davantage les parcours des usagers qui souhaitent s'orienter vers une prise en charge de « soins » ou de « bien-être ».

II- Les risques inhérents au développement des PSNC en maison de santé nécessitent la mise en place de mesures opérationnelles

Le présent rapport a permis d'identifier la confusion qui peut être faite entre les professionnels de santé et les non professionnels de santé qui dispensent des pratiques de soins non conventionnelles. Cette confusion est source de risques de dérives thérapeutiques ou sectaires et doit être levée. Dans ces conditions, il semble nécessaire d'agir sur la réglementation (A), de mieux communiquer et sensibiliser les différents acteurs (B) et de prévenir les situations à risque (C).

Au regard des propositions formulées, deux scénarios sont développés pour sécuriser l'offre de soins (D).

²⁰ Entretien avec le CNOM

²¹ Entretien avec l'Association des Maires de France

A- Agir sur la réglementation : mieux encadrer, recenser, évaluer, contrôler

1- Agir sur la protection de termes pouvant prêter à confusion

a- Approfondir la réflexion menée sur une labellisation des maisons de santé

La fédération des maisons de santé d'Ile de France²² a initié une réflexion sur la labellisation des maisons de santé et la mise en œuvre d'un « Projet qualité maison de santé ». Cette démarche pourrait permettre d'une part de réserver le terme de *maison de santé*, qui est un terme réglementé, à un mode de fonctionnement identifié et d'autre part de préciser le contenu du projet de santé, sans le formaliser ou le normaliser. La mention de l'ensemble des praticiens de la maison de santé doit être obligatoire, exhaustive et actualisée.

b- Réserver l'utilisation du terme santé aux professionnels de santé

L'appellation *maison de santé* est réglementée mais non protégée. Toute structure peut s'appeler *maison de santé* ce qui peut prêter à confusion et caractériser des structures ne comprenant parfois aucun professionnel de santé. Dès lors, en l'absence de professionnels de santé dans une structure, le terme *santé* ne doit pas apparaître dans le libellé de la structure, mais le terme *bien-être* doit être privilégié (Exemple : centre / pôle / institut du bien-être).

L'ARS pourrait être chargée de l'autorisation de l'utilisation du terme, au regard du projet de santé, et être saisie des cas de structures ne comprenant aucun professionnel de santé mais se présentant comme des centres de santé. Le non-respect de cette obligation d'autorisation devra donner lieu à des sanctions.

c- Rendre obligatoire la mention « non professionnel de santé » pour les praticiens de soins non conventionnels dans les maisons de santé mixtes

La mention *professionnel de santé / non professionnel de santé* pourrait être systématiquement indiquée pour chaque praticien de maisons de santé afin de clarifier la

²² Entretien réalisé le 4 mai 2018

distinction entre les professions réglementées et non réglementées. Cette mention pourrait être affichée soit sur les plaques professionnelles, soit à l'accueil des maisons de santé.

2- Définir une charte des bonnes pratiques à l'intérieur des maisons de santé mixtes signée par l'ensemble des intervenants de la structure

Cette charte, assimilable à un contrat, serait obligatoire et induirait l'exclusion du professionnel en cas de non-respect des obligations. Cette charte pourrait mentionner les obligations déontologiques, les vérifications d'assurance et de diplômes. Elle rappellerait notamment que seuls les médecins sont autorisés à poser un diagnostic et pourrait être annexée au projet de santé.

3- Rendre obligatoire le recensement de l'ensemble des PSNC actuellement dispensées au sein des maisons de santé

Lorsqu'un recensement exhaustif des maisons de santé sera opérant, et à partir de projets de santé mentionnant l'intégralité des praticiens et leurs pratiques, il sera possible de dresser une liste des PSNC dispensées au sein des maisons de santé. Cette liste permettra de déterminer notamment quelles PSNC sont les plus répandues au sein des maisons de santé, d'en suivre l'usage, et de déceler les techniques prometteuses.

Ce recensement pourrait donner lieu à une réflexion à mener sur la distinction, au sein des PSNC, entre les PSNC dont le titre est reconnu législativement telles que l'ostéopathie ou la chiropraxie, celles adossées à l'exercice d'une profession de santé tels que les médecins acupuncteurs et les autres. En parallèle une évolution des vocables semble devoir être faite pour les non professionnels de santé qui participent à la prise en charge de patients sur prescription médicale ou en libéral tels que les psychologues.

4- Evaluer de manière systématique les maisons de santé bénéficiaires de financements publics à échéances régulières permettant une revue du projet de santé et son actualisation

Si l'évaluation par l'ARS des maisons de santé bénéficiaires de financements publics est réglementaire, force est de constater qu'elle n'est pas toujours réalisée. Dès lors il convient de renforcer le dispositif d'évaluation et de contrôle et d'imposer une

visite annuelle sur place des maisons de santé pour vérifier l'adéquation entre le projet de santé et l'organisation mise en place.

B- Mieux communiquer, informer et sensibiliser l'ensemble des acteurs

1- Former les professionnels de santé à la problématique des PSNC pour un exercice coordonné en maison de santé

Selon le CNOM, les PSNC sont peu abordées lors du cursus de formation des médecins. D'une manière générale, il s'avère que les professionnels de santé manquent souvent d'information vis-à-vis des PSNC et peuvent avoir des représentations biaisées sur le recours à ces pratiques.

Le développement de maisons de santé mixtes amène les professionnels de santé à côtoyer des praticiens de soins non conventionnels. De ce fait, il semble primordial que les professionnels de santé puissent identifier les risques liés à ces pratiques, notamment le détournement du patient de la médecine allopathique, les dérives thérapeutiques et les dérives sectaires.

La formation devra s'attacher à favoriser la compréhension du recours à ces pratiques et les attentes des usagers envers ces pratiques. Le but est d'éclairer et de conseiller le patient sans altérer son parcours de soin.

2- Renforcer la vigilance des élus locaux sur la terminologie employée

Dans le contexte actuel de désertification médicale, il est important que l'ARS, par le biais d'un référent spécifique "collectivités territoriales", puisse éclairer les élus locaux sur les différentes formes d'exercices coordonnés et le lien avec des professionnels de santé. Ce dispositif sera diffusé aux différentes collectivités territoriales par le biais d'une campagne nationale d'information. D'une manière générale, toutes les demandes de création d'une structure de santé ou de bien-être, reçue par une collectivité territoriale, devront être orientées vers le référent "collectivités territoriales" de l'ARS.

3- Mettre en place un site internet d'information grand public sur les PSNC et leur place dans le paysage sanitaire et notamment les maisons de santé

Il existe une confusion entre les différentes terminologies notamment dans le cadre des maisons de santé où se côtoient médecine conventionnelle et PSNC et de la quantité d'informations disponibles. Il serait utile de mettre en place un site internet "grand public" recensant les différents types de PSNC, les connaissances actuelles vis-à-vis de ces PSNC (intérêt, dangerosité, risques de dérives thérapeutiques et sectaires), les professionnels qui les pratiquent (en distinguant les professionnels de santé dont l'action repose sur la déontologie et les autres thérapeutes), les exercices coordonnés d'action de ces thérapeutes, les mécanismes de recours et plaintes des usagers...

Dans le cadre de ses missions, le GAT²³ pourrait participer à la conception de ce site. Afin de diffuser ce site internet, le Ministère des solidarités et de la santé, en lien avec l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP) et les différents ordres professionnels pourrait mettre en place une grande campagne d'information.

C- Prévenir et repérer les situations à risques

1- Mieux informer les professionnels de santé sur les risques de dérives thérapeutiques ou sectaire en maisons de santé

La signature de conventions entre les conseils nationaux des ordres professionnels et la Miviludes a donné lieu, en 2015, à une large réflexion sur les risques de dérives sectaires liées notamment aux PSNC. A l'image du guide réalisé par l'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes²⁴ à l'attention des professionnels de santé, chaque ordre devrait pouvoir proposer un guide à ses professionnels de santé. Ce guide pourrait mentionner à la fois les risques de dérives sectaires, mais également de dérives thérapeutiques.

2- Diligenter une étude approfondie sur l'origine des plaintes reçues par la Miviludes et les ARS concernant les PSNC

²³ Entretien réalisé le 16 mai 2018 avec le CNOMK

²⁴ Entretien réalisé le 16 mai 2018 avec le CNOMK

Cette étude permettrait d'identifier, d'une part, les structures sujettes à signalement (praticiens seuls ou en maison de santé/centres de bien-être) et d'autre part, la catégorie de dérive (danger sanitaire / dérive sectaire). L'analyse de ces statistiques permettrait de mettre en évidence les PSNC davantage concernées par des plaintes et de mesurer l'impact des maisons de santé sur le développement ou au contraire le non-développement de dérives.

D- Sécuriser l'offre de soins : deux scénarios possibles

Au regard des propositions formulées plus haut, deux scénarios sont envisageables :

Scénario 1 : maintenir la possibilité d'associer des praticiens de soins non conventionnels au sein des maisons de santé

La réglementation modifiée dans le sens des propositions permettra de mieux identifier les PSNC, de les évaluer et de les contrôler, sans pour autant induire une reconnaissance de ces pratiques en dehors de données scientifiques et éprouvées. Ce scénario répondrait aux attentes de la population d'une prise en charge plus globale que dans la médecine conventionnelle, et aux attentes des élus locaux. La confusion entre professionnels et non professionnels de santé serait atténuée par des mentions obligatoires, des entrées différentes dans les maisons de santé ; ou encore la mise en place de codes couleur sur les plaques différenciant les professionnels de santé des non professionnels de santé²⁵.

Scénario 2 : exclure les PSNC des maisons de santé

La réglementation devra être modifiée et le CSP ne permettrait plus la coordination avec des non professionnels de santé. Dès lors, les PSNC seraient regroupées dans des structures dont l'appellation ne pourrait comporter le terme *santé*. L'avantage d'un tel dispositif serait de clarifier l'exercice des pratiques pour l'ensemble des citoyens et de bien identifier ce qui relève des professions de santé, des autres pratiques de soins. Afin de faciliter l'accès à l'ensemble des pratiques de soins pour les citoyens, il peut être imaginé de créer ces structures de soins non conventionnels à proximité des maisons de santé.

²⁵ Proposition issue de l'entretien avec l'ARS Ile de France

Conclusion

La dynamique de regroupements des professionnels de santé, encouragée par l'Etat depuis 2009, a engendré le développement de différentes structures d'exercice coordonné associant des professions médicales et paramédicales, mais également des praticiens de soins non conventionnels. Si le CSP réglemente l'établissement d'une maison de santé en la structurant autour d'un projet de santé signé et porté par des professionnels de santé, le présent rapport dresse le constat de la multiplicité des structures existantes et la confusion qui en résulte. L'analyse de la réglementation et le recensement des risques inhérents à l'inclusion de PSNC dans le cadre de MSP a permis de déceler des pistes d'amélioration envisageables tant pour proposer des évolutions législatives ou réglementaires, que pour assurer une transparence accrue sur l'exercice des professions réglementées, des professions reconnues et de celles absentes du CSP.

Selon l'ordre des médecins, 40% des Français auraient recours aux PSNC, proportion en augmentation chez les personnes atteintes d'une maladie grave ou chronique. Dès lors l'on comprend les enjeux liés à l'émergence des maisons de santé dites alternatives, mais également des maisons de santé mixtes. La vigilance des pouvoirs publics doit être particulière, dans un domaine où les risques de dérives, qu'ils soient thérapeutiques ou sectaires sont avérés. La mise en place du GAT sur les pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique auprès du directeur général de la santé en 2009 s'inscrit dans cette problématique. Cependant, sans encadrement suffisant, les PSNC se développent de manière non coordonnée rendant le paysage sanitaire moins compréhensible, tant pour les citoyens usagers que pour les élus locaux, la différenciation entre professionnels et non professionnels de santé demeurant opaque.

Les entretiens réalisés dans le cadre de ce travail de recherche n'ont pas montré un accroissement des risques de dérives induits par des PSNC du fait de leur association dans le cadre de maisons de santé. Il semblerait même que leur inclusion au sein de MSP pourrait permettre de réduire les risques de dérives, même si cela entretient la confusion entre professionnels de santé et praticiens de soins non conventionnels.

Un certain nombre de questions demeurent : l'association de la médecine conventionnelle et des PSNC au sein de MSP permet-elle une meilleure prise en charge du patient ? Comment encadrer les PSNC, sans nécessairement les reconnaître, en l'absence d'études scientifiques éclairées ?

Bibliographie

Ouvrages

- Monter et faire vivre une maison de santé, Pierre de Haas, 2015

Rapports

- Miviludes – rapport au 1^{er} ministre 2013-2014
- Miviludes – rapport au 1^{er} ministre 2016-2017
- Miviludes - Guide santé et dérivés sectaires 2012
- Note d'analyse n°290 « Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? » - Centre d'analyse stratégique – octobre 2012
- Magazine Objectif Soins&Management n°258- septembre 2017 : article « Maisons de santé : un maillage qui s'étoffe ».
- Stratégie nationale de santé 2018-2022
- *La dynamique de regroupement des médecins généralistes de 1998 à 2009*, Questions d'économie de la santé n°157, septembre 2010
- Constituer une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) en Ile de France, guide pratique, octobre 2017, ARS Ile de France
- Les centres de santé : situation économique et place de l'offre de soins de demain, IGAS 2013
- Les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées, rapport d'information du Sénat, juillet 2017
- L'influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé, rapport du Sénat, 2013
- Stratégie pour la médecine traditionnelle, 2014-2023, OMS

Lois, circulaires

- Code de la santé publique
- Arrêté du 3 février 2009 portant création d'un groupe d'appui technique sur les pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique
- Instruction n° DGOS/PF3/2012/384 du 12 novembre 2012 relative au guide méthodologique relatif à la circulation, au sein des centres et des maisons de santé, des informations concernant la santé des patients
- Instruction N°DGOS/PF3/DREES/DMSI/2012/135 du 28 mars 2012 relative à l'enregistrement des maisons de santé dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) et à l'ouverture de l'observatoire des maisons de santé
- Circulaire du 27 juillet 2010 « lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural »

- Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier

Sites internet institutionnels

- Ministère des Solidarités et de la Santé : <http://solidarites-sante.gouv.fr>
- ARS Ile-de France : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr>
- Haute autorité de santé : <https://www.has-sante.fr/>
- Conseil national de l'ordre des médecins : <https://www.conseil-national.medecin.fr>
- Ordre des masseurs-kinésithérapeutes : www.ordremk.fr
- Fédération française des maisons et pôles de santé : <http://www.ffmps.fr/>
- Fédération nationale des centres de santé : <https://www.fncs.org/>
- Mutuelle MACSF : www.macsf.fr
- Fichier FINESS : <http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/index.jsp>
- Portail d'accompagnement des professionnels de santé : <http://www.iledefrance.paps.sante.fr/>

Sites internet liés aux PSNC

- Groupement national pour l'organisation des médecines alternatives : <http://gnoma-snamap.fr>
- Site sur les médecines douces : <https://www.medoucine.com>
- Maison du bien-être et de la santé : <https://www.maison-bien-etre-sante.fr>
- Association de santé alternative : <http://www.lesourireinterieur.com>
- Centre neuropsychologique : <http://www.cpea-savoie.com>
- Pôle santé équilibre : <https://www.polesanteequilibre.fr/accueil>
- Maison de la santé : <http://www.la-maison-de-la-sante.fr/>

Liste des annexes

Annexe 1 – Rétroplanning	page I
Annexe 2 - Guide d'entretien	page II
Annexe 3 – Déroulement des entretiens	page IV
Annexe 4 – Cartographie des MSP	page VI
Annexe 5 – Cahier des charges des MSP	page VII
Annexe 6 – Schéma des types des structures d'exercice coordonné en fonction des pratiques et du suivi réalisé par les pouvoirs publics	page XI
Annexe 7 - Liste des propositions	page XII

Annexe 1 – Rétroplanning



Annexe 2 – Guide d’entretien

Présentation de l’interlocuteur :

1. Service dans lequel travaille l’interlocuteur
2. Missions en lien avec le sujet (maisons de santé et/ou PSNC)

Définition des termes et cadre juridique :

3. Disposez-vous d’une typologie des structures d’exercice coordonné (maisons/pôles/centres de santé) ?
4. Que vous évoque l’expression « maison de santé alternative » ?
5. Quelle typologie donneriez-vous des « maisons de santé alternative » ?
6. Qu’est-ce qui les distingue des maisons de santé « classiques » ?
7. Disposez-vous d’un annuaire / recensement et/ou de statistiques sur les maisons / centres / pôles de santé ?
8. Connaissez-vous la part de structures de votre région qui bénéficie d’une aide financière ? Quelles sont les conditions pour bénéficier d’une aide financière ? De quelles aides financières peut bénéficier un établissement ?
9. A votre connaissance, quelles sont les PSNC existantes en maisons de santé ?
10. Que pensez-vous de l’encadrement juridique actuel des « maisons de santé » ?

Attentes des utilisateurs et des acteurs du système de santé :

11. Avez-vous noté une recrudescence du recours à la médecine non conventionnelle ?
12. Existe-t-il un public cible vis-à-vis de ces « maisons de santé alternative » ?
13. Quelles sont les attentes des usagers par rapport à la médecine non conventionnelle ?
14. Peut-on parler de complémentarité ou d’alternative à la médecine allopathique ?
15. Quelle est la position des pouvoirs publics face à ces PSNC ?
16. Quelle est la perception des professionnels de santé réglementés ?
17. Avez-vous déjà orienté un patient vers la médecine non conventionnelle (si l’interlocuteur est un professionnel de santé réglementé) ?

Perception des risques éventuels de dérives liés aux PSNC :

18. Les maisons de santé alternative vous semblent-elles présenter des risques ? Si oui, lesquels ?
19. Lors de votre formation, avez-vous été sensibilisé à ces risques ?
20. De votre point de vue, les « maisons de santé alternatives » sont-elles un avantage ou un inconvénient dans le paysage sanitaire ?
21. La coexistence sur une même unité de lieu de professionnels de santé détenant un diplôme d'Etat et de professions non réglementées délivrant une pratique non conventionnelle est-elle envisageable ? A encourager ? A proscrire ?
22. Avez-vous des indicateurs pour repérer des situations à risque ?

Solutions afin d'encadrer la pratique de la médecine non conventionnelle en « maisons de santé alternative » :

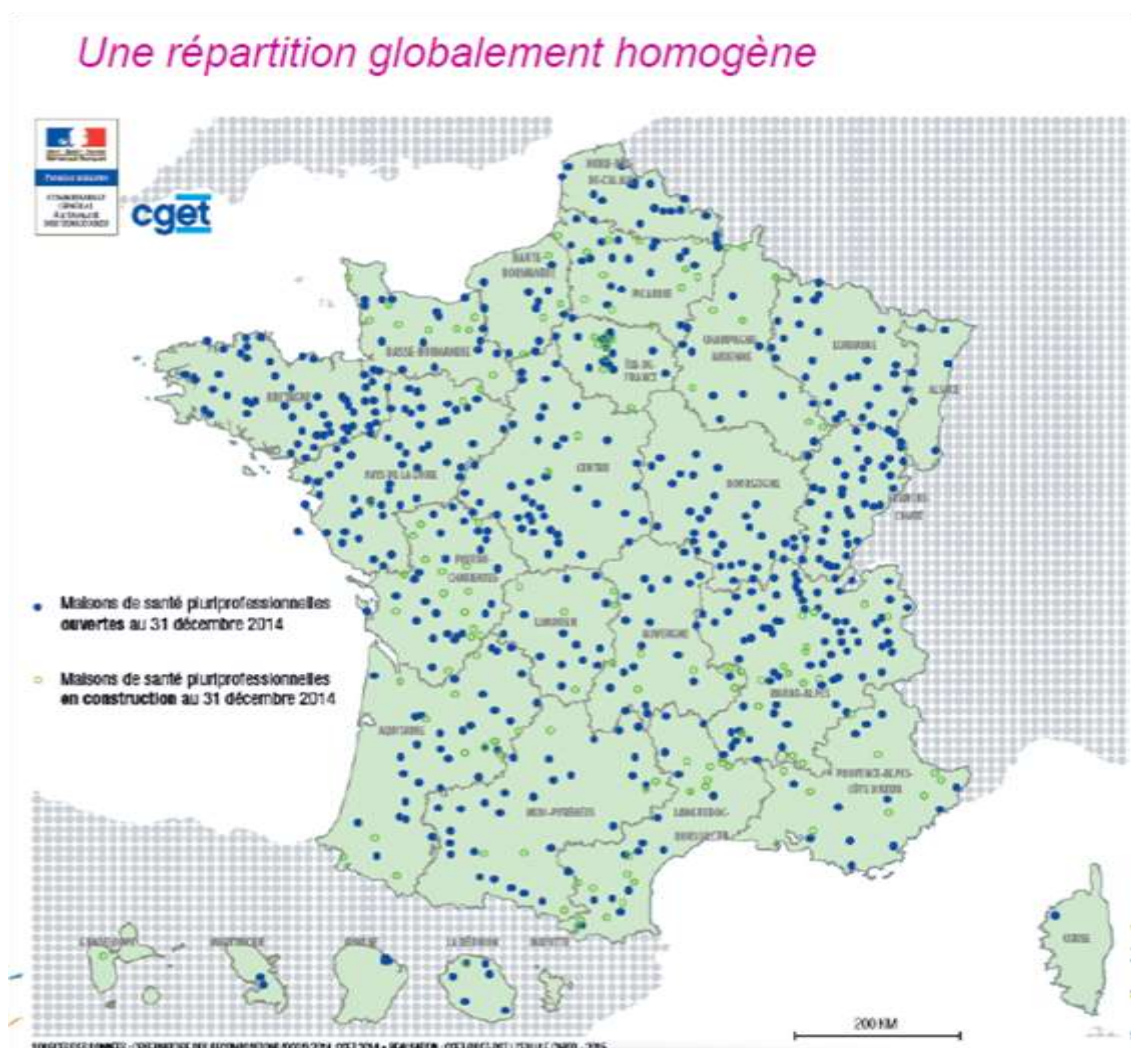
23. Comment encadrer les « maisons de santé alternative » (outils existants et outils à créer) ?
24. Selon vous, comment faire pour appliquer les bonnes pratiques professionnelles en médecine non conventionnelle / « maisons de santé alternative » ?
25. Quels sont vos moyens d'action pour éclairer le public sur la distinction entre médecine et offre de soins alternatifs ?

Annexe 3 – Déroulement des entretiens

DEROULEMENT DES ENTRETIENS		
Fonction des personnes contactées	Organisme	Date des entretiens
Président de la fédération	Président de la Fédération des Maisons et Pôles de santé d'Ile de France	Vendredi 4 mai 2018
Membre de la commission santé	Association des Maires de France	Vendredi 4 mai 2018
Juriste	Conseil National de l'Ordre des Médecins - section santé publique et démographie médicale	Lundi 7 mai 2018
Chargée de mission pôle ambulatoire, innovation et démocratie sanitaire	ARS Ile de France	Vendredi 11 mai 2018
Délégué de la fédération	Fédération Nationale des Centres de Santé	Lundi 14 mai 2018
Président de section	Conseil National de l'Ordre des Médecins - section santé publique et démographie médicale	Lundi 14 mai 2018
Conseiller régional, maire	Commune de Flers-en- Escrebieux - Hauts de France	Lundi 14 mai 2018
Responsable du service accès aux soins sur les territoires et parcours coordonnés	ARS Hauts de France	Lundi 14 mai 2018
Conseiller médical / cheffe de bureau	Ministère de la santé - Direction Générale de la Santé - Bureau qualité des pratiques et recherche biomédicale	Mardi 15 mai 2018
Directrice adjointe de l'offre ambulatoire / Responsable du	ARS Bretagne	Mardi 15 mai 2018

pôle qualité / chargée de mission		
Juriste	Conseil de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes	Mercredi 16 mai 2018
Chargée de projet	ARS Pays de Loire - Direction de l'Offre de Santé et en faveur de l'autonomie	Jeudi 17 mai 2018
Cheffe du bureau / chargée de mission	Ministère de la santé - Direction Générale de l'Offre de Soins - Bureau des coopérations et de la contractualisation	Jeudi 17 mai 2018

Annexe 4 – Cartographie des maisons de santé pluriprofessionnelles – mars 2015



Annexe 6 – Cahier des charges des maisons de santé pluriprofessionnelles

L'article L. 6323-3 du CSP prévoit que les « *maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales* ».

Le développement de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) a pour objectifs :

- d'offrir à la population d'un territoire un lieu de prise en charge la plus globale possible,
- d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé en facilitant, notamment, la continuité des soins,
- de contribuer à l'amélioration de la qualité des prises en charge des patients, par le partage d'expérience, la complémentarité des approches, l'insertion des professionnels de santé partenaires au sein de la maison de santé dans un tissu sanitaire, médico-social et social,
- de développer une orientation novatrice de la formation des jeunes professionnels de santé, ouverte sur ce nouveau mode d'exercice.

Convaincus de l'intérêt apporté par ces maisons de santé au nécessaire développement d'une offre ambulatoire répondant aux besoins de la population et offrant aux professionnels participant « *un meilleur équilibre entre vie personnelle et cadre d'exercice des professionnels* »²⁶, le Président de la République et la Ministre de la santé et des sports ont chacun exprimé un soutien clair au modèle des maisons de santé.

I– LES OBJECTIFS DU CAHIER DES CHARGES

Le présent cahier des charges a pour objet de :

- préciser les critères « socles » minimaux requis pour les MSP ou les projets de MSP qui prétendent à un financement aussi bien pour l'investissement que pour le fonctionnement ;
- préciser les évolutions possibles vers lesquelles peuvent tendre certaines MSP, en fonction du contexte local et des besoins ;

²⁶ Cf « Questions d'économie de la santé » n° 147 publié par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé – Octobre 2009 – « *Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne.* »

- fournir aux professionnels de santé des points de repère facilitant l'élaboration du projet de santé de la MSP auquel l'agence régionale de santé (ARS) pourra apporter un appui en terme d'ingénierie du projet ;
- permettre aux professionnels de santé de mieux appréhender les dispositifs financiers auxquels ils peuvent prétendre ;
- donner une base à la contractualisation entre promoteurs et financeurs, sous l'égide de l'ARS, et préciser les objectifs attendus. Des propositions d'indicateurs de suivi seront diffusées ultérieurement.

II – LE SOUTIEN AUX PROJETS DE MSP ET AUX MSP

II - 1) Les soutiens de l'ARS, autres que financiers, aux projets de MSP et aux MSP

Outre les aides financières, l'ARS peut apporter un soutien dont la forme varie en fonction de la phase considérée (projet ou fonctionnement) : étude des besoins, conseils, notamment en matière fiscale (conseil et expertise) et juridique (recherche du statut juridique le mieux adapté aux attentes et besoins des professionnels...), aide à la recherche de cofinancements, mise en place des systèmes d'information, développement d'activités innovantes (éducation thérapeutique...), conclusion de partenariat avec l'université pour l'accueil d'étudiants...

Pour faciliter l'accès des promoteurs à ce soutien, les dispositifs type cellule d'appui « territoire et santé » déjà mis en place dans quelques régions, seront généralisés. Un guide présentant les missions de ces cellules sera prochainement édité.

II - 2) Les critères minimum pour tout soutien financier

Il existe différentes sources de financements possibles pour les projets de MSP et les MSP.

L'octroi de ces financements est subordonné à l'exigence de certains critères minimaux définis ci-dessous.

A – Soutien à l'ingénierie des projets de maisons de santé

Avant même le début de l'activité d'une MSP, un projet peut bénéficier d'un accompagnement à la mise en œuvre de la part des ARS, notamment en matière d'analyse locale des besoins de santé ou d'aide à l'élaboration d'un projet de santé.

Cet accompagnement pourra, le cas échéant, prendre la forme d'un soutien financier aux travaux préliminaires. Ce soutien financier pourra ensuite être complété, une fois la structure ouverte, par une aide financière qui sera octroyées à certaines conditions :

- l'engagement de tous les professionnels concernés ;
- un projet en cohérence avec le SROS ;
- une démarche ancrée dans un territoire de santé, s'appuyant sur une première analyse de l'offre en santé et des problématiques de santé propres au territoire (à approfondir par la réalisation d'un diagnostic territorial de santé).

La totalité des financements ainsi versées doivent, le cas échéant, respecter les montants maximum prévus.

D'autres éléments non obligatoires permettent d'apprécier la qualité du projet et d'orienter les aides financières dont il peut bénéficier :

- l'implication des collectivités territoriales ou d'un établissement de santé (ex hôpital local) ;
- la mobilisation de la majorité des autres professionnels dans les territoires considérés ;
- l'existence d'une association locale des professionnels de santé dont ceux de la MSP ;
- la réflexion autour de l'accueil des étudiants et internes intégrant une réponse à leur demande d'hébergement (par exemple mise à disposition d'un studio, versement d'une indemnité...) lorsque la situation géographique le nécessite.

B - Soutien aux maisons de santé après leur ouverture

a) Les critères d'obtention d'un soutien financier (fonctionnement ou investissement)

Pour bénéficier d'un soutien financier, les MSP déjà en fonctionnement doivent satisfaire aux critères suivants :

- répondre aux « critères socles » minimaux requis pour les MSP ;
- comporter un projet de santé ;
- présenter un projet dont le Directeur général de l'ARS apprécie la cohérence avec le volet ambulatoire du SROS : la MSP doit s'inscrire dans un projet territorial défini par

l'ARS au regard des besoins de santé et de l'implication des acteurs locaux ; les projets territoriaux seront déclinés dans le volet ambulatoire du SROS ;

- dans l'attente de la formalisation du SROS, garantir une implantation cohérente et équilibrée sur le territoire de santé et correspondre à un territoire dont l'offre de soins nécessite d'être confortée au regard de la démographie médicale, des projets existants, de l'offre de soins adjacente et des modalités de recours aux soins de la population.

De manière générale, la MSP doit s'inscrire dans le projet régional de santé.

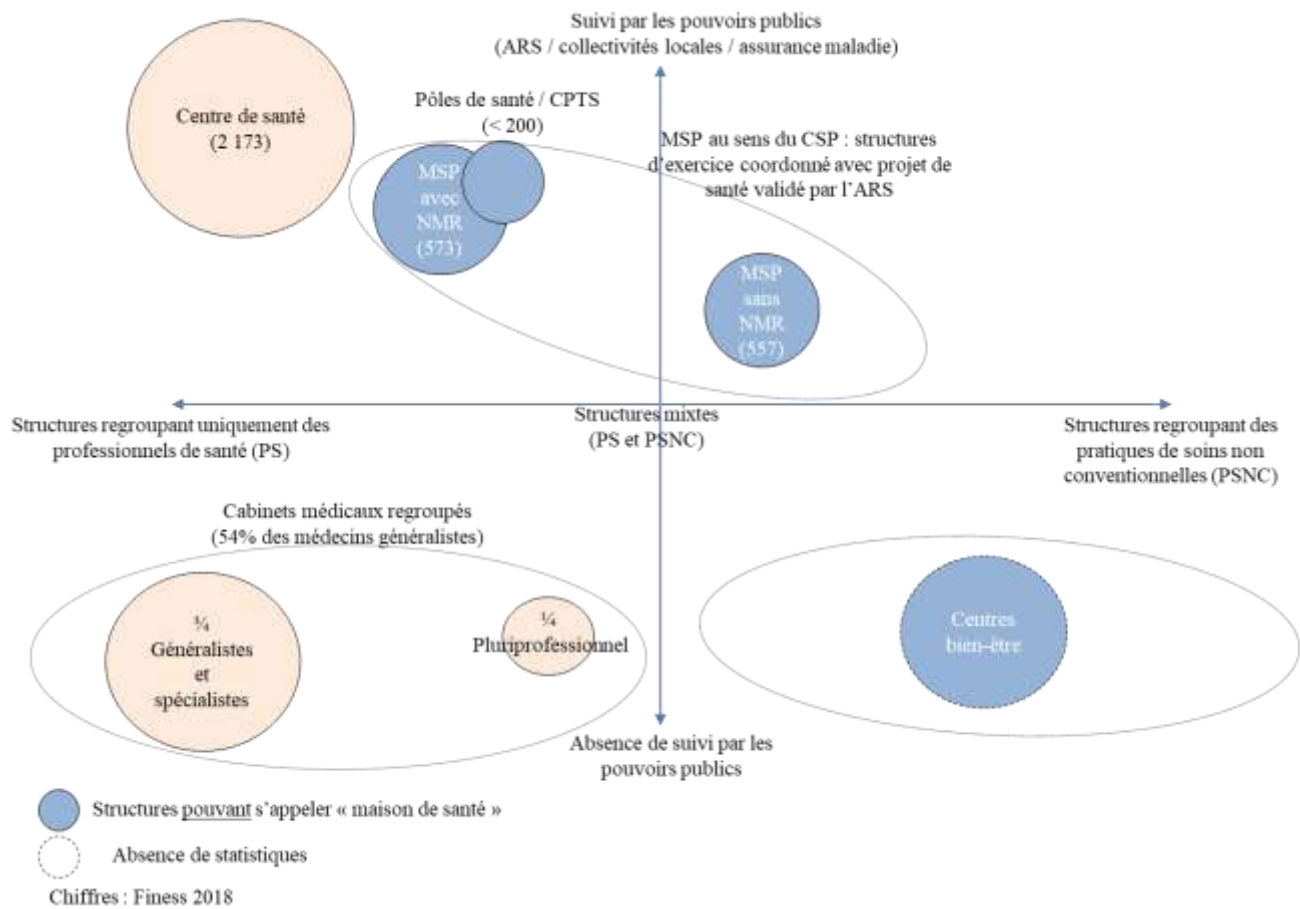
b) La possible modulation du montant du soutien financier

Le montant de certaines aides financières, notamment celles octroyées via le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), pourra être ajusté au caractère plus ou moins abouti du fonctionnement de la maison et au niveau de service rendu aux patients et à la population.

III – L'ÉVALUATION DES MAISONS DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLES

Outre l'évaluation interne qui est recommandée à toute MSP permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge au travers des pratiques individuelles et collectives, une évaluation est réalisée par l'ARS pour tout projet financé. Cette évaluation a lieu l'année suivant celle du versement du financement. Elle s'effectue dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens qui détermine les indicateurs. Elle doit en particulier justifier de l'utilisation des crédits alloués conformément aux engagements pris pour améliorer la prise en charge libérale coordonnée des patients.

Annexe 6 – Schéma des types des structures d'exercice coordonné en fonction des pratiques et du suivi réalisé par les pouvoirs publics
Source : équipe MIP



Annexe 7 – Liste des propositions

LISTE DES PROPOSITIONS	
Agir sur la réglementation : mieux encadrer, recenser, évaluer, contrôler	
Proposition n°1	Approfondir la réflexion menée sur une labellisation des maisons de santé
Proposition n°2	Réserver l'utilisation du terme <i>santé</i> aux professionnels de santé
Proposition n°3	Rendre obligatoire la mention « <i>non professionnel de santé</i> » pour les praticiens de soins non conventionnels dans les maisons de santé mixtes
Proposition n°4	Définir une charte des bonnes pratiques à l'intérieur des maisons de santé mixtes signée par l'ensemble des intervenants de la structure
Proposition n°5	Rendre obligatoire le recensement de l'ensemble des PSNC actuellement dispensées au sein des maisons de santé
Proposition n°6	Evaluer de manière systématique les maisons de santé bénéficiaires de financements publics à échéances régulières permettant une revue du projet de santé et son actualisation
Mieux communiquer, informer et sensibiliser l'ensemble des acteurs	
Proposition n°7	Former les professionnels de santé à la problématique des PSNC pour un exercice coordonné en maison de santé
Proposition n°8	Renforcer la vigilance des élus locaux face à la terminologie <i>maisons de santé</i>
Proposition n°9	Mettre en place un site internet d'information grand public sur les PSNC et leur place dans le paysage sanitaire et notamment les maisons de santé
Prévenir et repérer les situations à risques	
Proposition n°10	Mieux informer les professionnels de santé sur les risques de dérives thérapeutiques ou sectaire en maisons de santé
Proposition n°11	Diligenter une étude approfondie sur l'origine des plaintes reçues par la Miviludes et les ARS concernant les PSNC

Sécuriser l'offre de soins : deux scénarios possibles

Scénario n°1	Maintenir la possibilité d'associer des praticiens de soins non conventionnels au sein des maisons de santé
Scénario n°2	Exclure les PSNC des maisons de santé

Thème n°8 animé par : Madame Chantal GATIGNOL, conseillère santé à la MIVILUDES

Maisons de santé alternative : quels enjeux ?

*BARBIERI Véronique (AAH), BRONNEC Dorine (D3S), COMMES Marlène (DH),
DE MALGLAIVE Bruno (D3S), DUEZ Nadia (DS), PASQUIER Mélanie (AAH), RIVAS
Charlène (D3S), SABATIER Nasslie (DH), SILVESTRE-TOUSSAINT Marie-Pierre (DH),
TOURNIER BENEY Anne (IES)*

Résumé :

Dans le champ de la santé, l'essor des pratiques de soins non conventionnelles (PSNC) et leur possible mise en œuvre au sein de structures professionnelles d'exercice collectif amène à s'interroger sur les enjeux de ce développement.

En effet, sous l'impulsion des pouvoirs publics et des aspirations des professionnels de santé, l'exercice professionnel s'est coordonné au sein de diverses structures de santé visant à faciliter l'accès aux soins des patients telles que les maisons de santé. Néanmoins, le cadre juridique de ces structures s'avère flou et permet que des professionnels non reconnus s'y installent ou en utilisent l'appellation.

Ces ambiguïtés génèrent des risques de confusion pour les usagers qui peuvent être dangereux. Ces derniers peuvent, en effet, être moins vigilants à de possibles intentions malveillantes de praticiens et, de fait, plus facilement victimes d'escroquerie, de dérives sectaires ou thérapeutiques.

L'existence de ces risques invite alors à réfléchir aux mesures opérationnelles qui permettraient de sécuriser l'exercice professionnel au sein des maisons de santé. Des actions visant à préciser la réglementation, renforcer l'information des différents acteurs et à repérer les situations à risque semblent opportunes, que l'on décide d'autoriser les PSNC au sein des maisons de santé ou de les exclure.

Mots clés : PSNC, maison de santé, dérive thérapeutique, dérive sectaire, structure d'exercice coordonné, pôle de santé, SISA, CPTS, GAT, Miviludes, médecine douce, médecine alternative, médecine complémentaire

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs