

MINISTERE de la SANTE, de la JEUNESSE et des SPORTS

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DES SOINS

RAPPORT SUR LES CENTRES DE SANTE

par

Dominique ACKER
Conseillère générale des établissements de santé

Juin 2007

SOMMAIRE

RESUME	3
INTRODUCTION.....	6
PREMIERE PARTIE : LES CENTRES DE SANTE : OBJETS NON IDENTIFIES ?.....	7
1.1 – UN CADRE JURIDIQUE ECLATE ET RECEMMENT RENOVE.....	7
1.2. - UN DENOMBREMENT INCERTAIN	9
1.3 - UNE GRANDE HETEROGENEITE DANS L' ACTIVITE ET LA LOCALISATION	10
<u>1.3.1 – les gestionnaires</u>	10
<u>1.3.2 - la taille et l'activité</u>	11
<u>1.3.3 - la localisation</u>	12
1.4 - UN CADRE CONVENTIONNEL RECENT TRANSPOSE DE LA CONVENTION LIBERALE	12
DEUXIEME PARTIE : LES ATOUTS DES CENTRES DE SANTE FACE AUX NOUVEAUX ENJEUX DU SYSTEME DE SANTE	15
2.1- LES ENJEUX LIES A LA DEMOGRAPHIE MEDICALE	15
<u>2.1.1 la démographie en zone fragile</u>	15
<u>2.1.2 - l'attractivité du mode d'exercice</u>	17
<u>2.1.3 – la délégation de tâches</u>	19
2.2 - LES ENJEUX LIES A L' ACCES AUX SOINS	19
<u>2.2.1- la permanence des soins</u> :	20
<u>2.2.2 - l'accessibilité financière</u> :	21
<u>2.2.3 - L'accessibilité sociale</u>	24
2.3 – LES ENJEUX LIES A LA QUALITE DES SOINS ET A LA PRISE EN CHARGE GLOBALE.....	25
<u>2.3.1 - référentiel d'évaluation et EPP</u>	25
<u>2.3.2 - La prise en charge globale : proximité, pluridisciplinarité, prévention</u>	27
<u>2.3.3 - l'efficience de la prise en charge</u>	28
TROISIEME PARTIE : LES DIFFICULTES ACTUELLES	30
3.1 - DES FRAIS DE STRUCTURE INSUFFISAMMENT PRIS EN COMPTE	30
3.2 - DES DIFFICULTES DANS LA TRANSPOSITION :	32
3.3 - UN FINANCEMENT INADAPTE DES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA PRECARITE, DE PREVENTION ET D'EDUCATION THERAPEUTIQUE (PRAPS ET PRSP)	33
3.4 - UNE SOUS UTILISATION PAR LES CENTRES DE L' OPTION DE COORDINATION ET DE LA DOTATION DES RESEAUX	35
3.5 - UNE « MEDECINE PLUS LENTE ».....	35
3.6 - DES DIFFICULTES A VENIR POUR LE REMPLACEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE	37
QUATRIEME PARTIE : RECOMMANDATIONS POUR UN NOUVEAU MODELE ECONOMIQUE ET SANITAIRE	38
4.1 - UN MODELE ECONOMIQUE CIBLE POUR LES CENTRES DE SANTE	38
4.2 - DES MESURES IMMEDIATES DANS LE CADRE DE L' ACCORD CONVENTIONNEL	40
4.3 - LA PRISE EN COMPTE DES CENTRES DE SANTE DANS LE DISPOSITIF DES SOINS AMBULATOIRES.....	41
4.4 - LA MISE EN PLACE DU CONSEIL NATIONAL DES CENTRES DE SANTE.....	42
4.5 - L' EXPERIMENTATION D' UN NOUVEAU MODE DE REMUNERATION DES PROFESSIONNELS	43
4.5 - LA NECESSITE DE POURSUIVRE LES ETUDES POUR L' OBJECTIVATION DE L' EFFICIENCE DE LA PRISE EN CHARGE.....	44
CONCLUSION.....	46
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	49
LEXIQUE DES ABREVIATIONS UTILISEES.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	54
LETTRE DE MISSION.....	56

RESUME

Les centres de santé sont en nombre limité, environ 1700, toutes disciplines confondues. Néanmoins il n'était pas envisageable de conduire une enquête exhaustive sur l'ensemble de ces centres, compte tenu du temps imparti à la mission, d'autant qu'une mission IGAS a rendu, fin 2006, un rapport sur les centres de soins infirmiers

L'étude a donc été ciblée sur les **centres médicaux et polyvalents** et sur les **huit régions**¹ dans lesquelles ils sont les plus nombreux en rencontrant, sur ces régions, l'ensemble des acteurs : des responsables et des usagers de plus d'une vingtaine de centres qui nous ont communiqué leur rapport d'activité et leurs comptes, les DDASS et DRASS, les ARH, URCAM et MRS, les URML, mais aussi des hôpitaux locaux et des promoteurs de maisons médicales. Au niveau **national**, les contacts ont principalement concerné les organismes d'Assurance Maladie (CNAMTS, MSA et Caisse autonome du régime minier), les principaux gestionnaires (Croix-Rouge, Mutualité Française) et leurs représentants dans le cadre du RNOGCS, les directions du Ministère de la Santé et des Solidarités particulièrement concernées par ce sujet (DHOS, DSS, DGAS), l'IGAS ainsi que la Haute Autorité en Santé (HAS) sur le volet qualité

Les centres de santé de santé disposent **d'atouts incontestables** face aux enjeux de notre système de santé liés à la démographie médicale, au vieillissement de la population, à l'efficacité de la prise en charge et à l'accès pour tous à des soins de qualité :

- ils constituent une **forme d'exercice attractive** pour les jeunes générations qui recherchent un cadre collectif et pluridisciplinaire, une conception globale de la médecine, un exercice recentré sur le soin (sans tâches administratives), une possibilité de délégation à d'autres professionnels de santé et de diversification de leur activités et enfin une maîtrise de leur temps de travail ;
- ils répondent aux attentes des usagers et des pouvoirs publics en matière **d'accès aux soins** : qu'il s'agisse de **l'accessibilité financière** avec une pratique systématique du tiers-payant et un engagement sur le respect des tarifs conventionnels, des tarifs en matière de prothèses dentaires et d'orthodontie sensiblement inférieurs en moyenne à ceux des libéraux, ou de **l'accessibilité sociale**, notamment par rapport aux questions de précarité avec une implication de 30% supérieure à la médecine libérale pour l'accueil des patients éligibles à la CMU ; en ce qui concerne la **permanence des soins**, au delà d'un accueil non programmé sur de larges périodes d'ouverture, leur implication est par contre très inégale, mais face au vieillissement de la population, notamment dans les zones rurales, l'existence de centres de soins infirmiers constitue un atout indiscutable pour organiser **une continuité** dans la prise en charge ;
- ils se sont engagés dans une **démarche qualité**, avec un *référentiel d'évaluation*, privilégiant la coordination des soins avec une bonne insertion dans les réseaux de proximité, une pratique ancienne de dossier unique du patient, pas encore partout informatisé, et une bonne insertion dans la proximité mais avec une relation avec l'environnement, notamment hospitalier, qui peut être encore améliorée ;

¹ Alsace, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Rhône-Alpes

- ils sont sensibilisés à l'**efficience** de la prise en charge et à la maîtrise médicalisée - les études encore trop rares sur le sujet méritent d'être développées -, à une démarche de santé publique intégrant les questions de **prévention** avec des actions de dépistage, des actions spécifiques en direction des écoles, de certains publics ou enfin un suivi adapté de maladies chroniques (diabétiques ..) : leur projet médical, lorsqu'il existe car ce n'est pas le cas partout, est souvent construit autour de thèmes de santé publique, de l'accès aux soins des plus défavorisés et de la prévention ;
- ils offrent enfin aux **usagers** un plateau technique diversifié et compact simplifiant la prise en charge, et s'efforcent progressivement de les impliquer dans l'élaboration de leur projet ;

Pour autant, leur grande hétérogénéité en taille, en activité et en organismes gestionnaires, ne permet pas d'affirmer que tous ont un même niveau de projet médical et de référentiels qualité dans la mesure où cela ne fait pas partie aujourd'hui des obligations liées à leur agrément.

X X X

Si les centres dentaires équilibrent leurs comptes du fait de la possibilité d'ajuster leurs tarifs avec les actes hors nomenclature, et sont pratiquement les seuls à se développer, les autres centres rencontrent, presque tous, des **difficultés financières** que seules la taille et la diversification des activités parviennent à juguler.

Ces difficultés proviennent :

- **d'une part**, d'une transposition inexistante ou incomplète d'éléments de rémunération venant s'ajouter au paiement à l'acte dans les conventions libérales : non application du forfait de prise en charge des patients en ALD, du paiement des astreintes pour la permanence des soins, du bilan bucco-dentaire, des FSE ...; transposition non encore opérationnelle pour la prise en charge de la formation professionnelle et les aides à l'installation ; transposition non cohérente des aides sur l'informatisation et la prise en charge des cotisations sociales,
- **d'autre part** d'un financement pas toujours adapté pour les actions au long cours en ce qui concerne la prévention et la santé publique (participation aux réseaux , programmes d'accès aux soins...) et d'une sous-utilisation de l'option conventionnelle de coordination prévue dans l'accord national,
- **et enfin** d'une non reconnaissance des charges de structures et d'investissement liées au service rendu (accueil administratif, dispense d'avance de frais, normes architecturales, stérilisation ...)

La **situation financière** de ces centres les a quelquefois conduit à la fermeture et les maintient, lorsqu'il y ont échappé, dans une grande précarité, les rendant dépendants de subventions diverses. Le recrutement de nouveaux praticiens dans certaines disciplines comme la gynécologie, la radiologie, ..devient difficile, alors que celui des généralistes ne pose pas de problèmes majeurs. Le dispositif actuel, par ailleurs, ne permet pas de faire fonctionner le concept à l'échelle du monde rural du fait de la taille réduite que constituerait

ces implantations, qui ne permettrait pas d'absorber, sans appui financier, les charges de structure induites.

X X X

Le rapport propose :

- en priorité d'**intégrer** dans l'accord national avec la CNAMTS les points de non transposition par rapport à la convention libérale et de mettre en place **l'instance de représentation** des centres de santé prévue par la loi du 4 mars 2002 ;
- dans un deuxième temps, d'ajuster dans le cadre de la renégociation de l'accord national les éléments correspondant à la prise en charge des **cotisations sociales**, à la pratique du **tiers-payant** et à **l'informatisation** ;
- de les inclure , **sous la responsabilité des MRS (ARH et URCAM)**, dans une planification des besoins en matière de soins ambulatoires et de permanence des soins, notamment pour les **zones fragiles** et les **751 zones urbaines sensibles**, dont la définition devra intégrer non seulement les questions de démographie en termes numérique mais aussi en termes de spécialistes et de secteur d'exercice ; la méthodologie d'analyse des besoins de santé par cantons et par territoires, utilisée par les URCAM, peut constituer une première base de planification ambulatoire ;
- de passer d'une procédure d'agrément à une **procédure d'autorisation** assortie d'une **contractualisation du financement** d'une partie de leur frais de structure (éventuellement par adossement à un hôpital local en milieu rural) et de leur implication dans la politique de santé publique, de prévention et d'accès aux soins ; cette contractualisation répondrait à des **critères d'éligibilité** et préciserait les **missions**, les **objectifs cliniques** et ainsi que les **objectifs de gestion** et les résultats attendus en matière **d'indicateurs d'état de santé** ; sur ce point une expérimentation peut être conduite sur deux modèles économiques différents : l'un restant basé sur du paiement à l'acte complété par un forfait, l'autre basé sur un statut d'établissement financé à la capitation ;
- d'expérimenter un **nouveau statut** pour les médecins permettant un partage plus souple de leur exercice, avec le maintien d'une rémunération liée à l'activité et la forfaitisation de certaines actions.
- de procéder en parallèle à des **études complémentaires** avec la CNAMTS et quelques CPAM sur la consommation et les prescriptions comparées entre médecins généralistes et spécialistes exerçant en centres de santé ou en libéral.

INTRODUCTION

Par lettre en date du 6 février 2007², le Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé nous a confié une étude qui « doit permettre d'établir une **typologie générale** des structures d'offre de soins primaires (maisons médicales, centres de santé, cabinets de groupes, hôpitaux locaux...) et de préciser leurs modes de coopération. » « Les **centres de santé** (en) constituent cependant la cible principale ». Il s'agit d'en établir « une typologie précise à partir de l'analyse de leur **activité**, de leur mode d'**organisation** et de **financement** et notamment des raisons de leurs difficultés actuelles de fonctionnement ».

Le présent rapport de mission s'inscrit donc dans la volonté de revisiter le concept de centres de santé à la lumière des atouts qui sont les leurs face aux enjeux auxquels est confronté le système de santé, des difficultés qu'ils rencontrent, et de placer cette analyse dans le cadre d'une réflexion plus large sur l'organisation des soins primaires en France.

Parmi les éléments de contexte, il faut rappeler l'émotion suscitée par la fermeture récente de plusieurs centres, le récent rapport présenté par Anne-Marie LEGER et Huguette MAUSS, membres de l'IGAS³, sur les centres de soins infirmiers, le rapport du Professeur BERLAND sur la démographie médicale, *celui de l'IGAS sur les dépassements d'honoraires...* Une mission de la DHOS et de la MAINH s'est également rendue en Grande-Bretagne, au Québec et en Catalogne pour étudier les dispositifs en place en matière de soins ambulatoires. Tous ces éléments ont nourri la réflexion et les conclusions du présent rapport.

Les centres de santé sont en nombre limité, environ 1700, ce qui est très peu au regard des cabinets de médecins et infirmiers libéraux exerçant dans le cadre de la médecine ambulatoire. Néanmoins il n'était pas envisageable de conduire une enquête exhaustive sur l'ensemble de ces centres, compte tenu du temps imparti à la mission.

Nous avons donc pris le parti de cibler l'analyse sur les **centres médicaux et polyvalents** et sur les **huit régions**⁴ dans lesquelles ils sont les plus nombreux en rencontrant, sur ces régions, l'ensemble des acteurs : des responsables et des usagers de plus d'une vingtaine de centres qui nous ont communiqué leur rapport d'activité et leurs comptes, les DDASS et DRASS, les ARH, URCAM et MRS, les URML, mais aussi des hôpitaux locaux et des promoteurs de maisons médicales. Au niveau **national**, les contacts ont concerné les organismes d'Assurance Maladie (CNAMTS, MSA et Caisse autonome du régime minier), les principaux gestionnaires (Croix-Rouge, Mutualité Française) et leurs représentants dans le cadre du RNOGCS, les directions du Ministère de la Santé et des Solidarités particulièrement concernées par ce sujet (DHOS, DSS, DGAS), l'IGAS ainsi que la Haute Autorité en Santé (HAS) sur le volet qualité.

Nous tenons à remercier tout particulièrement pour leur disponibilité et leur intérêt la centaine de personnes rencontrées⁵ dans le cadre de cette mission.

² Lettre en annexe

³ voir en annexe le lexique des sigles utilisés

⁴ Alsace, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Rhône-Alpes

⁵ voir en annexe la liste des personnes rencontrées

PREMIERE PARTIE : LES CENTRES DE SANTE : OBJETS NON IDENTIFIES ?

La notion de centres de santé est peu connue, ou du moins méconnue, tant du grand public que des professionnels et institutions en général. Leur déficit d'image s'explique par plusieurs facteurs : leur cadre juridique éclaté, leur faible nombre, leur localisation inégale sur l'ensemble du territoire, leur grande diversité, et la reconnaissance tardive de leurs spécificité dans le conventionnement avec l'Assurance maladie.

Les centres de santé sont des structures ambulatoires qui relèvent comme les cabinets de ville d'un conventionnement avec l'assurance maladie, mais disposent d'un accord national transposé par rapport à la convention médicale ; ce ne sont pas des établissements de santé mais ils font l'objet d'un agrément technique de la part des autorités sanitaires ; leurs personnels médicaux et paramédicaux sont salariés, mais leur ressources sont celles du paiement à l'acte qui est la règle de l'exercice libéral. Certains représentants de la médecine libérale rencontrés dans les URML ont pourtant des difficultés à leur reconnaître une place entre le système public et l'exercice libéral, du fait du statut des professionnels qui y exercent.

Telles sont les contradictions et les ambiguïtés dans lesquelles s'inscrivent ces centres et que nous allons essayer de décrire.

1.1 – un cadre juridique éclaté et récemment rénové.

Le **cadre juridique** dans lequel s'inscrivent les centres de santé est triple :

- ◆ Le *Code de la Santé publique*, pour ce qui relève de leurs missions, de leur place dans le système de soins ambulatoires et de leur agrément.

Conformément à l'article L.6323-1 du code de la santé publique (CSP), les centres de santé assurent des activités de **soins sans hébergement** et participent à des **actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales**.

Ils sont créés et gérés :

- soit par des organismes à but **non lucratif**, à l'exception des établissements de santé,
- soit par des **collectivités territoriales**.

Ils sont soumis à l'**agrément du préfet de région** (arrêté) sous réserve de satisfaire à une visite de conformité et à des conditions techniques de fonctionnement. Ces conditions sont déterminées par les articles D. 6323-7 à D. 6323-22 du CSP. Il est à noter qu'aucun arrêté ministériel fixant le contenu du dossier d'agrément n'a été pris, pour l'instant, en application de l'article D. 6323-1 du CSP, et la définition des conditions requises, notamment, n'est donc pas identique sur l'ensemble du territoire, certaines DRASS ayant des exigences supérieures à d'autres en matière d'équipement (défibrillateurs par exemple en Nord-Pas-de-Calais sur la base d'un **référentiel** établi localement). En effet, l'annexe XXVIII du décret n°56-284 du 9 mars 1956 concernant les conditions techniques d'agrément des centres de santé a été abrogée

par le décret de re-codification n° 2005-840 du 20 juillet 2005. Il semblerait que l'article 8 de cette annexe n'ait pas été repris dans la re-codification (article relatif aux locaux et installations matérielles).

- ◆ Le *Code de la Sécurité sociale*, pour ce qui relève du conventionnement avec l'Assurance Maladie.

Le financement est principalement un financement **à l'acte**.

Les centres de santé sont notamment soumis à **deux obligations** (art. L 162-32 du Code) :

- faire « bénéficier les assurés sociaux de la **dispense d'avance de frais** pour la part garantie par l'Assurance maladie » (le tiers-payant)
- respecter les **tarifs conventionnels du secteur I**.

Les rapports entre les gestionnaires des centres et la CNAMTS sont définis par **l'accord national conclu le 19 novembre 2002** pour une période de cinq ans et approuvé par le Ministre le 6 janvier 2003 (JO du 19 avril 2003) : cet accord conventionnel fixe notamment les conditions de financement des actions de prévention (articles L.162-32-1 et suivants du code de la sécurité sociale). Il arrive à échéance à la fin de l'année 2007 et a fait l'objet de deux avenants en 2004 (2 juin et 25 octobre) ainsi que d'un troisième avenant en 2007 (arrêté du 24 avril publié au JO du 10 mai 2007). Il a été accueilli avec satisfaction par les représentants des centres de santé, dans la mesure où il constituait une reconnaissance partielle de leur spécificité.

- ◆ Le *Code général des collectivités territoriales*, enfin, pour le régimes d'aides dont ils peuvent bénéficier de la part des collectivités territoriales (articles L 1511-8 et R 1511-44).

Il s'agit des aides spécifiques liées à l'incitation à l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires. Les textes sont très nombreux puisque l'on recense plus d'une xx de types d'aides

- ◆ Par ailleurs une grande partie des centres de soins infirmiers sont tenus par **l'accord de branche de l'aide à domicile signé le 29 mars 2002**.

La déclinaison de cet accord et ses incidences a été largement développées dans le rapport de Mesdames MAUSS et LEGER. Les centres gérés par la MSA et les caisses du régime minier ne sont pas concernées, ceux des collectivités locales relèvent du statut de la fonction publique territoriale.

- ◆ les **personnels** des centres médicaux, dentaires et polyvalents sont des **salariés** mais relèvent de **statuts variés** :
 - soit de différentes **conventions collectives** (Régime minier, FEHAP, MUTUALITE, CROIX-ROUGE),
 - soit de la **fonction publique territoriale**
 - soit enfin **d'accords locaux**,

Ils sont tous salariés et rémunérés soit à la fonction pour les temps plein, soit à la vacation, soit à l'activité pour la grande majorité sur la base d'un pourcentage sur les actes réalisés, le niveau du pourcentage dépend de l'ancienneté, de la discipline et du contexte local.

Cette clarification du cadre juridique correspond à une **évolution récente** qui a fait, des dispensaires du siècle dernier, les centres de santé d'aujourd'hui.

Nés des priorités issues successivement des conflits mondiaux, de la mortalité infantile et des épidémies (ENFANCE ET FAMILLE), de la réduction des inégalités dans l'accès aux soins et de l'approche spécifique liée à certaines populations (centres de soins infirmiers aux personnes âgées), les centres se sont progressivement adaptés aux progrès de la médecine et au développement de nouvelles prestations (dentaire par exemple).

Alors que les textes fondateurs concernant leurs conditions de fonctionnement datent de 1946 et 1956, c'est la loi **du 8 janvier 1991** qui a consacré leur changement d'appellation et celle du **29 décembre 1999** qui les a intégrés dans le code de la Santé publique.

Plus récemment, la loi **du 4 mars 2002** - relative aux droits des malades – a parachevé ce mouvement en leur reconnaissant une place spécifique dans les « autres services de santé » (article 53), tandis que l'article 78 prévoit la création d'une **instance nationale** auprès du ministre de la santé (codifié dans le code CSP à l'article L. 6323-2), chargée d'une réflexion sur les projets innovants et permettant une concertation permanente sur toutes les dispositions réglementaires concernant les centres de santé. Cette dernière disposition n'a toujours pas fait l'objet d'un décret d'application.

1.2. - Un dénombrement incertain

Le Ministère de la Santé et des Solidarités et plus particulièrement la DHOS, ne suivent pas en routine l'état des agréments qui sont donnés par les DRASS. Elles-mêmes n'enregistrent pas systématiquement les fermetures de centres.

Il n'y a donc pas de source fiable sur le nombre actuel de centres fonctionnant sur l'ensemble du territoire. Dans leur rapport, Mesdames LEGER et MAUSS considèrent pour leur part « *que l'absence de pilotage par les directions d'administration centrale et la responsabilité partagée entre la DHOS et la DSS pour les deux volets organisationnel et financement contribuent au manque d'intérêt pour ce secteur* ».

La seule **enquête de référence** concernant le dénombrement des centres de santé a été réalisée en 1995 par la CNAMTS, puis actualisée en 2004. Une nouvelle enquête devrait être lancée auprès des Caisses primaires en 2007, dans la perspective de la renégociation de la convention.

En 1995 la CNAMTS dénombrait 1460 centres de santé (chiffre actualisé à 1439 hors DOM en 2004) se répartissant ainsi :

- 29 centres de santé médicaux
- 357 centres de santé polyvalents
- 377 centres de santé dentaires
- 691 centres de soins infirmiers (561 en 2004)

Ce recensement est sujet à des difficultés d'appréciation dans la mesure où :

- il ne fait pas apparaître les regroupements d'activité
- il ne tient pas compte des centres du régime minier qui en 1995 n'étaient pas ouverts aux ressortissants des autres régimes et n'avaient pas fait l'objet d'un agrément : ces centres sont au nombre de 234 entités (dont 164 centres polyvalents, et 42 centres médicaux) ils

rentrent progressivement dans la procédure et mais font l'objet d'un plan de restructuration qui conduira vraisemblablement à ne pas tous les maintenir en l'état.

- il ne tient pas compte des fermetures récentes.

En effet, d'un point de vue dynamique, l'écart entre les chiffres de 1995 et 2004 cache un double mouvement d'ouvertures et de fermetures : les ouvertures concernent plutôt les centres dentaires ou polyvalents et les fermetures ont touché plutôt les centres de soins infirmiers dont le nombre avait fortement augmenté en 1998.⁶

1.3 - Une grande hétérogénéité dans l'activité et la localisation

La diversité des situations peut être appréhendée sous trois angles :

- celui du gestionnaire
- celui de la taille et l'activité
- celui de la localisation

1.3.1 – les gestionnaires

Nous rappellerons que les centres de santé sont définis comme des organismes à but non lucratifs pouvant être gérés par des associations, des mutuelles, des organismes d'assurance maladie, des congrégations ou encore des communes.

- La loi de 1901 permet une grande souplesse dans la constitution des **associations**, et les centres visités relevaient soit d'organisations caritatives, comme la CROIX ROUGE française (*centre de Boulogne*), soit d'associations créées spécifiquement pour reprendre une gestion initiée par la Commune (centres de Grenoble et de Belfort) ou née d'initiatives individuelles (centre COSEM à Paris et Paul Parret à Marseille). En 1995, l'enquête CNAMTS a recensé **450 associations** gestionnaires.

Le Docteur Paul Parret a créé un centre dans les quartiers Nord de Marseille et a par la suite légué sa maison aux mutuelles de Provence qui assurent désormais la gestion de ce centre.

Le Centre ENFANCE et FAMILLE, implanté dans le 19^{ème} arrondissement à Paris a une plus longue histoire et a été fondé en 1917 par la *RED CROSS américaine* pour lutter contre la tuberculose et la mortalité infantile: particulièrement dédié à la femme et l'enfant, au départ, il est intégré dans un ensemble comportant une PMI et une halte-garderie.

- Les **mutuelles** sont une deuxième famille de gestionnaires très présente dans les centres de santé, cela fait partie d'une longue tradition de présence dans l'offre de soins (cliniques, pharmacie, centres optiques ...etc) avec des œuvres destinées initialement à leurs adhérents. Depuis l'ordonnance du 19 avril 2001 transposant dans le Code de la Mutualité les directives européennes sur l'assurance, les mutuelles ont dû séparer, dans des entités juridiques différentes, ces activités de soins des activités d'assurance complémentaire santé. Cette séparation n'est pas sans incidence sur le devenir des centres qui doivent désormais assurer seuls leur équilibre financier. En 1995, **354 centres** étaient gérés par **une mutuelle**. La mutualité française en recense **417** aujourd'hui pour sa part.

⁶ rapport IGAS sur les centres de santé 1999

- La même obligation est faite aux **organismes d'assurance maladie** qui gèrent, quelques **318 centres de santé** (dont 234 centres du régime minier). Le régime minier est confronté au problème de l'équilibre financier de ses centres, ce qui incite les nouvelles caisses régionales gestionnaires (CARMI) à travailler sur une restructuration importante de leur offre de soins.
- Les **congrégations** étaient assez largement représentées dans l'enquête de 1995 avec 19% des centres gérés, mais il s'agit essentiellement des centres de soins infirmiers. Un centre comme celui de l'ABEJ (*Association baptiste pour l'entraide et la jeunesse*) à Lille, plus particulièrement tourné vers les sans domicile fixe, est né en 1985 d'une initiative des bénévoles d'une paroisse protestante.
- Les **communes**, enfin, représentent 12% des gestionnaires, notamment en région parisienne où elles se sont particulièrement impliquées dans la création de centres de santé au lendemain de la deuxième guerre mondiale. Sur Paris, les centres de santé municipaux sont passés de 26 à 5.

1.3.2 - la taille et l'activité

Outre la diversité des gestionnaires, se regroupent sous le vocable centres de santé des concepts extrêmement différents. En dehors des centres infirmiers le plus souvent isolés et mono activité, on distingue essentiellement :

- de petits **centres de proximité** qui assurent des **soins dentaires** (2 à 4 fauteuils en moyenne), et/ou des consultations de **généralistes** (centres de Grenoble) qui font office de médecin traitant⁷ pour la population de l'environnement : le nombre d'intervenants est en moyenne de 5 à 10 ETP, ces centres ont vocation à desservir la population qui vit ou travaille dans le quartier ;
- des centres de **taille moyenne, polyvalents**, offrant à la fois des consultations de **généralistes** et de **spécialistes** (gynécologie, diabétologie, rhumatologie ..), des soins **dentaires** ainsi qu'un **plateau technique** minimal (radiologie et laboratoire sur place ou commun à plusieurs centres), des soins **d'auxiliaires médicaux** (infirmiers, kinésithérapeutes) et éventuellement des prestations de diététiciennes ou d'assistantes sociales : ils ont à la fois une vocation de proximité sur le quartier et de recours sur la ville et peuvent être couplés avec des antennes et /ou centres dans les quartiers ;
- des centres **très importants** drainant non seulement une patientèle de proximité, mais répondant soit à des besoins liés aux migrations domicile/travail : les effectifs médicaux peuvent alors dépasser les 150 médecins, exerçant le plus souvent à temps partiel dans ces centres.
- Enfin, il existe quelques centres ne proposant que de **l'imagerie**, ils sont peu nombreux et leur qualification fait débat car le code de la Santé Publique ne cite pas explicitement les activités de diagnostic (un contentieux initié par la CPAM du Var est en cours à l'encontre d'un arrêté d'agrément concernant un centre de santé mutualiste d'imagerie attenant à un établissement de santé). Compte tenu de la difficulté à maintenir un libre choix entre offre

⁷ article 7 de la loi du 13 août 2004

publique et offre libérale dans cette discipline, l'existence de centres de santé pratiquant l'imagerie, comme celui de Roanne, peut pourtant être très utile.

Compte tenu de cette diversité, portant à la fois sur la nature de l'offre mais aussi sur les conditions de gestion de ces structures, on imagine bien que les réponses aux questions de coordination ne sont pas sur les mêmes enjeux.

1.3.3 - la localisation

Les centres sont très inégalement répartis sur le territoire français, ce qui peut constituer un obstacle par rapport à une politique de structuration de l'offre ambulatoire.

Les centres de soins infirmiers, les plus nombreux, sont essentiellement en zone rurale et dans l'Ouest de la France ;

Les centres médicaux et polyvalents sont concentrés sur un peu plus d'une vingtaine de départements en Ile-de-France (Paris et petite couronne), Nord-Pas-de-Calais, Est, Rhône-Alpes, Paca.

Les centres de soins dentaires sont très largement répartis, moins d'une dizaine de départements en sont dépourvus, ce qui traduit bien la dynamique constatée sur ce type de centres qui répondent à un besoin dans lequel leurs caractéristiques sont particulièrement attractives (tiers-payant et maîtrise des coûts).

1.4 - Un cadre conventionnel récent transposé de la convention libérale

L'accord du 19 novembre 2002 a fait l'objet de deux avenants successifs le 2 juin 2003 et le 25 octobre 2004. Il organise :

◆ **les obligations respectives** des centres et des caisses

Les centres de santé ont une obligation de « dispense d'avance des frais » et de transmission électronique, les caisses s'engagent pour leur part à un règlement dans un délai de 4 jours ouvrés à compter de la réception de la feuille de soins électronique (FSE).

L'accès aux soins des assurés s'exerce dans le respect du libre choix, y compris entre les offreurs de soins exerçant dans le centre, et de la non sélection des assurés quelque soit les modalités de leur prise en charge.

Les centres de santé s'engagent à respecter les tarifs du secteur 1 et à ne pas pratiquer de dépassements d'honoraires.

◆ **la transposition** des conventions libérales

Les honoraires et tarifs sont conformes à ceux fixés par les conventions nationales signées avec les professionnels de santé libéraux et les centres s'engagent à respecter l'ensemble des obligations qui découlent de l'application de ces conventions.

Ils ont la possibilité de pratiquer des actes hors nomenclature, qui doivent être recensés dans le rapport d'activité, mais sauf exception, s'engagent à ne pas développer une pratique exclusivement centrée sur les actes hors nomenclature.

◆ **une transposition adaptée des aides spécifiques**

Il s'agit principalement des aides dont bénéficient les praticiens libéraux concernant :

- l'**informatisation** : les centres bénéficient d'une aide forfaitaire à l'équipement de 1067€ par professionnel de santé salarié (en ETP) et, sous réserve d'atteindre 70% de FSE en 2007, d'un forfait annuel de 164€ par professionnel (en ETP) et d'un forfait structure de 317€ variable selon la dimension du centre ;
- la prise en charge des **cotisations sociales** : les centres de santé bénéficient d'une subvention des caisses d'assurance maladie de 11,2% sur les cotisations pesant sur la masse salariale des médecins, chirurgiens-dentistes et auxiliaires médicaux.
- la **formation** professionnelle conventionnelle : le Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) finance une prise en charge plafonnée à 300€ par jour et par professionnel formé, ainsi qu'une indemnité compensatrice de perte de ressources variant de 105 à 343€ par jour de formation selon le professionnel, plafonnée à 6 ou 8 indemnités quotidiennes par professionnel et par an ; cet aspect du protocole n'est opérationnel que depuis l'année 2007 (signature du protocole de financement avec l'organisme gestionnaire de la formation, UNIFORMATION, en janvier 2007) ;
- les **aides à l'installation** : la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 indique que l'accord national peut prévoir des dispositifs d'aide dans les zones déficitaires définies par les « *missions régionales de santé* » (MRS), mais ce dispositif n'est pas encore opérationnel car il nécessite la définition d'un zonage par les MRS et la conclusion d'un avenant ; on peut souligner à ce sujet que les centres de santé devraient être également éligibles aux aides du « *Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins* » (FIQCS).
- Par contre, les **accords de bonne pratique**, prévoyant une indemnité de remplacement de 300€ par jour (limitée à 10 jours) pour les médecins exerçant en zone franche urbaine ou en milieu rural et s'engageant sur trois ans, n'ont pas été transposés aux centres.

◆ **des éléments propres aux centres de santé**

Ils concernent :

- le financement des actions de **prévention et d'éducation** pour la santé dont les thèmes (santé et travail, nutrition et asthme ..) sont arrêtés chaque année et qui bénéficient d'une dotation nationale de 2 Millions d'€ versée par les fonds nationaux de prévention des différents régimes ;
- l'**option conventionnelle** relative à la coordination des **soins médicaux** : mise en place préalablement au dispositif du médecin traitant, elle prévoit le choix par l'assuré d'un médecin généraliste coordonnateur qui gère son dossier médical de synthèse comprenant un plan de prévention personnalisé, un plan de soins pour les malades en ALD et une participation à la continuité des soins ; en contrepartie le centre perçoit une rémunération forfaitaire annuelle de 46€ par patient adhérent à l'option de coordination, versée pour moitié à l'adhésion, pour l'autre moitié à l'issue d'une année ;

- **l'option conventionnelle** relative à la coordination des **soins dentaires** : elle prévoit un dispositif similaire avec bilan bucco-dentaire, plan de prévention personnalisé et bilans périodiques, ainsi qu'une rémunération de 50€ par patient adhérent pour la première année et 30€ pour les années suivantes ;
- **l'option conventionnelle** relative à la coordination des **soins infirmiers** implique une coordination entre infirmières (cahier de transmission, réunions mensuelles ..), une contractualisation avec l'offre de soins externe (HAD, SSIAD, hôpital de proximité ..) et une participation à des actions de formation continue ; la rémunération annuelle est proportionnelle au nombre de professionnels salariés et varie de 7622€ pour moins de 4 à 19 391€ à partir de 10 salariés ETP.

En conclusion, il faut souligner que, du fait de l'accord national qui les lie à l'assurance maladie, les centres de santé, ont vu valoriser leur place spécifique dans la prévention et la coordination des soins autour du patient. Cependant, **s'ils bénéficient de tarifs identiques, ils ne se voient pas systématiquement appliquer les accords spécifiques et les avancées des conventions avec les professionnels libéraux**, dans la mesure où leurs représentants ne sont pas associés en amont aux discussions, que la philosophie générale est presque uniquement dans la transposition et que celle-ci, n'étant pas automatique, nécessite une lourde procédure d'avenants.

Le suivi de cet accord s'effectue au sein d'une **Commission paritaire** au sein de laquelle les représentants des centres peinent à faire reconnaître leurs difficultés et en expriment une réelle lassitude. Il est à noter que tous les centres n'ont pas signé l'accord national ; dans ce cas, ils sont directement conventionnés par les CPAM et n'ont donc pas d'obligations contractuelles.

DEUXIEME PARTIE : LES ATOUS DES CENTRES DE SANTE FACE AUX NOUVEAUX ENJEUX DU SYSTEME DE SANTE

On pourrait résumer globalement les enjeux de notre système de santé par la question de l'accès pour tous à la prévention et à des soins de qualité que nous sommes capables de financer.

Cela met en jeu les questions :

- de démographie médicale : aura-t'on assez de médecins, dans les disciplines et les localisations nécessaires ?
- d'accès aux soins (géographique, économique et social)
- de qualité et d'efficience de la prise en charge

2.1- les enjeux liés à la démographie médicale

Sur la démographie, il ne nous semble pas utile de revenir sur un constat désormais bien connu, si ce n'est pour rappeler qu'un récent article de *Questions d'économie de la santé* (IRDES) montre que d'une part l'augmentation générale des densités n'a pas permis un rééquilibrage satisfaisant et que « si, aujourd'hui, la population résidant sur un territoire considéré comme problématique en termes d'accès au généraliste n'excède pas 5% de la population totale métropolitaine ..., cette proportion risque de croître dans les dix années à venir »⁸. Les zones rurales qui cumulent vieillissement de la population et désertification médicale sont particulièrement concernées.

Nous proposons d'illustrer l'apport des centres de santé à cette problématique sous les trois angles suivants :

- ◆ celui de la localisation en zone fragile : **rurale** ou **urbaine sensible**,
- ◆ celui de la réponse aux **attentes** des jeunes médecins et de l'**attractivité** du mode d'exercice (thèse Basse Normandie, féminisation, maîtres de stages)
- ◆ celui de la répartition et de la **délégation de tâches** entre professionnels de santé

2.1.1 la démographie en zone fragile.

Pour illustrer la problématique de la **démographie médicale en zone rurale et semi-rurale**, nous avons particulièrement exploré le cas du département de la Mayenne .

Au sein de la région Pays de la Loire dont les densités médicales et paramédicales sont déjà inférieures aux moyennes nationales, le **département de la Mayenne** connaît la **densité médicale la plus faible de France**, bien que celle-ci n'ait pas pour l'instant d'effet objectif négatif sur les indicateurs de santé des habitants du département : le déficit est de 27% sur les généralistes, mais de 53% pour les spécialistes par rapport à la moyenne française, il est de 65% en gynécologie, de 60% en pédiatrie, de 41% en psychiatrie. La moyenne d'âge de ces **spécialistes** est élevée (42% ont plus de 55ans). Les **généralistes**, quant à eux, sont en diminution rapide sur certains territoires, et la féminisation, si elle est moins élevée que la moyenne (19% des généralistes sont des femmes) concerne particulièrement les plus jeunes (67% des spécialistes de moins de 40 ans). Parmi les généralistes un sur trois exerce en milieu rural , une femme sur deux parmi les moins de 40 ans. **L'exercice collectif**, en cabinet de groupe, concerne 33% des ruraux de moins de 40 ans, il est plébiscité en ville avec 82% des moins de 40 ans.

⁸ n°122 – mai 2007 - voir bibliographie

Ce département présente par contre l'avantage d'avoir une offre de soins en établissements de santé répartie sur l'ensemble de son territoire. A côté des centres hospitaliers situés dans les villes, elle dispose de **quatre hôpitaux locaux** implantés dans les secteurs où la démographie est plus faible, notamment sur l'est du département. Autour de l'hôpital local de **Craon**, il n'y a pas de centre de santé polyvalent, mais un centre de santé infirmier, un SIAD associatif et une HAD départementale ainsi qu'une maison médicale de garde. Dix-sept médecins généralistes y participent. Certains souhaitent mettre en place **un pôle santé** regroupant généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, l'adosser à l'hôpital. et y intégrer des consultations avancées de spécialistes (cardio, ophtalmo, ORL et dermato)

La **Fédération hospitalière de France** a affirmé clairement, dans ses « 65 propositions pour l'avenir du service public hospitalier »⁹, l'intérêt de **maisons de santé**, véritables plate-formes de service, adossées aux hôpitaux locaux . L'hôpital local de Belleville-sur-Saône héberge une **maison médicale de garde** qui a permis d'assurer non seulement la permanence des soins de ville pour les communes de la zone, mais aussi la sécurisation mutuelle des médecins et des patients hospitalisés. Ses responsables s'interrogent sur leur capacité à élargir cette mission en intégrant une dimension de coordination médico-sociale qui soulagerait les médecins du secteur.

La **Mutualité sociale agricole**, de son côté, mène un projet expérimental de **maisons de santé rurales** sur 9 sites ruraux et semi-ruraux visant à « démontrer, aux jeunes professionnels de santé, qu'il est possible de concilier durablement leurs souhaits individuels et socio-professionnels ...dans une dynamique gagnant-gagnant ».¹⁰

Il est frappant de constater que les réflexions sur **l'organisation des soins primaires en milieu rural** privilégient aujourd'hui le regroupement de moyens et d'énergies à travers le concept de **maison médicale** aux dépens de celui de centre de santé qui est rarement évoqué. On peut avancer à cela plusieurs raisons :

- le dispositif réglementaire concernant les aides à l'installation n'est pour l'instant applicable qu'à l'exercice libéral,
- la problématique du tiers-payant et surtout du respect du secteur 1 n'est pour l'instant pas prégnante en milieu rural, la quasi-totalité des généralistes étant conventionné,
- la nature des centres qui pourraient être initiés correspond au schéma de petite taille regroupant quelques généralistes et infirmiers, dont on sait qu'aujourd'hui il n'est pas facile à équilibrer, sauf à utiliser les majorations prévues pour les zones déficitaires.

Pourtant, les promoteurs de maisons médicales en milieu rural nous ont fait part de leurs interrogations sur :

- la pérennité des cabinets de groupe compte tenu des contraintes de mobilité qui peuvent peser sur les médecins : il apparaît que la contribution au fonctionnement collectif représente environ 2300€ par mois et par professionnel, et sur une communauté de 4/5 personnes, il suffit de deux départs pour déstabiliser gravement l'équilibre économique et alourdir les participations individuelles
- la capacité à proposer des consultations avancées de spécialistes et de sortir du paiement à l'acte pour certaines activités,

⁹ l'heure H – 65 propositions pour l'avenir du service public hospitalier – Fédération hospitalière de France

¹⁰ maisons de santé rurales – audition du Président de la MSA devant le Conseil Economique et Social – 15 mars 2007

- la possibilité de disposer d'un secrétariat pour alléger les tâches administratives, et la coordination avec le médico-social,

La toute jeune Fédération des Maisons médicales de Franche-Comté, par la voix de son Président, exprime d'ailleurs le besoin **de mutualiser les moyens** des différentes maisons, afin de pouvoir **salarier des professionnels** (diététicienne, psychologue, ...).

En ce qui concerne les **zones urbaines sensibles**, elles ne sont pas toutes intégrées dans les zones fragiles définies par les MRS, car l'appréciation du déficit démographique se fait sur des mailles plus larges que les quartiers. A titre d'exemple, sur les villes de Champigny/Chenevière, il existe deux quartiers sensibles qui totalisent 22 000 hts pour 4 généralistes, si la ville de Champigny n'avait pas maintenu ses centres, cette population n'aurait pas un accès correct aux soins.

Le décret du 26 décembre 1996 a défini **751 « Zones urbaines sensibles » (ZUS)** ; il n'existe pas de centres de santé dans chacune de ces zones, mais nous avons pu vérifier par contre que presque chaque centre visité était concerné par une ZUS (Port-de-Bouc, Paul Valéry à Montpellier, Belfort- Montbéliard, centres de la Région parisienne etc ..). Quatre des cinq centres de santé de Grenoble sont présents dans des quartiers classés « zone urbaine sensible ». Dès lors, la question peut se poser de savoir si, sur certaines ZUS, l'opportunité de mise en place d'un centre doit être examinée. A Strasbourg, par exemple, dans le quartier du Neuhof, il n'y a qu'un centre social qui s'occupe peu des problèmes de santé des habitants des cités, les quelques professionnels libéraux médecins et infirmiers qui y exercent, souhaitant se regrouper, s'interrogent sur cette opportunité.

2.1.2 - l'attractivité du mode d'exercice.

Deux thèses soutenues à Nancy en 2006 par les Docteur Roland D'AMICO et Jean-Charles VAUTHIER ont rendu compte d'une enquête sur les conditions dans lesquelles l'exercice en milieu rural peut rester attractif.

Ces deux thèses ont exploité un travail d'experts rassemblant des professionnels de santé, des élus et représentants d'usagers ainsi que les organismes de tutelle et des financeurs de la région Lorraine.

Leur **conclusion** : la «**démographie médicale idéale**» repose pour **42%** des experts **sur le regroupement des professionnels**, pour 22% sur la création de quotas d'installation et pour 20% sur la stabilisation avec remplacement des médecins cessant leur activité ; « la seule possibilité pour rendre **attractive la médecine rurale** est l'installation de **maisons médicales rurales** permettant une permanence des soins, assurée en roulement avec d'autres confrères » : elle est considérée comme « l'élément clé d'une réussite et de la survie de la médecine et de la permanence des soins en milieu rural ». Sur l'amélioration des conditions d'exercice, les attentes concernent l'aménagement d'aides organisationnelles, le recentrage du métier sur le soin et la prévention et, pour les femmes particulièrement, la possibilité d'exercer une **mobilité et un temps partiel**.

Parmi les **avantages** cités, viennent en tête le diagnostic et la prise en charge concertée, le partage des charges et des frais, une meilleure organisation des horaires. Sur la prise en charge des urgences, les personnes interrogées privilégient à 39% le volontariat aidé et à 52% la présence d'infirmières dans la permanence ; cela rejoint la forte attente de prise en charge globale et spécialisée. Compte tenu du poids des raisons familiales dans la décision d'installation, l'implantation d'une telle structure est souhaitée « dans un gros bourg avec de bonnes structures communales avoisinantes ». Le consensus sur l'éloignement par rapport aux patients se fait sur une **distance de 10/15 km**.

Parmi les **inconvenients**, qui sont relativement marginaux, outre le risque de mésentente, il faut citer le coût d'une telle structure, le manque de soutien des autorités locales et la lourdeur administrative.

La **responsabilité de l'incitation** à l'installation dans les zones vulnérables¹¹ est attendue de manière **partagée** entre l'Etat (Mission régionale de Santé) et les échelons décentralisés (conseils généraux et régionaux, communautés de communes).

Les attentes des jeunes médecins, et notamment des femmes, qui composent une part importante des promotions actuelles, se sont modifiées : les représentants de l'Union des médecins libéraux d'Ile-de-France nous ont fait part de leur inquiétude en s'appuyant sur un autre travail de thèse montrant que les jeunes générations non seulement s'installent en libéral de plus en plus tard, et très majoritairement en groupe, mais également que pour une grande part d'entre eux, le statut de salarié est préféré à l'exercice libéral.

Les centres de santé, tout comme les cabinets de groupes ou les maisons médicales, s'inscrivent dans un **exercice collectif** qui permet essentiellement :

- le partage des charges de fonctionnement,
- le partage des contraintes liées à la permanence des soins,
- un travail collectif qui permet l'échange mais aussi le partage de compétences et de responsabilités transversales,
- la capacité à s'inscrire dans des réseaux,
- une facilité pour l'accueil des stagiaires de médecine générale, garant de recrutements futurs

La différence dans **l'attractivité de l'exercice en centre de santé** par rapport aux cabinets de groupe et aux maisons médicales porte essentiellement sur :

- le statut de **salarié** qu'ils proposent,
- la décharge totale des démarches et **charges administratives**
- un état d'esprit par rapport à une conception **globale** de la médecine, liée notamment à la possibilité de participer à des activités de coordination, de prévention et d'éducation de la santé,
- une capacité à définir un **projet collectif** préparé dans le cadre d'une CME ou équivalent,
- un **intérêt intellectuel** par rapport aux pathologies rencontrées, et par rapport aux protocoles d'évaluation des bonnes pratiques,
- une **maîtrise du temps de travail** et une souplesse certaine dans l'emploi du temps, convenant particulièrement aux femmes, mais aussi à tous ceux qui souhaitent pouvoir diversifier leur activité.

Enfin, les centres de santé partagent avec les maisons médicales une **pluridisciplinarité** associant au minimum des infirmières, et qui peut, dans le cas des centres, être plus largement étendue à d'autres personnels paramédicaux (kinésithérapeutes, psychologues, diététiciennes) ou sociaux (assistante sociale, médiatrice ..)

¹¹ NB : en région Lorraine, ce sont 28 territoire et 302 communes qui ont été arrêtées comme éligibles aux aides à l'installation pour les médecins généralistes libéraux, cela n'est pas encore transposable aux centres de santé.

Exercice collectif, structure administrative et pluridisciplinarité conjugués permettent, en période de ressources rares, de **recentrer au maximum les professionnels sur les soins**.

2.1.3 – la délégation de tâches

Un des thèmes souvent abordé par rapport à la problématique de la démographie médicale est celui de la **délégation des tâches**. Les centres de santé, de par leur pluridisciplinarité et leur pratique du travail collectif, se prêtent particulièrement bien à des avancées dans ce domaine. Selon le Président de l'URML du Nord-Pas-de-Calais, sur les 50 à 60 actes que font les libéraux par jour, 50% sont médicaux et 50% pourraient être délégués (contrôle tension ...)

On prendra l'exemple du **suivi ophtalmologique** des patients diabétiques, tel qu'il est réalisé dans des centres de santé de la région parisienne. Le fond d'œil annuel fait l'objet d'un dépistage de masse depuis que les centres ont formé des **infirmières et des orthoptistes** à la pratique des rétinographies : les examens sont numérisés et ensuite transmis dans le cadre d'un fonctionnement en réseau au centre de lecture de référence (à l'hôpital Lariboisière) qui analyse les images et ne convoque que les malades qui nécessitent d'être vus en consultation d'ophtalmologie. Cette organisation est particulièrement économe du temps médical pour une profession déficitaire, tout en garantissant le respect des orientations de santé publique sur le suivi de ces patients dont le nombre ne cesse d'augmenter.

Les possibilités ouvertes par la **télé médecine** s'inscrivent particulièrement bien dans le cadre des centres qui, du fait de leur volume d'activité, peuvent, plus qu'un cabinet de groupe, assurer les investissements en matériel et réseau de communication nécessaires. C'est par exemple le cas du centre COSEM qui, pour faire face à un déficit en radiologues, a investi dans un réseau de lecture commun à ses trois centres. Une telle mutualisation peut parfaitement se concevoir entre plusieurs centres de santé, voire entre centres et établissements de soins (hôpitaux locaux notamment).

2.2 - Les enjeux liés à l'accès aux soins

La problématique de l'accès aux soins se décline sous l'angle **géographique, financier et social** et les enjeux de l'accès aux soins de santé primaires sont doubles :

- par définition, il s'agit de permettre tant **l'accessibilité géographique que financière** à des soins de premier recours, que ceux-ci soient programmés ou non, en semaine mais aussi la nuit, les dimanches et les jours fériés. L'organisation des soins de santé primaire est donc indissociable de celle de la **permanence des soins** ambulatoire, mais elle est également liée à des facteurs économiques, sociaux et médicaux (vieillesse, maladies chroniques ..) ;
- l'accès aux soins de santé primaires représente également un **enjeu économique**, puisqu'il doit permettre d'éviter le report des soins ambulatoires vers les structures d'urgences ou vers des hospitalisations non nécessaires ainsi que des transports sanitaires. Il doit également comprendre une offre en termes de prévention, dans toutes ses dimensions, et donc le recours à des soins plus lourds.

2.2.1- la permanence des soins :

L'implication des centres de santé dans la **permanence des soins** est très liée à leur positionnement dans le système de soins de proximité et à leur localisation. Elle **n'est pas systématique** : nous avons rencontré tous les cas, depuis ceux qui ne souhaitent pas y participer, ceux dont la participation est refusée par les libéraux comme à Champigny, ceux qui assurent une permanence autonome pour leurs patients, ceux qui ont interrompu leur participation pour des raisons financières, ceux enfin qui participent activement et peuvent être les pivots de la maison médicale de garde.

Ainsi à Boulogne-Billancourt, la Croix-rouge a mis en place, avec les médecins libéraux, une **Maison médicale de garde** dans les locaux même du centre, installé au cœur de la ville.

A Grenoble, par contre, il n'était pas envisageable d'installer la Maison médicale de garde dans un des centres implanté au milieu d'un quartier défavorisé (MISTRAL), car ni les patients, ni les médecins n'auraient souhaité s'y rendre aux heures de la permanence.

A Marseille, enfin, dans les quartiers Nord, pour des raisons de sécurité, la permanence ne se fait au centre que jusqu'à 21h et ensuite sur appel aux médecins d'astreinte. Par contre le centre Paul Paret et la Maison médicale de garde du 15^{ème} arrondissement, géographiquement proches, s'ignorent totalement, alors qu'à Martigues les médecins participent à la MMG. Le contrat des médecins exerçant dans les centres de santé des Mutuelles de Provence stipule qu'un praticien temps plein, doit à la structure 8 week-end et soirs pour la permanence des soins, mais celle-ci n'est assurée que pour les patients du centre.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, la permanence des soins repose en partie sur les médecins des centres de santé miniers.

Par contre, lorsque le centre est plus identifié comme un ensemble de **spécialistes**, il tend à ne pas participer à la permanence des soins, c'est souvent le cas des centres mutualistes et il n'y a pas ou peu de permanence des soins organisée pour le **secteur dentaire**.

La présidente du CNLCS se montre favorable, sur le principe, à la **participation des médecins des centres de santé à la permanence des soins** à condition que cette participation se fasse avec l'ensemble des acteurs de ville et en tenant compte de leur poids respectif dans le paysage ambulatoire et des contraintes de tiers-payant . Dans le Val de Marne, il apparaît en effet que les médecins du centre prennent personnellement leur tour de garde, alors que ce sont de plus en plus des remplaçants, en ce qui concerne les libéraux, qui l'assurent à leur place (statistiques du SAMI).

Une des principales difficultés rencontrées réside dans la **non reconnaissance** pour ces médecins de centres qui sont des salariés, du versement de l'**astreinte** prévue pour la médecine libérale (*50€ pour la période 20h/24h, 150€ pour la nuit profonde*). Faute de transposition dans l'accord, l'Assurance Maladie considère en effet que cette astreinte n'est applicable qu'aux libéraux et non pas aux salariés. Or lorsque le médecin est d'astreinte, cela est décompté de son temps de travail, même s'il fait peu de consultations. Ce temps n'est donc plus disponible en journée et pénalise le centre en terme d'activité. Sur le centre Léon Blum de Belfort, un accord a été trouvé avec les médecins du centre sur une forfaitisation du temps passé au titre de la permanence des soins, de façon à ne pas emboliser le fonctionnement habituel du centre.

Participer à la permanence des soins dans les conditions actuelles représente donc pour les centres un effort financier non compensé. Les médecins de Grenoble ont décidé pour cette raison de se retirer de la permanence des soins. Le Directeur de la Caisse de Secours Minier du Pas-de-Calais évalue, pour sa part, un manque à gagner de 300 000€ du fait du non versement des astreintes. Par contre, cette règle n'est pas appliquée uniformément sur le territoire et il est apparu dans l'enquête que d'autres centres ont pu faire reconnaître par la CPAM leur droit à versement des astreintes (Belfort, Martigues ...).

Indépendamment de leur participation à ce qu'il est convenu d'appeler la permanence des soins (sur la période 20H/8H et les fins de semaine), les centres de santé se sont organisés la plupart du temps pour assurer des **consultations non programmées** (sans rendez-vous). Des plages réservées sont ainsi définies dans le planning des médecins, elles tiennent compte de la « volatilité » de la patientèle : à Grenoble, par exemple, dans un des centres où les « non-venues » sont nombreuses, les consultations non programmées remplacent les désistements. A Paris, le centre de l'Atlas, situé dans un quartier plutôt défavorisé, n'assure que des consultations non programmées pour les généralistes. Il est indéniable que cette activité décharge les services d'urgences des hôpitaux pour la part qui relève de la médecine ambulatoire. Les patients ont d'ailleurs vis à vis des centres **les mêmes attentes que vis à vis du service public**, notamment sur la permanence les jours fériés.

On ajoutera enfin que la prise en charge de ces urgences est grandement facilitée par la présence, au côté des généralistes qui assurent ces consultations, d'un **plateau technique** radiologique, éventuellement d'un laboratoire ainsi que des spécialistes adaptés (dermatologie, cardiologie, gynécologie ...).

2.2.2 - l'accessibilité financière :

Les centres de santé favorisent **l'accessibilité financière** aux soins de santé primaire par trois mécanismes que nous illustrerons successivement :

- le tiers-payant
- la garantie du secteur I
- la maîtrise des dépassements en dentaire

◆ **la pratique du tiers-payant :**

Elle fait partie des obligations des centres et représente un des leurs **points communs**, au-delà de la diversité des activités et des modes de fonctionnement signalée en première partie. Cette dispense d'avance de frais, dont plusieurs études ont indiqué qu'elle n'avait pas d'effet inflationniste démontré, favorise en revanche l'accessibilité financière aux soins pour les revenus modestes qui se situent au dessus du seuil de la CMU. Il est rappelé à ce sujet que les médecins libéraux doivent proposer obligatoirement cette facilité aux patients qui relèvent de la CMU.

Nous avons pris l'exemple des soins dentaires qui peuvent représenter des sommes importantes et comparé les remboursements effectués sur les deux dernières années par la Caisse primaire des Bouches-du-Rhône :

Tableau des remboursements dentaires CPAM 13				
Années 2005-2006				
	Année 2005		Année 2006	
Ville	79 962 264	91%	78 111 224	91%
Centres de santé	7 796 136	9%	7 509 654	9%
Total dentaire	87 758 400		85 620 878	
Tiers payant CMU	14 719 846	53%	14 710 170	52%
TP non CMU	12 935 962	47%	13 757 739	48%
Total Tiers payant	27 655 808		28 467 909	
Centres de santé				
TP CMU	1 831 227	24%	1 641 514	22%
TP hors CMU	5 952 273	76%	5 856 711	78%
TP Centres de santé	7 783 500		7 498 225	
% tiers payant	100%		100%	
% CMU	23%		22%	
Ville				
TP CMU	12 888 618	65%	13 068 657	62%
TP hors CMU	6 983 690	35%	7 901 027	38%
Tiers payant Ville	19 872 308		20 969 684	
% tiers payant	25%		27%	
% CMU	16%		17%	

Les données ainsi collectées confirment le fait que les centres de santé assurent 100% de tiers-payant, dont 23% en moyenne de CMU, alors que les dentistes de ville ne le pratiquent que pour 25 à 27% de leur chiffre d'affaires, dont 16 ou 17% au titre de la CMU. On notera cependant une tendance à la hausse de cette pratique chez les libéraux en dehors de la CMU.

◆ **La garantie des tarifs du secteur I :**

C'est la deuxième obligation à laquelle souscrivent tous les centres de santé et qui mérite d'être mise en valeur à la lumière du récent rapport de l'IGAS sur les **dépassements d'honoraires**.

Selon les informations disponibles, les 2 milliards annuels de dépassements, qui ont connu une forte augmentation sur les dix dernières années, seraient supportés aux deux tiers par les patients eux-mêmes, (sachant que ce sont eux qui financent en grande partie la garantie complémentaire qui prend en charge le tiers restant); ils ne concernent pas que les établissements de santé publics ou privés, mais **aux ¾ le secteur ambulatoire** où ils peuvent dépasser largement 50% selon les régions et disciplines (ophtalmologie, gynécologie, dermatologie), pour atteindre près de 100%. Les **régions particulièrement concernées** par ces dépassements recoupent celles où les centres de santé polyvalents sont les plus présents. L'exemple de l'Ile-de-France est assez probant, et les responsables de la CPAM de Paris comme ceux de la DRASS Ile-de-France considèrent que la présence de ces centres est indispensable compte tenu de la situation francilienne et parisienne.

Un tiers des centres de santé de l'Ile-de-France sont concentrés sur Paris, particulièrement dans le 15^{ème} arrondissement, la densité en centres de santé y est de 0,4 pour 10 000hts contre 0,2 sur la France entière. Une telle situation s'explique par une offre de soins ambulatoire sur Paris particulièrement atypique sur plusieurs points :

- Le ration généraliste/ spécialiste est de 0,39 contre 1,12 en moyenne nationale ;
- Une majorité de médecins ont opté pour les honoraires libres : 45% des généralistes, mais 71% des spécialistes ;
- Il existe des disciplines dans lesquelles il n'existe quasiment plus de spécialistes en secteur I : gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, rhumatologie, gastro-entérologie, cardiologie ;

Ainsi, alors que les centres de santé ne pèsent que 1% dans l'activité ambulatoire au niveau national, les 97 centres parisiens représentent 26% des consultations en dentaire, **30% en dermatologie et rhumatologie** ... et complètent ainsi l'offre liée à l'activité de consultations externes des hôpitaux.

Ce poids s'explique également par le fait que ces centres desservent une population qui travaille sur Paris, habite en banlieue et a moins facilement accès à une offre de soins intégrée de même type sur son lieu d'habitation. L'accès à ce types de centre correspond, sur les heures ouvrables, aux migrations liées au travail. C'est la raison pour laquelle, en ce qui les concerne, l'implication dans la permanence des soins pour la population de proximité ne va pas de soi.

Une telle situation se retrouve également dans certaines villes de Province, dont l'offre en secteur 1 doit être étroitement surveillée.

◆ La maîtrise des honoraires

Au delà des tarifs conventionnels qui tant pour les consultations que pour les actes techniques sont fixés par la CNAMTS, les centres de santé ont la possibilité de faire des actes hors nomenclature. Cela concerne principalement le secteur dentaire, mais aussi quelques actes ou consultations spécifiques (mamotome à Lyon et consultations du centre Euromédecine à Montpellier).

Le montant du **reste à charge** pour les patients peut être particulièrement élevé en matière de soins dentaires, dans la mesure où il s'agit notamment, pour les prothèses et l'orthodontie, d'actes avec dépassements autorisés. Il n'existe pas d'observatoire des tarifs pratiqués en matière de prothèses. Aussi, pour situer le niveau des montants facturés par les centres, nous nous sommes procuré les tarifs des centres et les avons comparé à ceux d'une étude du magazine *Que choisir* ?.

Cette étude, s'appuyant sur les enquêtes du CREDES, fait état d'une facturation moyenne de la couronne céramo-métallique (la plus fréquemment utilisée) à hauteur de **750€**, sur laquelle l'assurance maladie ne rembourse que 107,50€ et les mutuelles de 32€ à 525€ pour les contrats les plus chers.

L'enquête conduite par le RNOGCS sur 136 centres montre que pour certains centres les tarifs les plus bas (242,50€) se sont retrouvés en dessous de la prise en charge pour les patients relevant de la CMU telle qu'elle vient d'être revalorisée à 267,50€, tandis que les tarifs moyens se situent entre 350 et 450€.

Outre le fait que les tarifs moyens se situent en dessous des tarifs de ville dans la plupart des cas, la pratique des centres dentaires contribue à peser indirectement sur les prix pratiqués par l'environnement libéral au bénéfice de l'ensemble des patients.

Un autre secteur est particulièrement marquant, c'est celui de la **radiologie**, pour lequel, en principe il n'existe pas de dépassements d'honoraires mais où les suppléments pour convenances particulière sont très utilisés par le secteur libéral, renchérissant le prix des actes alors qu'il n'y a souvent pas d'autres alternatives, le secteur public étant réduit du fait du manque de radiologues ayant choisi ce mode d'exercice.

2.2.3 - L'accessibilité sociale

L'accessibilité sociale concerne particulièrement les publics dits précaires.

De nombreux indicateurs recueillis dans les centres vont dans le sens d'un accueil « naturel » des publics les plus modestes : inscription géographique dans des quartiers défavorisés, effet du bouche à oreille, proximité et bonne connaissance de la situation sociale de la population.

Un des indicateurs utilisé pour ces publics consiste à mesurer **la proportion dans la patientèle de patients inscrits à la CMUC**. Au niveau national, la CNAMTS fait état de 12% de patients en CMUC dans les centres de santé, contre 9% dans la patientèle libérale, soit un écart de 30% entre les deux. Ce chiffre moyen ne rend pas compte des écarts entre nature de centres, les centres mutualistes accueillant dans l'ensemble moins de patients relevant de la CMU que les autres. Pour autant, à de rares exceptions comme l'ABEJ à Lille, les centres de santé ne sont pas spécialisés dans l'accueil de ces publics.

L'ABEJ est un centre de santé lillois particulièrement adapté à l'accueil des personnes en grande précarité puisqu'il fonctionne avec un accueil de jour pour **personnes sans domicile fixe**. En 2005, 885 personnes ont bénéficié de ce dispositif (2 700 consultations et 1743 actes infirmiers) car elles ne se font pas ou plus soigner de manière adaptée dans le système de droit commun en raison essentiellement de leur situation sociale et/ou psychologique : 30% sont originaires de la communauté urbaine mais n'ont plus de médecin traitant, 35 à 40% sont d'origine étrangère. Les consultations concernent principalement la psychiatrie et la dermatologie, avec une évolution très inquiétante du nombre de cas de psychoses, puis l'ORL, la traumatologie, les addictions et les voies digestives, la rhumatologie et la pneumologie ; l'offre de consultation reste insuffisante en matière de soins dentaires et de vaccination (70 à 80% des personnes reçues en nécessiteraient). En ce qui concerne les droits ouverts, 40% des personnes accueillies ont des droits complets ouverts (CMU et CMUC), 25% des droits partiels (CMU de base), 30% des moins de 25 ans n'ont aucun droit, contre 15% des plus de 25 ans.

L'indicateur CMUC est pourtant contesté et ne rend pas compte de l'ensemble des éléments de précarité. En effet, ce qui caractérise les populations les plus précaires dans leur accès à la santé, c'est que cette accessibilité est la résultante de problèmes médicaux, socio-économiques et psychologiques intriqués et d'une plus grande inégalité dans l'accès aux messages de prévention. C'est la raison pour laquelle, les **missions et la formation des personnels du secteur « accueil »** des centres de santé diffèrent nettement du simple secrétariat des cabinets de groupe, car ils sont entraînés à repérer les situations sensibles. La reconnaissance de cette fonction est d'ailleurs placée en priorité dans les maisons médicales belges et fait l'objet d'un financement spécifique.

Par ailleurs le seuil à partir duquel les patients n'ont plus droit à la CMUC est relativement faible et exclut toute une population à faibles revenus qui peut présenter néanmoins des éléments de précarité et une difficulté à se soigner. Ne sont pas intégrés non plus dans les

statistiques les patients qui n'ont pas encore fait valoir leurs droits et dont la constitution est une priorité pour les assistantes sociales des centres.

Un autre indicateur, le **score EPICES**, a été développé à partir de l'activité des centres d'exams de santé de l'Assurance Maladie (notamment le centre de Bobigny) : il comporte un certain nombre d'éléments comme le niveau d'études, la situation socioprofessionnelle, l'environnement et la vie sociale ... Il est aujourd'hui alimenté par un certain nombre de centres de santé (La Courneuve, Enfance et Famille, Champigny, Grenoble ..etc). Au regard de cet indicateur, c'est **46% de la patientèle des centres de Grenoble** qui est considérée comme ayant au moins un facteur de précarité (dont 15% cumulent difficultés financières, sociales et médicales)

Un autre indicateur pourrait être également utilisé, celui de la part dans la patientèle de **patients atteints du VIH** (à Grenoble, les médecins des centres représentent 2,5% du corps médical mais soignent 7,5% des patients atteints du VIH) ou de **toxicomanes**, mais nous n'avons pas pu vérifier leur disponibilité.

D'une manière générale, les centres de santé se vivent comme tout à fait adaptés à la prise en charge des patients précaires, mais pas des patients totalement désocialisés et en **grande précarité** qui nécessitent une prise en charge spécifique. Ils ne souhaitent pas pour autant être enfermés dans cette seule fonction, se voulant accessibles à tout public.

Un dernier point nous a été signalé par le Président de l'URML du Nord-Pas-de-Calais, concernant l'accessibilité sociale, c'est celui de **l'accès aux médicaments** qui ne fait pas partie aujourd'hui des missions des centres et peut poser problème pour certains patients.

2.3 – les enjeux liés à la qualité des soins et à la prise en charge globale

Face à l'évolution des attentes des patients et de la société concernant l'efficacité des services de santé, les centres de santé misent sur la qualité des soins et la notion de prise en charge globale.

2.3.1 - référentiel d'évaluation et EPP

Les centres font de la **qualité des soins** un de leurs axes forts car ils savent que c'est une condition de leur attractivité à la fois pour les patients et pour les professionnels.

Le régime minier, en particulier, est en train de connaître une mutation importante, passant d'une patientèle captive, peu exigeante compte tenu de la gratuité, à une ouverture à tous les assurés sociaux depuis juillet 2005 ; cette ouverture s'étant faite après la mise en place du médecin traitant et la moyenne d'âge de leurs patients étant supérieure à 75 ans, ces centres doivent impérativement soigner leur image pour survivre et attirer une nouvelle patientèle.

Le RNOGCS s'est engagé dans une **démarche qualité** fondée sur l'évaluation des pratiques **organisationnelles** des centres. Ce travail a débuté avec l'ANAES puis a reçu le soutien méthodologique de l'HAS ; il a abouti à un **référentiel d'évaluation** qui a vocation à être utilisé par tous les types de centres de santé et qui concerne directement ou indirectement le service rendu au patient et plus largement à la population du territoire d'implantation. *«Il s'agit d'apprécier la capacité des centres de santé à s'organiser en fonction des besoins et*

*des attentes du patient, en lien avec les autres prestations offertes sur le territoire de santé : accès aux soins, fonctionnement en réseau, caractère global de la prise en charge ... ».*¹²

S'il vise principalement l'amélioration continue des structures et de leur organisation, ainsi que la sécurité des patients (hygiène, stérilisation ...), ce référentiel intègre également certains aspects de **l'évaluation des pratiques professionnelles** dans leurs aspects collectifs (travail en équipe, partage du dossier du patient ..) ou dans leurs aspects indissociables de l'organisation du centre (continuité des soins, information, confidentialité...).

Parallèlement, l'HAS est en train de mettre au point l'EPP des professionnels impliqués dans un **exercice coordonné et protocolé** en maison ou pôle de santé.

Cette fiche d'évaluation ne concerne pour l'instant que les praticiens libéraux et non pas les salariés exerçant en centres de santé ; ils ont pourtant déjà fait leurs depuis longtemps :

- ◆ **le dossier partagé** : dans tous les centres visités, y compris ceux du régime minier, le dossier unique du patient est largement utilisé entre tous les intervenants médicaux, soit sous sa forme papier, soit dans une version informatisée. Il constitue une des bases du fonctionnement des équipes médicales et quelquefois paramédicales. Son informatisation représente un enjeu très important en termes financier et organisationnel.
- ◆ **Les réunions de coordination** : à Grenoble, l'équipe y consacre une heure par semaine, à Belfort une heure et demie....Nous avons pu constater, au delà de ces réunions de coordination, que certains centres avaient mis en place des **commissions médicales d'établissement** (CME) qui regroupent personnels médicaux et paramédicaux, se réunissent environ une fois par mois et interviennent sur la politique médicale, les partenariats, le projet d'établissement et les questions éthiques et déontologiques.
- ◆ **La rédaction des protocoles de soins** : les centres de santé ont une avance certaine sur la mise au point des protocoles de soins, de stérilisation ..etc, particulièrement les centres dentaires.

Le fait que la fiche d'évaluation ci-après n'ai pas prévu d'inclure les professionnels exerçant en centre de santé est révélateur d'une part d'un fonctionnement très cloisonné qui privilégie le statut par rapport au contenu de la fonction, d'autre part de la difficulté à inclure ces centres dans le paysage de la médecine ambulatoire alors qu'ils regroupent près de 5000 praticiens.

Pour valider leur EPP les professionnels impliqués dans un exercice coordonné et protocolé en maison ou pôle de santé s'engagent à :

- utiliser le **dossier partagé** ;
- participer régulièrement aux **réunions de coordination/concertation** ;
- soumettre à la discussion les problèmes soulevés dans la pratique clinique (soins ou organisation), lors de **réunions de groupes qualité** entre 6 à 10 fois par an ;
- participer à la réalisation **d'alertes informatiques**, dans le cadre du dépistage et de la prévention individuelle de certaines pathologies ;
- participer à la réalisation éventuelle **de fiches d'information** des patients et/ou d'affiches de salle d'attente, concernant les points clés de la prise en charge ;
- adopter et/ou participer à la rédaction des **protocoles de soins** instaurés à partir de références validées ;
- **évaluer périodiquement les actions d'amélioration** entreprises, en suivant, par exemple, quelques critères ou paramètres cliniques notés dans les dossiers.

Source : **Haute Autorité de santé** – service évaluation des pratiques professionnelles (document en cours de validation)

¹² Référentiel d'évaluation des centres de santé, HAS -version novembre 2006 -

2.3.2 - La prise en charge globale : proximité, pluridisciplinarité, prévention

Il s'agit dans ce domaine d'une véritable **différenciation** des centres de santé, du moins pour les deux premières catégories citées en première partie (centres composés de généralistes et centre de taille moyenne avec spécialistes et plateau technique) qui correspondent à de véritables centres de proximité insérés dans un quartier ou une ville. Cette prise en charge globale est facilitée par la mise en œuvre concomitante de trois principes :

- ◆ **Proximité** : les centres de santé se définissent presque tous comme des structures de proximité, faisant office de médecin traitant et de lieu de premier recours apportant une réponse adaptée aux besoins de la population environnante ; leur immersion dans le fonctionnement des autres structures locales en particulier sociales est un atout fort. En effet, autant ils sont méconnus sur le plan national, autant ils sont, notamment pour les centres associatifs et communaux, en phase avec les partenaires locaux et les DDASS/DRASS. Ils hébergent souvent une assistante sociale de la CRAM, quelquefois un service de PMI ou un centre de cure ambulatoire en alcoologie.
Les centres rencontrés travaillent assez bien avec leur **environnement** qu'il s'agisse de **l'hôpital** avec des consultations avancées (centre de Gennevilliers) ou un recours à son plateau technique (laboratoires du CHU de Lille pour le centre ABEJ), ou des **réseaux** (précarité, diabète, hépatite C, addictions, insuffisance rénale, nutrition et obésité,). Du fait de l'assise constituée par leur nombre et par la structure physique et administrative qui les porte, les centres de santé semblent pouvoir faire œuvre d'interface afin d'animer et conduire des projets pluridisciplinaires d'importance avec leur environnement. Sur le programme Nutrition, les centres de Grenoble ont été en mesure de faire participer un animateur sportif sur les quartiers, d'organiser des séances de gymnastiques, d'ouvrir des réunions sur les équilibres alimentaires, autant d'actions d'inclusion qui présentent une vraie valeur ajoutée locale.
- ◆ **Pluridisciplinarité** : si en moyenne 80% de la population n'a pas besoin d'être pris en charge de manière compliquée, les 20% restant, majoritairement constitués de malades chroniques, nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire. Cette prise en charge est grandement facilitée dans les centres de santé, notamment lorsqu'ils intègrent infirmiers, kinésithérapeutes et assistantes sociales organisant la prise en charge à domicile.
- ◆ **Prévention et santé publique**: dans ce domaine, les centres de santé montrent une implication inégale et des indicateurs pas toujours explicites. L'enveloppe spécifique prévue dans l'accord national a permis une augmentation des actions de prévention : beaucoup de centres ont au moins une action depuis qu'ils peuvent être financés. Ils travaillent à la fois sur de la **prévention primaire** (vaccinations, souffrance au travail, nutrition, éducation à la santé), sur de la **prévention secondaire** en participant notamment à des campagnes de dépistage (caries, cancers, risque cardio-vasculaire, Sida) ou de la **prévention tertiaire**, notamment avec le suivi des patients chroniques. Même si les indicateurs de résultats mériteraient d'être plus repérés, nous avons pu disposer de quelques chiffres : sur Grenoble, par exemple, une action portant sur le suivi des grossesses a fait baissé le taux de prématurité à 3,3‰ contre 6,5‰ au niveau national. En région parisienne, un tiers des actions de santé publique sont portées par des centres de santé. La **loi de 2004 sur la santé publique** risque, par contre, d'avoir des effets induits néfastes sur l'implication des centres dans ces actions, car elle justifie le transfert des

fonds du FNPEIS sur lequel un engagement annuel de 2 millions d'euros avait été pris à l'égard des centres pour financer leurs actions de prévention. Ils relèvent désormais du Plan régional de santé publique (PRSP) - à Grenoble, le groupe nutrition (diététicienne et professeur de sport adapté) financé initialement sur le FNPEIS est désormais intégré au PRSP depuis 2007 - et ne sont pas assurés de pouvoir maintenir leur financements au même niveau.

2.3.3 - l'efficience de la prise en charge

Il existe peu d'études concernant l'efficience de la prise en charge par les centres de santé ; nous avons pu noter quelques résultats significatifs :

- la diminution de **l'activité au domicile** des patients à la Maison Médicale de Bletterrans (Franche-Comté) où le soin à domicile ne concerne plus que 4% de l'activité des médecins, 15% des kinésithérapeutes et 40% des infirmières ;
- selon une étude de la CPAM du Val-de-Marne les **prescriptions** de médicaments seraient moindres en centres de santé et comporteraient un taux de 70% pour les génériques ;
- selon une autre étude de la CPAM des Bouches-du-Rhône, les patients en ALD bénéficieraient de moins de **consultations** lorsqu'ils sont suivis uniquement en centres de santé (6 actes en moyenne par an, contre 24 lorsqu'on intègre la médecine ambulatoire...);
- de même, au centre de Champigny, dans le cadre du **suivi des toxicomanes**, les consultations, notamment pour les prescriptions de méthadone, peuvent être espacées dans le temps lorsque les patients, bien connus du centre, sont stabilisés ;
- une étude, enfin, est en cours sur l'agglomération de Grenoble avec l'appui *de l'Agence des solidarités actives* pour évaluer le différentiel de coût et de qualité de prise en charge selon qu'un patient est suivi ou non en centre de santé ;

Ce type d'études est véritablement à développer pour objectiver la réalité des affirmations des responsables des centres.

X X X

En résumé, les centres de santé français proposent une offre de service qui peut être qualifiée **d'offre de premiers soins** répondant à la définition de l'American Health Institute : « une offre de services de santé intégrés, accessibles, effectués par des praticiens responsables de prendre en charge une large part des besoins de santé de la population, de développer un partenariat durable avec leurs patients et d'exercer dans un contexte familial ou communautaire »¹³. Plusieurs pays ont adopté, soit historiquement, soit plus récemment un tel dispositif d'accueil sanitaire.

Une équipe de la DHOS (Guy Nicolas, Marie-Francoise Guérin et Alexandra Fourcade) s'est rendue en Grande-Bretagne, au Québec et en Catalogne afin d'apprécier les initiatives prises par ces pays en vue d'améliorer l'accès aux soins primaires, de favoriser la première

¹³ American Health Institute, 1996

installation des médecins généralistes dans les zones déficitaires et de susciter un exercice rénové de la médecine générale sur un mode plus collectif. Leurs conclusions permettent de repérer les facteurs qui pourraient être déclinés en France pour mieux structurer l'ambulatoire, seule façon de réguler l'accès à l'hôpital et de gagner en efficacité.

Il apparaît ainsi que les centres de santé, du moins une grande partie d'entre eux, développent des pratiques et une philosophie de soins qui **répondent particulièrement bien aux enjeux actuels de notre système**, là où ils sont implantés. Dès lors se pose la question de savoir pourquoi ils sont en si **grande difficulté**, si **peu connus** et peu implantés en zone rurale, à l'exception des centres de soins infirmiers.

TROISIEME PARTIE : LES DIFFICULTES ACTUELLES

Les difficultés que rencontrent les centres dans leur fonctionnement actuel sont de trois ordres :

- principalement des **difficultés financières** liées en grande partie au modèle économique qui est le leur,
- des difficultés à faire vivre l'**accord national** avec la CNAMTS,
- des difficultés de **recrutement** pour certains praticiens,
- des difficultés de gestion et de **management**,
- un **déficit d'image** lié à leur poids négligeable dans l'offre de soins

Nous détaillerons particulièrement les **difficultés financières** :

3.1 - Des frais de structure insuffisamment pris en compte

- ◆ Le dimensionnement des **locaux** est plus important en centre de santé qu'en cabinet de groupe car il doit tenir compte de plusieurs facteurs : flux plus ou moins important de patients, organisation en plusieurs secteurs (salles d'attente séparées, locaux techniques pour la stérilisation et le stockage), conditions d'accueil pour les personnes à mobilité réduite (obligation de création d'ascenseurs par exemple) et fonctions de coordination (salles de réunion). La part des locaux dans les frais de structure représente une charge variable selon que l'organisme gestionnaire en est propriétaire ou occupant à titre gratuit, ou qu'il en est locataire. Certains centres, notamment à Paris, subissent le poids du coût de l'immobilier : le centre COSEM a pris l'option de reconstruire ses locaux pour les moderniser, les réduire et maîtriser ses charges de loyer. A l'inverse, le centre ENFANCE ET FAMILLE, du fait de ses difficultés financières, a dû vendre son bâtiment aux « *Petits Frères des Pauvres* » en 1991 et la Croix-Rouge à BOULOGNE envisage une opération du même ordre pour faire face à la modernisation des locaux.
- ◆ L'organisation **informatique** des centres repose sur une logistique qui est plus proche de celle des établissements de santé, notamment celle de leurs consultations externes, que des cabinets libéraux puisqu'elle doit assurer, au minimum, la gestion et la prise de rendez-vous de consultations multiples, la gestion de l'activité en temps réel pour l'optimisation de l'allocation de ressources ainsi que le dossier médical partagé.

Les centres rencontrent à ce sujet plusieurs difficultés :

- s'agissant d'un micro-marché, les éditeurs de logiciels sont peu nombreux et peinent à suivre les évolutions constantes liées à la transmission électronique : de ce fait les centres n'atteignent pas toujours le taux de FSE qui leur permettrait de bénéficier des forfaits structure dont le montant représente 317€ à 1268€ selon la taille et le forfait de 164€ annuel par professionnel de santé producteur d'actes en équivalents temps plein ; l'aide à la maintenance au travers de ce forfait ne correspond pas aux charges ; par ailleurs, les autres personnels ne donnent pas lieu à perception de ce forfait alors que le dispositif repose aussi sur eux.

- l'aide forfaitaire à l'équipement est fixée à 1067€ par professionnel de santé salarié en ETP, ce qui pénalise les centres ayant beaucoup de médecins à temps partiel et ne tient pas compte des investissements nécessaires aux fonctions d'accueil et de tiers-payant ; elle ne tient pas compte non plus du coût du réseau qui permet d'assurer le fonctionnement du dossier partagé ;
- contrairement aux professionnels libéraux cette aide à la télétransmission n'est pas proportionnelle à l'activité produite et au nombre de feuilles transmises ; elle représente une somme très inférieure aux coûts réels (à titre d'exemple la « *Fondation du dispensaire général de Lyon* » dépense 3000€ par mois uniquement pour le leasing et la maintenance de son matériel).

◆ **l'accueil et le secrétariat**, ainsi que les **fonctions support** (comptabilité ...) constituent les principales charges de structure. Sur les 5 centres de santé de Grenoble, cela représente 15 ETP soit **18% des effectifs**.

L'accueil personnalisé est un élément déterminant de la prise en charge des patients qui présentent des difficultés d'expression, ou nécessitent des explications concernant le parcours de soins, les services sociaux et les formulaires à remplir, sans oublier la fonction d'interprétariat (ou de médiation linguistique) si nécessaire. Le centre de Belfort évalue cette charge à 20h hebdomadaires, soit **21% du temps** du personnel d'accueil et de secrétariat.

Dans l'expérience des **maisons médicales belges**, cette fonction **d'accueil personnalisé** est considérée comme une priorité dans tout projet de mise en place.

Par ailleurs un centre de santé est une **véritable entreprise** pouvant dépasser une centaine de salariés, ce qui nécessite la mise en place de **fonctions de gestion** (comptable, financière, ressources humaines, organisation, ..) d'autant plus importantes que l'équilibre financier est fragile, ainsi que des **fonctions transversales** (hygiène, informatique ..)

◆ **le coût du tiers-payant** : la dispense d'avance de frais fait partie des obligations des centres : elle a pour objectif de faciliter l'accès aux soins et parallèlement facilite les circuits financiers tant pour le patient que pour la caisse primaire et l'organisme complémentaire.

Cette activité représente une **charge** que plusieurs études ont essayé de cerner soit en termes de charges de personnel (10 ETP dans l'étude de la mutualité francilienne portant sur 15 centres, un mi-temps au centre de Belfort), soit en terme de coût rapporté à l'acte médical (3 à 3,3€ par acte selon l'étude des Mutuelles de France), soit en terme de pourcentage des dépenses d'exploitation (4% pour les centres de Montpellier). Cette estimation rejoint l'étude conduite par l'IGAS en 1990, qui concluait à un surcoût compris entre 1,6 et 6,5% des charges d'exploitation selon les centres.

De manière unanime, les centres de santé font état d'une aggravation des coûts de gestion du tiers payant avec la mise en place du dispositif du **médecin traitant**. Ils sont, en effet, triplement pénalisés :

- par les difficultés de **gestion du dispositif**, les patients hésitant à signaler s'ils ont déjà déclaré un autre médecin traitant ou s'il n'en ont pas déclaré du tout. Dès lors la pénalisation pour non respect du parcours de soins est imputée au centre qui, soit mettra beaucoup de temps et d'énergie à recouvrer des factures de quelques euros,

soit les passera en pertes et profits. La possibilité de consulter en ligne la position des patients au regard de ce dispositif a amélioré la situation, mais cela reste aujourd'hui une activité consommatrice en temps et non rémunérée ; la perspective d'une augmentation des pénalités pour non respect du médecin traitant risque d'alourdir encore la charge pour les centres ;

- par l'absence **d'identification personnelle** des médecins : un médecin de centre, déclaré médecin traitant, mais qui va voir un de ses patients dans un autre centre que son centre d'identification FINESS, ne sera pas reconnu par le système ;
- par les aléas de l'utilisation du codage de **médecin remplaçant**, lorsqu'un patient est vu au centre en l'absence de son médecin habituel, à l'instar des cabinets de groupe qui connaissent les mêmes difficultés.

Enfin, les difficultés d'adaptation des logiciels de gestion des centres aux nouvelles versions de Sesam-Vitale ont également généré un nombre important de rejets qui nécessitent, pour leur retraitement, des effectifs supplémentaires : le centre Enfance et Famille y consacre trois agents à plein temps.

Cette faculté du tiers-payant correspond pourtant incontestablement à un service rendu, apprécié d'une partie de la population, mais qui ne fait l'objet d'aucune rémunération identifiée.

Sur cette question des frais de structure, on soulignera deux éléments :

- certains centres ont historiquement des liens avec la PMI, comme le centre ENFANCE ET FAMILLE à PARIS, ce qui permet de mutualiser certaines fonctions support, mais cela ne suffit pas à combler les déficits liés à la fonction accueil ;
- les URCAM financent aujourd'hui une partie des frais d'installation et de fonctionnement des maisons médicales de garde, notamment les locaux et le secrétariat.

3.2 - Des difficultés dans la transposition :

- ◆ **des avenants à la convention libérale non applicables** aux praticiens exerçant dans les centres, il s'agit :
 - du **forfait annuel de 40€** mis en place au 1^{er} mai 2005 et versé au médecin traitant pour tout patient atteint d'une affection de longue durée (**ALD**) ; depuis cette date les centres ne perçoivent plus la rémunération du PIRE (protocole inter régimes d'exams spéciaux), mais se voient refuser le bénéfice du forfait ALD comme médecins traitants, pour les patients ne sont pas inscrits parallèlement dans l'option de coordination ;
 - des actes de prévention dentaires (**examen bucco-dentaire**)
 - de l'**astreinte** liée à la permanence des soins,
- ◆ **des charges sociales moins bien compensées que celles des praticiens libéraux**

L'accord national a prévu une subvention de 11,2% sur les cotisations pesant sur la masse salariale des médecins, chirurgiens-dentistes et auxiliaires des centres de santé. Cette mesure est présentée comme la transposition de la participation des caisses d'assurance maladie au financement des charges sociales des médecins respectant les tarifs conventionnels.

Pour les **praticiens libéraux conventionnés secteur 1**, la participation des caisses concerne :

- l'assurance maladie (prise en charge de 9,70% sur 9,81% de taux de cotisation),
- les allocations familiales (prise en charge de 5 % sur 5,40% de taux global avec taux minoré au delà d'un plafond de 32 184€), à noter que cette prise en charge n'est pas applicable aux dentistes,
- les avantages sociaux vieillesse (prise en charge de 2 400€ sur un total de 3 600€, réduite à 2 100€ pour les dentistes et 154€ pour les auxiliaires médicaux).

Il est à noter que ces taux de cotisation s'appliquent sur le revenu net des praticiens, c'est à dire après déduction des frais de fonctionnement du cabinet et notamment des salaires et charges sociales des personnels non médicaux (secrétaires ou assistantes dentaires). Pour les centres de santé, la subvention ne s'applique que sur la masse salariale des personnels médicaux et paramédicaux.

Une étude comparative a été conduite par le Docteur HOURI¹⁴, à périmètre constant, c'est à dire en ne retenant que les charges comparables sur les deux secteurs d'exercice libéral et salarié. Elle montre :

- que le taux de prise en charge réel de l'Assurance Maladie est de 15,45% pour les généralistes du secteur 1 (sur la base d'un revenu moyen),
- qu'il est en moyenne de 10% pour les dentistes depuis l'application de la nouvelle convention,
- que la subvention donnée aux centres est inférieure de 39% en moyenne pour les généralistes, de 31% pour les autres spécialités médicales, de 5 à 8% pour les dentistes.

La résorption de ce différentiel supposerait une augmentation du taux de subvention de 11,5 à 12,5% pour les spécialistes, de 11,5% à 18% pour les généralistes.

3.3 - Un financement inadapté des actions de lutte contre la précarité, de prévention et d'éducation thérapeutique (PRAPS et PRSP)

- ◆ Le rapport de l'IGAS de 1999 soulignait l'investissement inégal des centres dans les actions de **prévention**, il était dû en grande partie à des difficultés de financement de ce type d'actions non compatibles avec un financement à l'acte.

L'accord conventionnel de 2003 a redonné un élan à la prévention en réservant une **somme annuelle de 2 millions€ pour les centres de santé**. Cependant la réforme de 2004 sur la santé publique, intégrant les crédits de l'Assurance maladie dans le financement des programmes régionaux de santé, a banalisé de facto l'action des centres. Il doivent désormais s'adresser au guichet unique du PRSP, répondre aux appels d'offres pour des crédits dont la notification arrive tardivement et, s'agissant de crédits annuels, dont le renouvellement n'est pas assuré. Dans ces conditions, il est quasiment impossible d'installer un travail en profondeur sur du moyen terme, et surtout de recruter des

¹⁴ voir liste des personnes rencontrées.

personnels compétents et stables sur ces actions et sur leur coordination. Certains centres qui ont appris en cours d'année la non reconduction des crédits ont dû assurer sur leurs fonds propres les engagements déjà pris envers leur personnel. Les attentes sont fortes par rapport à l'identification d'une **ligne « centres de santé » dans le PRSP**.

Les maisons médicales belges, dont les actions en matière de prévention et d'éducation pour la santé sont solidement ancrées dans leur environnement, disposent d'une animatrice ou coordinatrice de prévention dont le financement est assuré par la région.

- ◆ Cette inadéquation dans les financements se retrouve en partie dans la conduite des actions de **lutte contre la précarité et d'accès aux soins**. Le dispositif est assez complexe, relevant à la fois de la santé, de l'action sociale et de la politique de la ville.

L'article 71 de la loi d'orientation du **29 juillet 1998** relative à la lutte contre les exclusions a institué les **programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins** (PRAPS) dont l'objectif est de résoudre les problèmes d'accès pour « les 20 à 25% de la population française touchés par la précarité »¹⁵. L'article 37 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a précisé que ces programmes sont établis après consultation **du conseil régional de santé** qui associe à leur élaboration des élus représentant les collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie et des représentants des associations œuvrant dans le domaine de l'exclusion. Enfin la **loi du 9 août 2004** relative à la politique de santé publique a parachevé cette construction en confortant la démarche entreprise avec les *Ateliers Santé Ville* (ASV) dont le Comité interministériel des villes et du développement social urbain du 9 mars 2006 a décidé la généralisation, afin de couvrir d'ici 2008 l'ensemble des quartiers prioritaires en déclinant dans la proximité les **plans régionaux de santé publique** (PRSP).

La santé est affirmée comme un des cinq thèmes prioritaires des nouveaux « *contrats urbains de cohésion sociale* » et la circulaire du 4 septembre 2006 définit les principes de cette politique partagée entre Ministère de la cohésion sociale et Ministère de la Santé.

Les projets locaux de santé publique développés par les Ateliers santé ville reposent tout particulièrement sur une stratégie d'intervention concertée avec les ressources de proximité : à ce titre les centres de santé, là où ils existent, peuvent être considérés comme des **points d'appui de cette politique** :

- tant par les éléments qu'ils peuvent apporter au diagnostic des situations et des besoins,
- que par les actions prioritaires qu'ils peuvent conduire,
- et de par leur identification comme lieu recours pour l'accès aux soins et au système de santé.

Cependant, dans la plupart des cas, ces contrats urbains passés avec les villes ne concernent pas seulement la santé et l'accès aux soins, et les négociateurs ne valorisent pas l'intervention des centres. Le **rôle des DDASS** apparaît ainsi comme déterminant dans le pilotage et la mise en œuvre des projets de santé au sein des contrats territoriaux, dans leur articulation avec les territoires de santé.

¹⁵ les ateliers santé ville – les éditions de la DIV – collection Etudes et recherches.

3.4 - une sous utilisation par les centres de l'option de coordination et de la dotation des réseaux

- ◆ Parmi les frais de structure auxquels sont confrontés les centres figure tout ce qui relève de la **coordination des soins** ; comme cela a été rappelé en première partie, l'accord national de 2003 avait prévu une **option** qui permettait de percevoir un forfait annuel, or **seuls 27% des centres** ayant adhéré à l'accord national utilisent cette option selon la CNAMTS. Cela représente un financement dérisoire au regard des prestations payées : 3 millions d'euros pour l'ensemble des centres. Ce sont surtout les centres de soins infirmiers qui en bénéficient pour 1,624 millions, puis les centres médicaux (943 430€) et les centres dentaires (520 590€).

A titre d'exemple sur les centres des Mutuelles de Provence, le montant des options représente 4% des recettes, tandis que, pour l'ensemble des options médecine, dentaire et infirmières, cela représente 100 000€ pour la « fondation dispensaire général » de Lyon.

Selon la CNAMTS, cette sous-utilisation correspondrait à une difficulté à répondre au cahier des charges et aux contraintes de l'option. Tous les centres ne présentent donc pas le même dynamisme sur cette option alors que leur pratique, notamment du dossier unique et du plan de prévention pourrait quelques fois leur permettre d'y prétendre.

Les représentants du RNOGCS font état de réticences du corps médical qui n'était pas signataire de l'accord, et insistent pour que soit appliquée la dérogation prévue pour les personnes non accessibles à la démarche d'adhésion pour des raisons culturelles, linguistiques ou psychologiques.

Il est indéniable que sur ce point, les centres doivent pouvoir **mieux optimiser leurs ressources dans le cadre de la réglementation actuelle.**

- ◆ **Les réseaux de santé** présentent de nombreux traits communs avec les activités des centres. Ils s'y sont fortement impliqués pour certains comme cela a été décrit précédemment. Cependant, s'ils peuvent y participer, les médecins des centres, du fait de leur statut salarié, ne peuvent à ce jour pas prétendre aux **aides conventionnelles** prévues pour compenser la perte d'activité liée à la participation aux réunions de coordination, ni même à la rémunération accordée au titre de l'inscription d'un nouveau patient dans le réseau (ce forfait s'élevait pour l'année 2005 en Rhône-Alpes à 120€ par patient inscrit).

3.5 - une « médecine plus lente »

La question de la productivité des praticiens est souvent mise en avant pour expliquer les difficultés financières des centres de santé, dans la mesure où celle-ci a un impact immédiat sur les recettes, du fait du paiement à l'acte.

Pour répondre à cette question, il faut d'abord examiner les **conditions de rémunération** des professionnels. Si le statut de salarié est la règle pour tous, les contrats sont soit de droit privé pour les organismes à but non lucratif, soit de droit public pour les centres gérés par des collectivités locales.

Les contrats des **généralistes** font souvent référence à une durée hebdomadaire du travail (35h pour un plein temps) et à une rémunération forfaitaire qui progresse avec l'ancienneté. Ceux de Grenoble, rattachés à la convention FEHAP, voient leur salaires progresser régulièrement en fonction de cette convention, sans que cela soit lié à l'augmentation du prix de la consultation. Dans les centres des Mutuelles de Provence, les généralistes et les pédiatres sont

rémunérés à la fonction, la grille prévoit une augmentation assez sensible des rémunérations (14%) sur les trois premières années, puis ensuite 1% par an plafonnés à 3900€ net. En échange, ils doivent à la structure 8 permanences de fin de semaine et 45 nuits par an.

Cependant les nouveaux praticiens recrutés en pédiatrie sont **rémunérés à l'activité comme les autres spécialistes** : le médecin perçoit alors une rémunération calculée sur une fraction des actes facturés. Ce type de rémunération est largement la règle pour **toutes les spécialités** autres que la médecine générale et les centres dentaires : **le pourcentage est négocié** en fonction de la nature de l'activité (soins techniques, prothèses, actes de radiologie ...)

Dans les centres communaux, la rémunération se fait aussi à la fonction, sous forme de **vacations**, qui sont évaluées sur la base de 4 patients par heure. Nous avons pu prendre connaissance d'un dispositif qui vise à inciter les médecins à dépasser leurs vacations pour faire face à la demande des patients : dès lors que le praticien reçoit plus de malades que ce qui est prévu, et notamment, accepte de prolonger son temps de présence pour des patients non programmés, le centre lui reconstitue des vacations au prorata des malades pris en supplément.

Dans la mesure où les centres mettent en avant le fait de faire des consultations plus longues et approfondies, il nous a semblé intéressant de comparer la durée des séances des généralistes avec celle du secteur libéral telle qu'elle ressort d'une étude de la DRESS.

G01 - la distribution des séances selon leur durée	
Moins de 5 minutes	0,3%
5 à 9 minutes	4,0%
10 à 14 minutes	28,9%
15 à 19 minutes	39,0%
20 à 24 minutes	19,5%
25 à 29 minutes	3,5%
Plus de 30 minutes	4,8%

Drees, *Etudes et résultats*, la durée des séances des médecins généralistes, n°481, avril 2006

On peut ainsi voir que les consultations qui excèdent les 20mn ne représentent que 28% des séances chez les généralistes alors qu'elle est plutôt la règle dans les centres de santé :

- MGEN de Strasbourg : 3,6 patients par heure,
- Mutuelles de Provence : 3 patients par heure
- Belfort : 3,1 patients en moyenne (soit 400 actes par mois et par médecin comme la maison médicale de Besançon)
- Centres communal de Champigny : 4 patients par heure
- Enfance et Famille : 6 patients par heure inscrits, mais moyenne de 4
- Centre ABEJ pour les SDF : 2 à 3 personnes par heure (8 à 10 sur 3h) ; prises en charge très longues pour les infirmières, avec beaucoup de travail de coordination

Ainsi le rythme des consultations, s'il est plutôt dans les deux derniers déciles, n'est pas en distorsion majeure avec l'exercice libéral, la différence serait plutôt dans le nombre d'heures travaillées par chacun des professionnels selon qu'ils exercent en libéral ou en centre de santé.

Le taux d'utilisation des équipements, notamment en radiologie, pourrait faire l'objet d'un suivi et d'une optimisation.

3.6 - des difficultés à venir pour le remplacement des professionnels de santé

La relève dans le domaine de la **médecine générale** semble assez bien assurée dans tous les centres visités, notamment grâce aux efforts qu'ils ont conduit pour se faire reconnaître comme **maîtres de stage** et accueillir des internes de médecine générale. Le mode d'exercice est attractif en particulier pour les femmes et pour tous ceux qui ne veulent pas s'installer en libéral. Ce phénomène est constaté par tous les Présidents ou membres d'URML rencontrés.

Il est par contre des disciplines où les tensions de la démographie médicale pèsent sur les centres :

- en **radiologie**, l'âge moyen des radiologues est élevé et lorsqu'ils sont seuls les remplacements sont difficiles et coûteux ; à titre d'exemple, le **centre de radiologie de Roanne** a une activité totalement dépendante de son unique radiologue et a dû fermer lorsqu'il a été malade, générant ainsi un déficit de 100 000€ L'incertitude quant à la capacité à recruter un remplaçant met en jeu directement l'avenir du centre. Dans une ville moyenne de ce type, l'hôpital rencontre les mêmes difficultés à faire vivre son service de radiologie, alors que la radiologie libérale s'est structurée et que les cabinets de groupe intègrent de facto les jeunes radiologues qui veulent s'installer. Le radiologue du centre considère qu'il n'y aura bientôt plus d'alternative entre secteur lucratif et secteur non lucratif dans l'offre de soins en radiologie sur la ville. Dans la mesure où ces centres sont relativement bien dotés en manipulateurs, une réflexion peut être amorcée pour tenter une mutualisation et un regroupement des radiologues entre centres d'un même département assortie à une **utilisation de la télé-médecine**. C'est un axe sur lequel le Directeur du COSEM travaille également, puisqu'il mettra en service cet été un réseau interne sécurisé entre ses trois centres parisiens. Une autre solution a été mise en œuvre sur les centres de Lyon et Vaulx-en-Velin gérés par la Fondation Dispensaire de Lyon, c'est de développer l'attractivité du secteur radiologique avec des autorisations d'implantation **d'IRM et la mise en place d'activités spécialisées** (le centre de sénologie par exemple dispose d'un mamotome). Il est évident qu'une telle solution ne peut être érigée en modèle, mais la négociation de plages sur les scanners et IRM est un élément important de l'attractivité et de l'équilibre financier.
- La **gynécologie**, traditionnellement très présente dans les centres de santé, est également un point de tension

QUATRIEME PARTIE : RECOMMANDATIONS POUR UN NOUVEAU MODELE ECONOMIQUE ET SANITAIRE

Les difficultés financières que connaissent les centres et qui, pour certains, notamment les centres de soins infirmiers, mettent en jeu leur existence même au sein d'une offre de soins parfois très déficitaire, appellent à la fois des mesures immédiates et des mesures à moyen terme étayées par des études chiffrées et des expérimentations ; ces mesures supposent, parallèlement, une amélioration de la reconnaissance des centres de santé tant au niveau conventionnel, dans le cadre des commissions paritaires, qu'au niveau de la politique de santé avec la **mise en place de l'instance de concertation nationale**.

Compte tenu de la grande diversité des centres, mise en évidence en première partie, il nous semble nécessaire avant d'aborder les recommandations de déterminer le **modèle économique** qui, dans les conditions actuelles, est financièrement viable et d'en déduire les compléments à apporter ou pas lorsqu'on s'écarte de ce modèle.

Ainsi, les recommandations de cette dernière partie porteront sur :

- des **mesures immédiates** à prendre dans le cadre de l'accord national (transpositions non achevées comme ALD et permanence des soins, revalorisation des soins infirmiers, maintien et développement des options conventionnelles, ajustement des charges sociales, contrepartie du tiers payant)
- une **contractualisation** pluriannuelle des activités de prévention, d'éducation et de lutte contre la précarité,
- un changement du régime **d'agrément**,
- l'expérimentation de **nouveaux modes de rémunération**,
- la poursuite d'études visant à mesurer **l'efficience de ce mode de prise en charge**.

Enfin, il faut s'interroger sur la meilleure manière d'intégrer les représentants des **usagers** tant au niveau de la planification que du pilotage des centres.

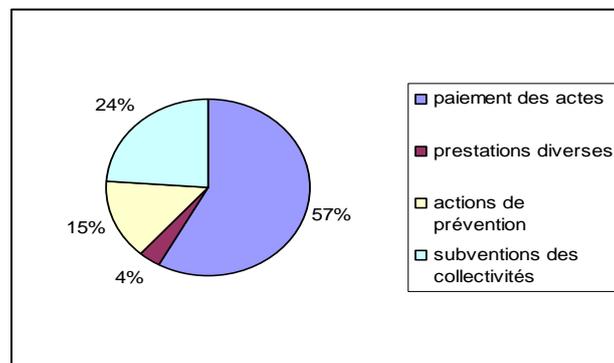
4.1 - un modèle économique cible pour les centres de santé

Dans le cadre du système actuel de financement à l'acte, une étude conduite par la Mutualité a pu démontrer que l'équilibre financier ne pouvait être atteint qu'en combinant plusieurs facteurs :

- le volume d'activité et donc la taille, le nombre de médecins ETP et leur « productivité »,
- la nature de l'activité et notamment la possibilité de réaliser des actes techniques et de facturer des dépassements ou actes hors nomenclature
- la zone géographique concernée

- ◆ pour les **centres de proximité** axés sur la **médecine générale** : l'équilibre est difficile à atteindre : le modèle est viable si l'activité des médecins est au minimum de 4 consultations par heure, mais seulement si le prix de l'immobilier est raisonnable : à Paris, il faut atteindre environ 6 consultations par heure pour équilibrer les charges, en Province il faut un minimum de généralistes équivalents temps plein (4 à 9) et une bonne maîtrise des personnels non soignants. Le centre Léon Blum de Belfort qui regroupe 7 médecins généralistes (5,5 ETP) et programme des consultations de 20mn, voire 30mn, n'est équilibré qu'avec une subvention de 15% de la part des collectivités locales. L'association de gestion des centres de Grenoble (graphique ci-après), qui a fait le choix de ne pas avoir de spécialités autres que la pédiatrie, et regroupe 24 généralistes sur 5 centres (moyenne de moins de 5 généralistes par centres) ne s'équilibre qu'avec une subvention en provenance des collectivités locales à hauteur de 24%, qui sert à financer les frais d'accueil et de secrétariat.

L'origine des financements de l'Association de gestion des centres de santé de Grenoble



Données 2005

Ce type de centre n'est donc viable qu'adossé à une activité pluridisciplinaire : soins infirmiers, kinésithérapie et surtout soins dentaires.

- ◆ pour les centres **polyvalents** pratiquant de la **médecine générale** mais aussi des **spécialités médicales**, deux cas de figure peuvent se présenter selon que l'activité de spécialité autre que la médecine générale comporte des actes techniques ou pas. Dans le deuxième cas, les spécialités, comme la gynécologie, la diabétologie, sont peu contributives à l'équilibre des centres et ne permettent pas d'assurer une rémunération très attractive pour les spécialités où les tensions démographiques sont fortes (gynécologie). Néanmoins l'équilibre financier peut être atteint en Province, mais pas à Paris, sur la base d'une activité moyenne de 4 consultations par heure. Dès lors, par contre, qu'il s'agit d'une activité avec des actes techniques, l'équilibre est plus facilement assuré, d'autant qu'en général ce type de centre dispose d'un plateau technique de première intention en radiologie.
- ◆ pour les centres importants disposant d'un **plateau technique** et éventuellement **d'équipements lourds** (Scanner ou IRM), les marges de manœuvre sont plus importantes mais l'équilibre financier reste lié à une bonne maîtrise des surfaces utilisées, surtout à Paris, à l'optimisation de l'utilisation des équipements et à la conjonction d'une activité dentaire.

- ◆ pour les **centres de soins infirmiers** la possibilité de les coupler avec un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), employant des aides-soignantes, permet un partage des frais de structures et contribue à un équilibre financier aujourd'hui très fragile comme indiqué dans le rapport de Mesdames MAUSS et LEGER.
- ◆ Dans le même esprit, l'association Enfance et Famille, à Paris, et le centre de la Croix-rouge, à Boulogne, équilibrent une partie de leurs charges de structure avec leurs autres activités de PMI et une contribution de la maison médicale de garde pour la Croix-Rouge.

Les recommandations ci-dessus restent basées sur un modèle de **financement à l'acte**. Or, sur ce sujet, les professionnels sont partagés : tout le monde perçoit bien que le paiement à l'acte peut être :

- injuste car il ne prend pas en compte toutes les particularités de l'exercice,
- inflationniste avec une multiplication des actes
- et que seule l'évaluation des pratiques peut contrebalancer les dérives.

Parallèlement, la rémunération à la mission, si elle peut sécuriser les centres et leur donner une meilleure visibilité, est perçue comme présentant des risques liés à une baisse brutale des financements.

Il n'y a pas de modèle idéal, il faut vérifier la pertinence des pratiques et leur impact socio-économique en fonction des situations locales.

S'il n'y a pas de modèle idéal, il y a par contre un problème de taille critique et de conjonctions d'activités comme indiqué ci-dessus, sachant que la question de la taille critique concerne aussi les maisons médicales pluridisciplinaires : par exemple, selon les URML, il faut quatre médecins pour financer un secrétariat de 8h à 20h du lundi au samedi matin.

4.2 - des mesures immédiates dans le cadre de l'accord conventionnel

L'enquête menée auprès des centres a mis en évidence des éléments de distorsion qui devraient être rapidement levés par une **transposition immédiate**, dans l'accord national :

- de l'application du forfait ALD pour les médecins désignés comme médecin traitant, dès lors qu'aucun autre dispositif de rémunération de la coordination des soins n'est appliqué,
- de l'application du dispositif sur le bilan bucco-dentaire,
- de l'application des rémunérations d'astreinte liées à la permanence des soins,
- de l'application des forfaits prévus pour compenser la participation des professionnels aux réseaux de soins,
- de la revalorisation des tarifs infirmiers sur les actes et les forfaits,
- de l'éligibilité des centres aux différentes aides des collectivités territoriales,
- du financement de l'Evaluation des Pratiques professionnelles (EPP) et de la Formation continue.

Dans un deuxième temps, la **renégociation** de l'accord, prévue pour 2008, devrait porter sur des ajustements concernant :

- le calcul, à égalité avec les praticiens libéraux, de la prise en charge par l'assurance maladie des **cotisations sociales** des professionnels de santé, en tenant compte de la modulation nécessaire selon les spécialités (dentistes, généralistes, infirmières, autres ..)
- la reconnaissance du coût de gestion du **tiers-payant**,
- l'adaptation des **aides sur l'informatique**, notamment dans la perspective d'un travail en réseau sur lequel le GEMSIH conduit un projet,
- le maintien de **l'option de coordination**, sa revalorisation éventuelle pour les infirmières, avec la possibilité de palier, pour les plus précaires à la difficulté de recueillir leur engagement signé, ainsi que cela avait été envisagé au départ.

4.3 - la prise en compte des centres de santé dans le dispositif des soins ambulatoires

Pour tout centre de santé qui ne parviendrait pas, dans le cadre d'un accord conventionnel révisé, à se conformer au modèle économique décrit et dont l'activité, la population accueillie ou la localisation rendraient indispensable le **maintien ou la création sur un territoire donné**, nous proposons de **contractualiser** un financement complémentaire (de type MIGAC) qui pourrait être prélevé sur le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (**FIQCS**).

Cette contractualisation pourrait porter :

- sur des **missions** précises de permanence des soins, de prévention et d'éducation, de prise en charge des addictions, de coordination des soins et médico-sociale, ainsi que d'installation dans une zone sensible,
- sur des **objectifs de résultats cliniques** (par exemple, taux de suivi des patients diabétiques, taux de couverture vaccinale, etc ...)
- sur des **objectifs de gestion** (par exemple, informatisation du dossier patient, % de patients s'inscrivant dans l'option de coordination, association des usagers, etc ...)
- et sur des **indicateurs** d'état de santé,

sur lesquels les centres rendraient compte chaque année dans le cadre d'un **rapport d'activité révisé**. Cette notion de contrat est relativement proche de ce qui se pratique en Catalogne où 10% de la rémunération des CAP (centro d'atencion primer) est liée à l'atteinte des objectifs fixés annuellement.

Cette **contractualisation** ne serait pas exclusive de financements en provenance des **collectivités locales** qui, à l'échelle de **l'intercommunalité**, peuvent y voir un moyen de développer leur attractivité et de lutter contre la désertification de leur territoire. Ces financements sont prévus dans la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.

Ce **contrat sur cinq ans**, pourrait ainsi permettre d'asseoir un financement suffisamment pérenne pour toutes les activités ne relevant pas du paiement à l'acte.

Cela conduirait à revoir parallèlement les **procédures d'agrément** qui pourraient changer de nature et passer d'un agrément purement technique, et il est vrai obsolète, à un **régime d'autorisation** révisable dans le temps et s'inscrivant dans un début de **planification** d'une offre ambulatoire cohérente avec le SROSS. L'ARH, l'URCAM et la MRS nous semble légitimes pour piloter ce dossier, tant il est vrai que l'absence de permanence des soins ou le difficile accès aux spécialistes de ville retentit sur les établissements hospitaliers dans des conditions qui ne sont pas les meilleures pour les usagers et renchérissent les coûts hospitaliers.

Les **critères d'éligibilité** à un tel dispositif pourraient être de trois ordres :

- un état sanitaire défavorable, avec de mauvais indicateurs, dans la zone concernée,
- une difficulté à mettre en place avec le tissu existant les orientations de la politique de santé,
- une désorganisation ou une pénurie par rapport à l'offre de soins accessible, tant en termes géographique qu'économique et social.

Le décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 a installé le **Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)** au sein de la CNAMTS ; il est issu de la fusion entre le Fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) ; ses missions portent sur le développement des réseaux et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, sur la permanence des soins et le maintien de l'activité ou l'installation des professionnels de santé dans un exercice collectif pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire. Il est enfin concerné par la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP) et les systèmes d'information permettant le partage des données médicales.

Ce fonds est doté d'un budget de 350 millions d'euros, il est administré par un **Conseil national de gestion** qui répartit entre les MRS la dotation réservée aux actions régionales, notamment les crédits destinés aux réseaux, à la permanence des soins, aux aides à l'installation. L'attribution des aides peut se faire sur une base pluriannuelle pour une durée maximale de cinq ans..

Les centres de santé semblent ainsi parfaitement correspondre à une des cibles de ce fonds dans la mesure où ils participent à l'accès aux soins et s'inscrivent dans l'articulation offre de ville/offre hospitalière. Il aurait été souhaitable, là où les centres de santé constituent un élément significatif de l'offre de soins qu'un représentant puisse participer au **Conseil régional de la qualité et de la coordination des soins (CRQCS)**, mais il n'y a aucun collègue dans lequel ils puissent être représentés puisqu'ils ne sont ni libéraux, ni établissements.

Une fois encore, le dispositif structurant l'offre ambulatoire a omis d'intégrer cette modalité d'exercice dans l'offre ambulatoire.

4.4 - la mise en place du conseil national des centres de santé

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé avait prévu la création d' « un **conseil national des centres de santé** » placé auprès du Ministre de la Santé, pour :

- faciliter la concertation sur l'ensemble des dispositions réglementaires qui les concernent ou peuvent les concerner,
- les associer à la réflexion sur les projets innovants sanitaires et sociaux susceptibles d'être mis en place par les centres.

Les représentants des centres attendent beaucoup de cette instance, dont ils espèrent qu'elle pourra organiser un échange entre Ministère et centres en amont de toute décision prise, mais aussi sensibiliser les autorités étatiques sur leurs difficultés. Ils souhaitent également, à travers cette instance qui n'a pas vocation à se substituer au dialogue avec l'Assurance maladie, être associés aux réflexions relatives à l'évolution du système de santé. On ne peut que recommander, comme l'ont fait Mesdames Mauss et Léger, de mettre en place rapidement cette instance, mais aussi de veiller à ce que la réflexion ne soit pas cloisonnée, notamment par rapport au concept de maison médicale pluridisciplinaire.

Un **projet de décret** a été préparé par la DHOS, il prévoit, pour le fonctionnement, deux réunions annuelles et, pour la composition, 17 membres :

- cinq membres de droit : le Directeur général de la santé, le Directeur de l'hospitalisation et des soins, le Directeur de la Sécurité sociale ainsi qu'un représentant de la CNAMTS et des DRASS ;
- douze membres nommés par le Ministre chargé de la Santé et représentant d'une part les gestionnaires des centres, d'autre part les personnels médicaux et non médicaux, ainsi qu'un représentant des usagers et une personnalité qualifiée.

4.5 - l'expérimentation d'un nouveau mode de rémunération des professionnels

De plus en plus de médecins libéraux s'interrogent sur l'existence d'une 3^{ème} voie possible entre exercice libéral et exercice salarié, ou plutôt entre rémunération à l'acte et mensualisation. D'ores et déjà la grande majorité des médecins exerçant dans le secteur mutualiste a une rémunération liée à l'activité, ils sont salariés mais restent dans la logique du paiement à l'acte, dont on sait qu'il ne couvre pas l'ensemble des activités liées à la prévention ou à l'éducation.

Plusieurs voies sont à explorer :

- la **forfaitisation** de certaines activités de coordination, de régulation, de prévention ... ; cela signifierait que l'on ne raisonne plus par rapport à une cotation en acte, mais par rapport à une rémunération du temps passé ; ce type de rémunération permet de régler l'inclusion de professionnels de santé dont l'activité ne relève pas d'actes facturables à l'assurance maladie (diététicienne, psychologue, assistante sociale ...), le reste de l'activité pouvant être maintenu dans un système de paiement à l'acte ;
- la mise en place d'une rémunération de type **capitation** : les maisons médicales belges peuvent choisir pour leur financement entre deux modèles, celui du **paiement à l'acte** avec un **complément assuré par la région** (en général à hauteur de 15%) pour compenser les charges d'accueil et de coordination de la prévention, ou celui du **paiement à la capitation** : le centre reçoit alors un forfait mensuel calculé au prorata des patients inscrits. Lorsque les patients consultent ailleurs, le centre rembourse le professionnel qui a pris en charge son patient. Plusieurs **niveaux de forfaits** sont appliqués, ils sont déterminés en fonction de la lourdeur des patients.

- l'expérience menée en Catalogne, pour le financement de ses centres de santé, repose sur une autre agrégation de la rémunération avec un **financement per capita** et un **forfait lié à l'activité** : ce mode de financement a permis de réduire fortement le nombre d'actes exploratoires.

Il importe dans ces expérimentations de garder de la souplesse afin de permettre à ces structures de s'adapter au mieux à la vie locale, à l'environnement et aux attentes des professionnels.

4.5 - la nécessité de poursuivre les études pour l'objectivation de l'efficience de la prise en charge.

Il semble tout à fait nécessaire de veiller à conforter un dispositif de contractualisation par des **contreparties liées à l'efficience** de la prise en charge par les centres de santé, tant en terme d'accès aux soins que de maîtrise médicalisée. Cela nécessite des études à partir des prescriptions et des consommations qui ne sont pas disponibles à grande échelle mais pourraient être menées localement. Un certain nombre de CPAM s'impliquent d'ores et déjà dans ce type d'études.

Un des écueils rencontrés réside dans le fait que la CNAMTS ne peut faire d'analyse de **l'activité individuelle** des médecins exerçant dans les centres de santé, puisqu'il n'y a pas d'identifiant par professionnel de santé : l'analyse ne peut être que globale (par numéro FINESS) et non individuelle par médecin. Il n'en reste pas moins vrai que les comparaisons globales par circonscriptions sont significatives si on considère la réponse aux besoins par rapport à une population donnée.

Nous proposons ci-après quelques pistes de travail :

- Globalement le poids des centres de santé est évalué à **1% des dépenses de soins de ville** ; un certain nombre de praticiens y travaillant à temps partiel, il est difficile de rapporter cette activité aux effectifs en ETP. Ce chiffre n'est qu'une moyenne nationale : sachant que les centres sont très inégalement répartis sur le territoire, l'analyse du poids des centres de santé n'a de sens que par rapport à la prise en charge de proximité. Il serait donc beaucoup plus parlant **d'analyser le poids de leur activité par CPAM, là où ils sont implantés**, comme l'a fait la CPAM de Paris. En ce qui concerne les centres miniers, leurs statistiques d'activité doivent être intégrées à celles du régime général.
- Une des caractéristiques de l'offre des centres de santé est le respect du **secteur I et l'absence de dépassements d'honoraires**, sauf sur le secteur dentaire où les prothèses sont hors nomenclature. Il est indispensable d'objectiver l'impact, pour la population desservie, de l'accès à un secteur I garanti en comparant le montant sur une même circonscription des horaires perçus par les centres et ceux perçus par les libéraux : la comparaison peut se faire sur les principales lettres clés (C, CS, K, ...). Elle devrait permettre de mesurer et comparer le **pourcentage moyen des dépassements par rapport au tarif conventionnel**.

- Sur le **dentaire**, la même requête doit être faite sur les prothèses, ce qui permettra, toujours dans le cadre d'une même circonscription, de faire la clarté sur **les tarifs pratiqués**.
- En ce qui concerne la population accueillie, il serait intéressant de dépasser la notion de CMUC et de pouvoir progressivement exploiter les données issues du score **EPICES** ou d'autres indicateurs..
- Les professionnels exerçant dans les centres de santé insistent sur leur pratique d'une **médecine globale et responsabilisante** : il serait très utile de vérifier deux éléments à partir de l'analyse de leur patientèle ; d'une part, le **nombre de consultations annuelles par patients suivis à lourdeur de pathologies comparable**, notamment sur **les ALD**, d'autre part le niveau des prescriptions (AT, taux de génériques) et la **consommation pharmaceutique de ces patients** (en valeur). Là encore c'est une étude qui peut être menée localement puisqu'il s'agit de partir, non pas de l'activité des médecins, mais d'une cohorte de patients facile à cibler (patients ALD et/ou patients CMU).
- Un dernier élément serait intéressant à suivre à partir de la patientèle, ce sont les options concernant le **médecin traitant** (combien de patients ont choisi un médecin de centre de santé pour médecin traitant ?) et le choix des **options conventionnelles** de coordination (combien de patients ont-ils signés l'option lorsque le centre le proposait ?)

CONCLUSION

Les centres de santé de santé disposent **d'atouts incontestables** face aux enjeux de notre système de santé, enjeux liés à la démographie médicale, au vieillissement de la population, à l'efficacité et à l'accès pour tous à des soins de qualité :

- une pratique systématique du tiers-payant et un engagement sur le respect des tarifs conventionnels qui facilite l'accès aux soins,
- des tarifs en matière de prothèses dentaires et d'orthodontie inférieurs en moyenne à ceux des libéraux,
- une implication de 30% supérieure à la médecine libérale pour l'accueil des patients éligibles à la CMU,
- une bonne insertion dans les réseaux de proximité,
- une sensibilisation à la maîtrise médicalisée,
- un plateau technique diversifié et compact simplifiant la prise en charge,
- une pratique ancienne de dossier unique du patient et de coordination des soins,
- une intégration des problématiques liées à la qualité,
- un projet médical souvent construit autour de thèmes de santé publique, de l'accès aux soins des plus défavorisés et de la prévention,
- une implication des usagers dans l'élaboration du projet,
- une pratique attractive pour les médecins, dont la rémunération en tant que salariés reste la plupart du temps liée à leur activité, avec un allègement des tâches administratives, un exercice collectif pluridisciplinaire et une meilleure maîtrise de leur temps de travail.

Pour autant, leur grande **hétérogénéité** en taille, en activité et en organismes gestionnaires, ne permet pas d'affirmer que tous ont un même niveau de projet médical et de référentiels qualité dans la mesure où cela ne fait pas partie aujourd'hui des obligations liées à leur agrément. De même leur participation à la permanence des soins reste très inégale sur l'ensemble du territoire.

Cependant l'ensemble des interlocuteurs rencontrés, DDASS, DRASS, URCAM et MRS, CPAM plaident pour le maintien, voir le développement de ces centres de part leur présence dans certains quartiers, leur approche santé publique, la garantie des tarifs conventionnels et les mécanismes du tiers-payant.

x x x

Si les centres dentaires équilibrent leurs comptes du fait de la possibilité d'ajuster leurs tarifs avec les actes hors nomenclature, et sont pratiquement les seuls à se développer, les autres centres rencontrent, presque tous, des **difficultés financières** que seules la taille et la diversification des activités parviennent à juguler.

Ces difficultés proviennent :

- **d'une part**, d'une transposition inexistante ou incomplète d'éléments de rémunération venant s'ajouter au paiement à l'acte dans les conventions libérales : non application du forfait de prise en charge des patients en ALD, du paiement des astreintes pour la permanence des soins, du bilan bucco-dentaire, des FSE ...; transposition non encore opérationnelle pour la prise en charge de la formation professionnelle et les aides à l'installation ; transposition non cohérente des aides sur l'informatisation et la prise en charge des cotisations sociales,
- **d'autre part** d'un financement pas toujours adapté pour les actions au long cours en ce qui concerne la prévention et la santé publique (participation aux réseaux , programmes d'accès aux soins...) et d'une sous-utilisation de l'option conventionnelle de coordination prévue dans l'accord national,
- **et enfin** d'une non reconnaissance des charges de structures et d'investissement liées au service rendu (accueil administratif, dispense d'avance de frais, normes architecturales, stérilisation ...)

La situation financière de ces centres les a quelquefois conduit à la fermeture et les maintient, lorsqu'il y ont échappé, dans une grande précarité, les rendant dépendants de subventions diverses. Le recrutement de nouveaux praticiens dans certaines disciplines comme la gynécologie, la radiologie, ..devient difficile, alors que celui des généralistes ne pose pas de problèmes majeurs. Le dispositif actuel, par ailleurs, ne permet pas de faire fonctionner le concept à l'échelle du monde rural.

X X X

Le rapport propose :

- en priorité **d'intégrer** dans l'accord national avec la CNAMTS les points de non transposition par rapport à la convention libérale, de mettre en place **l'instance de concertation** des centres de santé
- de les inclure , dans une planification des besoins en matière de soins ambulatoires et de permanence des soins, notamment pour les **zones fragiles** et les **zones urbaines sensibles**, dont la définition devra intégrer non seulement les questions de démographie en termes numérique mais aussi en termes de spécialistes et de secteur d'exercice ;
- de passer d'une procédure d'agrément à une **procédure d'autorisation** assortie d'une **contractualisation du financement** d'une partie de leur frais de structure (éventuellement par adossement à un hôpital local en milieu rural) et de leur implication dans la politique de santé publique, de prévention et d'accès aux soins ; sur ce point une expérimentation peut être conduite sur deux modèles économiques différents : l'un restant basé sur du paiement à l'acte complété par un forfait, l'autre basé sur un financement de type capitation ;

- d'expérimenter un **nouveau mode de rémunération** pour les médecins permettant un partage plus souple de leur exercice, avec le maintien d'une rémunération liée à l'activité et la forfaitisation de certaines actions ;
- de procéder en parallèle à un **approfondissement des études** avec la CNAMTS et quelques CPAM sur la consommation et les prescriptions comparées entre médecins généralistes et spécialistes exerçant en centres de santé ou en libéral, et permettant de juger de leur **efficience**.

L'intégration progressive, dans le dispositif, des **centres de santé du régime minier**, ainsi que **les projets de maisons de santé** qui se développent aujourd'hui, sans outils particuliers pour leur pilotage, constituent une véritable **opportunité** pour redéfinir le paysage des soins ambulatoires et ajuster l'offre de soins dans des zones relativement fragiles soit du fait de la démographie, soit du fait de l'état de santé et de l'âge des populations. Cette opportunité mérite des expérimentations ambitieuses et la fixation d'un cadre suffisamment souple pour dépasser les schémas préétablis et garder à cette redéfinition tout son sens et sa cohérence.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

COMITE NATIONAL DE LIAISON DES CENTRES DE SANTE (CNLCS)

Claudie GILLOT-DUMOUTIER (Présidente)
Marie-Odile DUFOUR (Vice-Présidente)
Dr Pierre BRODARD (Secrétaire général)
Dr David HOURI

FEDERATION DES MUTUELLES DE FRANCE (FMF)

Paul SABATINO, Roland WALGER

FEDERATION NATIONALE DE LA MUTUALITE FRANÇAISE (FNMF)

Union technique offre ambulatoire : Nadine RAFFY
Thierry PATTOU : Président de l'UNSAM
Didier GABRIEL : Mutualité d'Alsace
André BERNAT / Pierre COULOT : Languedoc Mutualité

CROIX-ROUGE FRANCAISE (CRF)

Olivier BRAULT, Directeur général - Pierre ABERGEL

CNAMTS

Juliette PICARD
Isabelle LIMOGES-LANDAIS
Nathalie SCHNEIDER

MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE (MSA)

Jean-Pierre LANCRY, Directeur Santé
Pascal VERRECCHIA, responsable du département « accès et offre de soins »
Joëlle LEFEVRE, sous-directrice

CAISSE AUTONOME DES MINES

Dr Jean-Louis HOURTOULE, médecin conseil national
Jean-Dominique TORTUYAUX, conseiller santé auprès du directeur

HAUTE AUTORITE EN SANTE

Dr Claudie LOCQUET

GMSIH (groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier)

Thérèse FICATIER, directrice de projet sur le système d'information des réseaux

AGENCE NOUVELLE DES SOLIDARITES ACTIVES

Morgan POULIZAC, chargé de mission

DELEGATION INTERMINISTERIELLE A LA VILLE

Catherine RICHARD – Département cohésion sociale -

URML

Alsace (Dr FELTZ)
Ile de France (Drs RUEFF et PRUDHOMME)
Nord-Pas-de-Calais (Dr RHEBY)
Rhône-Alpes (Dr DUREAU)

URCAM

Alsace : Joseph LOSSON /Marie-Paule GLADY
Franche-Comté : Dr François BAUDIER
Lorraine : Dr DEUTSCHER
Rhône-Alpes : Georges DORME
Languedoc – Roussillon : Dominique LETOCART

DRASS

Nord-Pas-de-Calais : Véronique YVONNEAU, Jean-Luc CABY, Pascale CABON
Ile-de-France : Pierre COURTEL
Alsace : Dr Françoise SCHAETZEL ; Dr SCHWARTZENRUBER
Lorraine : Me WILLAUME
PACA : Jean AVRIL

DDASS

Isère : Monsieur Jean-François JACQUEMET (INSPECTEUR)
Mayenne : Dr VEGAS (MEDECIN INSPECTEUR)

CPAM

Paris : Marie Renée BABEL, Danielle BEER
Toulon : Angèle COPETTI
Marseille : Geneviève FREYRA

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES

Huguette MAUSS

DHOS

Luc ALLAIRE
Guy NICOLAS
Marie-France GUERIN
Alexandra FOURCADE
Laurence NIVET
Chloé BATEAU
Jean MALIBERT

DGAS

Dr LARCHER

DSS

Jean-Philippe VINQUANT
Etienne CHAMPION
Isabelle FAIBIS

CENTRES DE SANTE

- CENTRE SAINT-VICTOR A PARIS 5EME
NATHALIE LE BIHAN (DIRECTRICE)
- CENTRE ENFANCE ET FAMILLE A PARIS 19EME
KATCHADURIAN (PRESIDENT) – DR SCHAHMANECHE
- CENTRES COSEM – MIROMESNIL (PARIS 8EME) ET ATLAS (PARIS 19EME)
DR LIEF (DIRECTEUR)
- CENTRE OPERA
DR BLEIN, ME MAESTRATI, ME CHADER
- CENTRE MUNICIPAL (CHAMPIGNY-SUR-MARNE)
DR LOPEZ (DIRECTEUR), DANIELLE GAUTHIER, MARIE-ODILE DUFOUR (maire-adjoint)
- CENTRE MUNICIPAL (GENEVILLIERS)
DR TYRODE (DIRECTEUR)
- CENTRES DE NANTERRE
DR ELGHOZI
- CENTRE DE LA CROIX-ROUGE (BOULOGNE-BILLANCOURT)
LOUIS DEYMIER (DIRECTEUR)
- CENTRE POLYVALENT DES MUTUELLES DE PROVENCE (MARTIGUES)
MAURICE BACCHI – ROLAND WALGER – JEAN-PIERRE SEGO
- CENTRE PAUP PARRET (MARSEILLE)
PAUL SABATINO
- CENTRES PAUL VALERY, 32EME ET EUROMEDECINE (MONTPELLIER)
PIERRE COULOT – ANDRE BERNAT
- CENTRE DE L' ABEJ (LILLE)
ROLANDE PAILLEUX – DR CHRISTIAN MATTON
- CENTRE DENTAIRE MUTUALISTE (LILLE)
- CENTRE DE SANTE MINIER (LIEVIN)
MR MARCHIONI, MR COUILLEZ
- CENTRES DE SANTE DE GRENOBLE (AGESCA) :
MARC NOYARET – DR PHILIPPE PICHON
- CENTRE DE RADIOLOGIE MUTUALISTE ET CENTRE DENTAIRE DE ROANNE
RENÉ FERRIER- MR MAESTRACCI - DR SAVY
- FONDATION DISPENSAIRE DE LYON
FRANCIS CONTIS, FRANCOIS MATRAT, DANIEL DURANTON
- CENTRE DE SANTE DE BELFORT
MARIE-PIERRE SOUKAINI, DR MARIE-PIERRE COLIN
- COMITE REGIONAL DES CENTRES DE SOINS INFIRMIERS DE FRANCHE-COMTE
ERIC VERNIER - CSI DE PONTDEROIDE
- CENTRE MGEN DE STRASGOURG
DR OLIVIER MEYER , JEAN-LOUIS ANDREAU
- CENTRE DENTAIRE MUTUALISTE DE STRASBOURG
DIDIER GABRIEL

MAISONS MEDICALES

- MMG DE BELLEVILLE SUR SAONE (DR DUVAL),
- MMG DE VENISSIEUX (DR DUREAU)
- MAISON MEDICALE DE RENAZE (DR GENDRY)
- FEDERATION DES MAISONS MEDICALES DE FRANCHE-COMTE (DR VUATTOUX)
- DR CATHERINE JUNG (QUARTIER DU NEUHOF A STRASBOURG)

HOPITAUX LOCAUX

- BELLEVILLE SUR SAONE (69) – JOSE FLEURY (DIRECTEUR)
- CRAON (53) – ANNIE RAVAILLAULT (DIRECTEUR)

INSTITUT THEOPHRASTE RENAUDOT

MARC SCHOENE, Président

FEDERATION DES MAISONS MEDICALES BELGES

JACQUES MOREL, Président

- MAISON MEDICALE DES MAROLLES
Dr DUPARC, BENEDICTE HANOT, JUDITH HASSOUN
- MAISON MEDICALE DE FOREST
BEATRICE DE COENE, DR DANIEL BURDET

LEXIQUE DES ABREVIATIONS UTILISEES

- ALD** : affection de longue durée
ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (remplacée par l'HAS)
ARH : agence régionale de l'hospitalisation
CME : commission médicale d'établissement
CRQCS : conseil régional de la qualité et de la coordination des soins
DIV : Délégation interministérielle à la Ville
DMP : dossier médical personnel
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DNDR : dotation nationale de développement des réseaux
EPP : évaluation des pratiques professionnelles
ETP : équivalent temps plein
FAQSV : fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville
FIQCS : fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FNASS : fonds national d'action sanitaire et sociale
FNMF : fédération nationale de la mutualité française
FSE : feuille de soins électronique
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité en santé
MSA : mutualité sociale agricole
MRS : mission régionale de santé
PIRES : protocole inter régimes d'examens spéciaux
PGRSP : programmes régionaux de santé publique
PRAPS : programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
RNOGCS : regroupement national des organisations gestionnaires des centres de santé
- Il regroupe huit organisations nationales :**
- CNLCS** : comité national de liaison des centres de santé
 - CRF** : Croix-Rouge française
 - FMF** : fédération des mutuelles de France
 - FNMF** : fédération nationale de la Mutualité française
 - REPSA** : religieuses présentes dans la santé
 - A Domicile** – Fédération nationale
 - ADMR** : Union nationale des associations de services à domicile
 - UNIOPSS** : Union nationale inter fédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
- SDF** : sans domicile fixe
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie
URML : union régionale des médecins libéraux

BIBLIOGRAPHIE

Documents papier

Note d'orientation de la DDASS de Mayenne sur les « maisons de santé » (octobre 2001)

Recensement et caractérisation des actions de prévention et d'éducation et autres pratiques spécifiques -- Nadine Raffy-Pihan, Marika Breton-Lefebvre, Marie-Odile Fratini – Mutualité Française - mars 2004.

Rapport public « Au possible nous sommes tenus. La nouvelle équation sociale », Commission Familles, Vulnérabilité, Pauvreté, La Documentation Française. Avril 2005.

Drees, *Etudes et résultats*, la durée des séances des médecins généralistes, n°481, avril 2006.

Les besoins de santé en France – méthode et résultats 2005 – Etude nationale URCAM – janvier 2007.

Thèses du Docteur Roland D'AMICO et du Docteur Jean-Charles VAUTHIER sur l'exercice de la médecine en milieu rural soutenues à la Faculté de médecine de Nancy (2006).

Rapports d'étude sur l'accès aux soins primaires en Grande-Bretagne, Québec et Catalogne – Marie-Françoise Guérin, Alexandra Fourcade, Guy Nicolas, Pierre Savin.(2007)

Rapports IGAS :

- rapport sur la situation des centres de santé (mars 1990)
- rapport sur les centres de santé (version anonymisée – novembre 1999)
- rapport sur la situation financière des centres de soins infirmiers (décembre 2006)
- rapport sur les dépassements d'honoraires médicaux (mars 2007)

Les élus et les programmes territoriaux de santé publique – *Bilan et perspectives des ateliers santé ville* – 27 janvier 2005 - Assemblée nationale - DIV

Questions d'économie de la santé n°122 – mai 2007 : améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France – Yann Bourgueil, Julien Mousquès, Anne Marek, Ayden Tajahmadi.

Questions d'économie de la santé n°123 – juin 2007 : état des lieux des maladies déclarées en France (enquête décennale INSEE 2002-2003) – Caroline Allonier, Stéphanier Guillaume, Catherine Sermet.

Maisons de santé rurales – audition du Président de la MSA devant le Conseil Economique et Social – 15 mars 2007.

Rapports d'activité des centres visités

CR-Rom

Démographie médicale en Mayenne (source DDASS de Mayenne)

Programme de santé publique (source DDASS de l'Isère)

Plan de recomposition de l'offre de soins du régime minier (source CARMI du Pas-de-Calais)

LETTRE DE MISSION

Le Directeur de Cabinet

Le Directeur de Cabinet

à

Madame Dominique ACKER,
Conseillère Générale des
Etablissements
de Santé

Mercre : LH/NH D 07 - 1571

Objet : mission sur les centres de santé

Rappel du contexte

En France, l'organisation de l'accès au système de santé et à l'offre de soins va être profondément modifiée dans les prochaines années du fait de la diminution attendue du nombre de médecins ainsi que de l'évolution inéluctable de leur mode d'exercice.

On observe d'ores et déjà dans certains territoires de santé des difficultés d'accès aux soins, soit du fait de l'absence de médecins généralistes et/ou spécialistes en nombre suffisant, soit du fait que cet accès est conditionné à un certain niveau de ressources (absence de secteur 1 et/ou de tiers payant), notamment pour les bénéficiaires de la CMU, soit encore parce que l'offre de soins de proximité ne garantit pas l'accès à la qualité.

Cette problématique se retrouve dans certaines **zones rurales isolées** qui se transforment petit à petit en déserts médicaux en raison de leur faible attractivité pour les jeunes médecins généralistes et de la concentration des compétences autour de plateaux techniques lourds, mais aussi dans certaines **zones urbaines périphériques** où l'accès aux soins se fait souvent à partir des services d'urgence et dans des conditions parfois inadaptées.

Par ailleurs, l'évolution des **aspirations des nouvelles générations** de médecins à renouveler leur mode d'exercice doit être prise en compte, que ce soit du fait de la féminisation de la profession, du choix de pratiques plus collectives et d'une démarche de santé plus globale ou encore d'un intérêt renouvelé pour le salariat. Cette évolution s'accompagne également d'une modification de la perception de la population dans ses relations à l'offre de soins.

Toutefois, il convient de tenir compte qu'il existe en France une offre de soins de proximité susceptible d'apporter des éléments de réponse à ces enjeux : hôpitaux locaux,

centres de santé, maisons médicales, cabinets de groupes... Mais ces réponses restent isolées, non coordonnées entre elles et sont souvent le fruit d'initiatives locales.

Objet de l'étude

L'étude qui vous est confiée doit permettre d'établir une **typologie générale** des structures d'offre de soins primaires (maisons médicales, centres de santé, cabinets de groupes, hôpitaux locaux...) et de préciser leurs modes de coopération.

Les **centres de santé** constituent cependant la cible principale de votre étude.

Vous en établirez une typologie précise à partir de l'analyse de leur **activité**, de leur mode d'**organisation** et de **financement** et notamment des raisons de leurs difficultés actuelles de fonctionnement.

Vous associerez à votre réflexion l'interlocuteur désigné à cet effet par le directeur général de la CNAMTS.

Votre rapport devra m'être remis 15 mars 2007.

Jean CASTEX