



## PROJET EPIDAURE-CDS

Evaluation de l'apport des centres de santé  
en termes d'accès aux soins  
et de réduction des inégalités de santé

### Principaux résultats

Yann Bourgueil, Julien Mousquès





## Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier vivement les nombreuses personnes qui ont participé au projet CDS-Epidaure:

Pour leur contribution active à la conception de cette évaluation ainsi qu'au suivi de son bon déroulement, nous tenons à remercier l'ensemble des promoteurs et participants au comité de suivi du projet Epidaure-CDS : Alain Michault pour le Centre d'Examen de Santé et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Bobigny, Alain Brémaud, Daniel Hermann, Richard Lopez, et Frédéric Villebrun pour la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS).

Nous tenons à remercier Ingrid Haller, de la FNCS, qui a assumé les tâches de secrétariat et notamment la relation avec les enquêteurs pour l'étude menée auprès des consultants en centre de santé.

Pour leur contribution aux échanges relatifs à l'évaluation ainsi qu'au bon déroulement du projet au sein de chaque centre, et notamment de l'enquête auprès des consultants, nous tenons à remercier l'ensemble des membres du comité de pilotage et les personnes référentes dans les centres : Anna Cruaud puis Julie Faucher pour l'AGECSA à Grenoble, Mireille Benoist pour l'ADMS à Paris, Marie-Pierre Colin et Marie-Pierre Soukaini pour Belfort, Cédric Cheymol pour Malakoff, Perrine Demeaux, puis Johan Verstraeten et Hélène Colombani pour Nanterre, Catherine Jeanne pour Gennevilliers, Alain Brémaud puis Karim Bédar et Marie-Hélène Serres pour la Courneuve, Denis Spindler pour Montreuil, Richard Lopez et Véronique Chartin pour Champigny-sur-Marne, Danièle Gilis et Sandrine Ollivier pour Ivry, Alain Beaupin et Noémie Hoffnung pour Vitry.

Nous tenons également à remercier l'ensemble des personnels des centres de santé de Belfort, Champigny-sur-Marne, Gennevilliers, Grenoble, Ivry, La Courneuve, Malakoff, Montreuil, Nanterre, Paris-ADSM, Vitry, qui nous ont accueillis pour l'enquête « structure », qui ont participé aux interviews, et surtout qui ont favorisé un bon déroulement de l'enquête auprès des consultants en centre de santé.

Ce projet a pu être mis en œuvre grâce à des cofinancements des institutions suivantes : le Haut Commissariat aux Solidarités Actives contre la pauvreté (HCSA), dans le cadre de l'appel à projet « expérimentations sociales » de l'année 2008 (APES 2008), le Conseil régional d'Ile-de-France et de Rhône-Alpes, le Conseil Général du Territoire de Belfort et de la Ville de Belfort, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Ile-de-France et les gestionnaires des centres.

Enfin, nous souhaitons remercier, au sein de l'Irdes :

- Paul Dourgnon, pour sa relecture attentive et ses commentaires fructueux sur le plan de sondage, ainsi que son aide précieuse dans la construction des pondérations dans les enquêtes « patients » du projet Epidaure-CDS et Soins et Protection Sociale de l'Irdes,
- Magali Coldefy pour la réalisation des cartes et Véronique Lucas-Gabrielli pour ses commentaires avisés pour l'analyse de l'implantation géographique des centres de santé,
- Pierre-Emmanuel Couralet pour l'extraction des données de l'assurance maladie pour l'analyse du recours aux soins,
- Thierry Rochereau, Nicolas Celant, Nelly Le Guen (EPAS) et Stéphanie Guillaume (ESPS), pour la mise à disposition des données de l'enquête ESPS et l'aide apportée,
- Franck-Séverin Clérembault, Khadidja Ben Larbi et Aude Sirvain pour la mise en page de ce rapport.

Les auteurs sont seuls responsables des traitements statistiques et des interprétations qui en sont issues.



# SOMMAIRE

<b>PREAMBULE.....</b>	<b>7</b>
<b>CONTEXTE .....</b>	<b>8</b>
<b>1. LES OBJECTIFS DU PROJET EPIDAURE-CDS.....</b>	<b>10</b>
1.1. L'objectif principal .....	10
1.2. Les objectifs spécifiques .....	10
<b>2. LA METHODE D'EVALUATION.....</b>	<b>10</b>
2.1. Le cadre d'analyse global .....	10
2.2. Les opérations de recherche .....	11
<b>3. L'ORGANISATION ET LA PRODUCTION DES SOINS DANS LES CENTRES DE SANTE</b>	<b>12</b>
3.1. Une enquête monographique auprès des Centres.....	12
3.2. Principaux résultats.....	12
3.2.1. Les centres de santé polyvalents : une histoire ancienne inscrite dans la ville pour faciliter l'accès aux soins .....	12
3.2.2. Une gamme de services très étendue et diversifiée .....	13
3.2.3. Des structures de soins complexes à appréhender sur le plan financier et aux modes de financement variables .....	13
3.2.4. Les rôles infirmiers et le secrétariat d'accueil : deux fonctions importantes .....	14
3.2.5. L'accessibilité aux soins : une localisation géographique adaptée, des tarifs facilitant l'accès aux soins mais une pratique hétérogène du tiers payant pour le ticket modérateur	14
3.2.6. Des amplitudes horaires et annuelles étendues .....	15
3.2.7. Permanence des soins : des situations très disparates.....	15
3.2.8. Des professionnels aux activités multiples qui coopèrent principalement de façon informelle.....	15
3.2.9. Un dossier médical commun rarement informatisé.....	16
3.2.10. Motivations professionnelles et difficultés rencontrées.....	16
3.2.11. Des lieux propices à l'innovation.....	16
<b>4. ANALYSE DE L'IMPLANTATION DES CDS PAR LA DEFINITION DES TERRITOIRES D'ATTRACTION ET LA DESCRIPTION DES POPULATIONS DESSERVIES</b>	<b>17</b>
4.1. Définition des zones d'attraction et caractérisation de la population desservie .....	17
4.2. Principaux résultats.....	17
4.2.1. Les centres de santé polyvalents desservent les territoires des communes .....	17
4.2.2. Les centres de santé polyvalents desservent des territoires où habitent des populations plus défavorisées en termes socio-économiques .....	18

<b>5. CARACTERISATION DE LA POPULATION RECORANT AUX CDS AU MOYEN DE L'ENQUETE EPIDAURE ET SA COMPARAISON A LA POPULATION GENERALE.....</b>	<b>19</b>
<b>5.1. Les enquêtes Epidaure 2009 et ESPS 2008.....</b>	<b>19</b>
<b>5.2. Principaux résultats.....</b>	<b>19</b>
5.2.1. <i>Les personnes recourant aux CDS sont socio-économiquement plus défavorisés           et ont un état de santé plus dégradé qu'en population générale.....</i>	<i>20</i>
5.2.2. <i>Une « sur-précarité » qui se concentre sur les bénéficiaires d'une autre assurance           complémentaire que la CMUC.....</i>	<i>21</i>
5.2.3. <i>Valeur ajoutée du score Epices à la compréhension de la santé et du recours           aux soins.....</i>	<i>23</i>
<b>6. CARACTERISTIQUES ET RECOURS AUX SOINS AMBULATOIRES      DES ASSURES DES CENTRES .....</b>	<b>24</b>
<b>6.1. Une comparaison entre les files actives des centres en 2007 et l'échantillon permanent       des assurés sociaux 2006.....</b>	<b>24</b>
<b>6.2. Principaux résultats.....</b>	<b>24</b>
6.2.1. <i>La part des recours exclusifs dans le CDS est variable selon les postes           de dépense et les centres de santé.....</i>	<i>25</i>
<b>6.3. Des dépenses moyennes proches mais une dispersion importante       selon le degré de « fidélisation/exclusivité » des personnes recourant aux CDS.....</b>	<b>25</b>
<b>6.4. La probabilité de recours à la médecine générale est plus importante en CDS       et associée à des dépenses moindres.....</b>	<b>26</b>
<b>6.5. Les patients des centres recourent moins à la médecine spécialisée.....</b>	<b>27</b>
<b>6.6. Les patients des centres recourent plus fréquemment aux soins infirmiers       avec des dépenses moins élevées.....</b>	<b>28</b>
<b>7. CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>29</b>

## PREAMBULE

Ce document rassemble les principaux résultats de l'ensemble de l'étude Epidaure, qui regroupe plusieurs opérations indépendantes successives ou concomitantes, faisant chacune l'objet d'un rapport spécifique.

Chaque opération apporte des éléments précis au regard des questions posées et des différents angles d'approches choisis : ceux des centres, des populations desservies et des patients accueillis.

Le lecteur qui souhaite explorer plus avant les méthodes, les analyses et notamment les tableaux de résultats qui ne sont pas présentés dans ce document, est donc invité à consulter ces rapports spécifiques.

Le lecteur pressé est invité à consulter directement la conclusion dans laquelle nous proposons une synthèse de l'ensemble des résultats. Celle-ci permet de répondre à l'objectif général et initial de l'étude : analyser la spécificité, dans l'offre de soins à l'échelle locale, des centres de santé médicaux et polyvalents (CDS) municipaux, publics ou associatifs, et déterminer si ces centres jouent un rôle particulier dans la réduction des inégalités sociales de santé, notamment en facilitant l'accès aux soins primaires pour les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale.

Comme dans toute démarche de recherche exploratoire, les travaux menés posent de nombreuses questions qui peuvent encore être approfondies par une exploitation secondaire des données et la prolongation de certaines explorations sortant du cadre de cette évaluation, et qui pourront être menées ultérieurement.

## CONTEXTE

Les centres de santé (CDS) sont des structures délivrant des soins en ambulatoire sans hébergement, et qui participent à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales (article L 6323-1 du code de la santé publique).

Les CDS ne sont pas des établissements de santé mais font l'objet d'un agrément par le préfet de région (arrêté) en fonction de critères pouvant varier selon les régions. Ils se voient ainsi délivrer un numéro d'identification au fichier national des établissements de santé (FINESS). Ils relèvent du code de la sécurité sociale pour le financement et sont régis par un accord national spécifique avec l'Assurance Maladie, transposé de celui de la convention nationale avec les médecins libéraux. Cet accord précise également les conditions de financement des activités de prévention. Les CDS tirent ainsi la majorité de leurs revenus du remboursement de leur activité de soins à l'acte ; ils peuvent néanmoins recevoir des fonds de la part d'autres financeurs (municipalité, association, mutuelles...). En contrepartie, ils sont soumis à deux obligations (article L 162-32 du code de la sécurité sociale) : faire bénéficier les assurés sociaux du tiers payant pour la dépense remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire, et respecter les tarifs conventionnels du secteur I.

On dénombre en France environ 1700 CDS (Acker 2007) recouvrant une grande hétérogénéité en ce qui concerne : le statut des gestionnaires des centres (associations, congrégations, communes, mutuelles) ; le statut du personnel (conventions collectives branche/secteur, fonction publique territoriale, accords locaux) ; le champ d'activité (médicaux, dentaires, infirmiers, polyvalents) ; la répartition sur le territoire. Ainsi les CDS médicaux et polyvalents (respectivement 29 et 357 d'après un recensement de la CNAMTS en 1995) sont concentrés sur un peu plus d'une vingtaine de départements répartis sur les régions de l'Ile-de-France, avec Paris et sa petite couronne, le Nord-Pas-de-Calais, les régions de l'Est, les régions Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Cote d'Azur. Ils sont principalement localisés en zones urbaines.

Le projet de recherche EPIDAURE-CDS, porté par la Fédération Nationale des centres de santé<sup>1</sup> (FNCS), a pour objectif principal d'analyser la spécificité, dans l'offre de soins à l'échelle locale, des centres de santé médicaux et polyvalents (CDS) municipaux, publics ou associatifs, et de déterminer si ces centres jouent un rôle particulier dans la réduction des inégalités sociales de santé, notamment en facilitant l'accès aux soins primaires pour les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale.

Le projet de recherche EPIDAURE – CDS a fait l'objet de financements des institutions suivantes : le Haut-Commissariat aux Solidarités Actives contre la pauvreté (HCSA), dans le cadre de l'appel à projet « expérimentations sociales » de l'année 2008 (APES 2008), le Conseil régional d'Ile-de-France et de Rhône-Alpes, le Conseil Général du Territoire de Belfort et de la

---

<sup>1</sup> La FNCS, promoteur de cette étude, est une association à but non lucratif (loi 1901) qui regroupe depuis près de cinquante ans les gestionnaires associatifs, municipaux et mutualistes de cent cinquante Centres de Santé (CDS) médicaux et polyvalents en France (la grande majorité des collectivités locales gestionnaires de CDS en région Ile-de-France y est adhérente).



Ville de Belfort, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Ile-de-France et des gestionnaires des centres.

La FNCS s'est associée au centre d'examens de santé de Bobigny pour la partie enquête mobilisant le score EPICES, et à l'Irdes pour l'ensemble de la démarche et des différents modules associés. La participation de l'Irdes s'inscrit dans son programme de recherche portant sur les soins primaires, et dans le cadre de l'équipe émergente PROSPERE (Partenariat de Recherche sur l'Organisation des soins de Premiers Recours) sur les formes d'organisation des soins en ambulatoire et leur performance.

Les éléments présentés dans cette synthèse sont développés de façon détaillée dans quatre rapports distincts. Après avoir décrit dans une première partie les objectifs et la méthode, nous présentons successivement les caractéristiques de l'organisation et du fonctionnement des CDS, de leur implantation géographique, et de leur patientèle en termes sociodémographiques et de recours aux soins.

# 1. LES OBJECTIFS DU PROJET EPIDAURE-CDS

## 1.1. L'objectif principal

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer le rôle spécifique des centres de santé dans la réduction des inégalités sociales de santé. Il s'agit notamment de mieux appréhender et valoriser les spécificités des centres de santé médicaux et polyvalents, municipaux et associatifs, en termes d'offre de soins, d'accessibilité sociale, de prise en charge pluridisciplinaire et pluri-professionnelle, d'actions de santé publique pour l'ensemble des habitants d'un territoire de proximité, et plus particulièrement pour les personnes en situation de précarité.

Dans une perspective plus méthodologique, il s'agit également d'élaborer et de tester une méthode d'évaluation, reproductible et généralisable, de l'adéquation de la réponse des centres de santé – qui constituent une des formes d'organisation en soins primaires – aux besoins de santé des populations, notamment pour des personnes précaires.

Cette évaluation porte sur un échantillon de 21 centres de santé (CDS) dépendant de 11 centres de gestion (CDG) et couvrant une population d'environ 750 000 habitants.

## 1.2. Les objectifs spécifiques

1. Décrire l'implantation géographique et la zone d'attraction des CDS.
2. Décrire la nature des soins et services proposés (prévention, promotion de la santé, coordination des soins), les modalités d'organisation des CDS, notamment pour déterminer de quelle manière ceux-ci facilitent l'accès aux soins.
3. Décrire les caractéristiques des patients recourant aux CDS, d'un point de vue sociodémographique mais aussi en regard de leur précarité et/ou de leur vulnérabilité sociale au moyen du score EPICES.
4. Evaluer l'activité et les coûts par le biais des données de consommation de l'assurance maladie.

# 2. LA METHODE D'EVALUATION

## 2.1. Le cadre d'analyse global

L'évaluation, de type cognitive endo-formative, a pour objectif de produire de la connaissance sur les centres de santé étudiés, et contribue également à placer les centres et leurs responsables dans un processus réflexif sur leurs rôles et activités. A ce titre, l'évaluation a été élaborée en concertation étroite avec les centres de santé dont les représentants participaient tous au comité de pilotage. Ce comité a discuté et validé les choix méthodologiques de l'évaluation, ainsi que les résultats.

Le cadre d'analyse comprend les dimensions d'analyse de l'environnement, la caractérisation des structures, la description des processus de travail, la description des populations en termes sociodémographiques, ainsi que leur consommation de soins. Il s'inspire des modèles classiques

Étude Epidaure – Evaluation de l'apport des centres de santé en termes d'accès aux soins et de réduction des inégalités de santé

d'évaluation des organisations de soins et des programmes de santé, et associe des approches qualitatives et quantitatives permettant d'explorer les hypothèses posées en termes de liens entre implantation, modalités d'organisation des CDS et accessibilité aux soins, notamment pour les populations précaires ou vulnérables. Plus précisément, les dimensions explorées font l'objet des modules spécifiques suivants.

1. L'environnement, qui comprend l'analyse de l'implantation des CDS et la caractérisation de la population résidant dans les territoires desservis par les centres de santé
2. L'organisation des soins et services que constituent les CDS, comprenant:
  - a. les caractéristiques des structures : histoire, projet d'activité, organisation (gamme des soins et services offerts, horaires d'ouverture, gouvernance), le financement, le système d'informations, l'articulation avec la politique de la ville...
  - b. les processus de travail : au sein des centres et avec leur environnement,
  - c. une analyse de l'activité en médecine générale et une étude des coûts pour l'assurance maladie (régime général) : nombre de patients suivis, coûts des prises en charge.
3. La description des patientèles : les populations qui recourent aux CDS sont-elles plus précaires qu'en population générale ? Ces populations consomment-elles différemment de la population générale ? voire à niveau de précarité équivalente ?

Pour chacune de ces composantes, une ou plusieurs sources de données sont mobilisées : d'une part, des méthodes qualitatives pour l'analyse des organisations et de la production de soins et, d'autre part, des méthodes quantitatives pour la description de l'environnement et des résultats en termes d'accessibilité aux soins des populations précaires (voire de consommation de soins).

Au final, le projet s'appuie sur quatre grandes opérations de recherche distinctes et complémentaires.

## 2.2. Les opérations de recherche

**Une enquête monographique** réalisée en 2009 dans chaque centre, comprenant la réponse à un questionnaire structure détaillé, complété d'une visite sur site par deux chercheurs.

Chaque centre a ensuite fait l'objet d'une monographie selon un plan type validé par les responsables des centres.

**La définition des zones d'attraction** des centres de santé à partir du géocodage, à l'échelon des IRIS, des adresses des files actives de consultants en médecine générale et en dentaire pour l'année 2007. La population et l'offre de soins des zones d'attraction sont décrites dans un second temps à partir des données du recensement général de la population (année 2006).

**La description de la population et la mesure des recours et des dépenses de santé** des personnes affiliées au régime général ayant recouru au moins une fois au centre en 2007, quel que soit le motif.

**La description de la population recourant aux centres** en 2009 en médecine générale et en dentaire par une enquête réalisée auprès des 21 CDS entre mars et juin 2009.

Chaque opération a fait l'objet d'un rapport détaillé dont sont issus les principaux résultats que nous présentons ici successivement, la synthèse globale se trouvant en conclusion.

### **3. L'ORGANISATION ET LA PRODUCTION DES SOINS DANS LES CENTRES DE SANTE**

#### **3.1. Une enquête monographique auprès des Centres**

L'enquête réalisée par questionnaire en 2009, associée aux visites auprès des centres, ont permis de décrire :

- 1) L'histoire, le projet et la gamme des services proposés au sein du centre de santé
- 2) L'accessibilité : géographique (implantation géographique, cf. module en supra), financière (pratique du tiers payant pour la partie obligatoire et complémentaire ; tarif conventionnel ; tarifs pour les actes hors nomenclature et notamment en dentaire), dans le temps (horaires et périodes d'ouverture, urgences et permanences des soins) et en termes d'organisation (accueil avec ou sans rendez-vous ; adaptation aux populations particulières...)
- 3) Les professionnels de santé travaillant au sein du CDS et leur organisation de travail :
  - a. interne : ressources humaines, travail en équipe, temps d'échange ;
  - b. externe : intégration et liens formalisés avec la communauté
- 4) Les moyens et équipements, le système d'information médicale et l'informatisation, avec son niveau de partage et d'intégration, ainsi que certaines informations relatives au financement des CDS.

#### **3.2. Principaux résultats**

##### **3.2.1. Les centres de santé polyvalents : une histoire ancienne inscrite dans la ville pour faciliter l'accès aux soins**

Les 21 centres de notre échantillon sont regroupés au sein de 11 structures gestionnaires correspondant à 11 communes différentes. Anciens pour la plupart, ils ont entre 36 et 110 ans, la moyenne étant de 55 ans. Pratiquement tous les centres ont été conçus comme un moyen d'offrir des soins à la population, dans un contexte de pénurie médicale. De nombreux centres ont été créés avant ou juste après la deuxième guerre mondiale, à une époque où l'assurance maladie n'existait pas encore et pendant laquelle les médecins libéraux, comme les services techniques, n'étaient pas facilement accessibles aux populations ouvrières. Les centres créés à la fin des années 1970 et au début des années 1980 sont conçus également pour apporter des soins aux populations vivant dans les quartiers en développement, mais ils s'inscrivent plutôt dans une approche communautaire de la médecine et ne proposent pas de service d'imagerie, ou un plateau doté de multiples spécialités. En cela, ils sont assez proches de cabinets de groupes ou des actuelles maisons de santé.

Les CDS, municipaux ou associatifs, ont tous formalisé un projet d'activité, à l'inscription territoriale forte, allant parfois jusqu'à l'intégration dans la politique de la municipalité, dans une logique populationnelle. Ils hébergent généralement des services publics de prévention, notamment de dépistage, et mènent de nombreux projets de prévention et d'intervention dans la communauté en articulation avec la politique municipale et régionale. En outre, comme l'a montré l'étude géographique (cf. infra), ils sont généralement implantés dans des zones

défavorisées économiquement mais également en termes densité médicale et paramédicale à l'échelon de la commune<sup>2</sup>.

### **3.2.2. Une gamme de services très étendue et diversifiée**

Les CDS proposent dans leur majorité une offre de soins large et diversifiée. Si l'activité de médecine générale est toujours présente dans le centre, elle est parfois peu développée au regard de l'ensemble des services offerts (imagerie, biologie, dentisterie, planning familial, soins infirmiers à domicile, kinésithérapie...). Parallèlement aux soins ambulatoires, ils développent tous, à l'exception d'un seul centre, des actions de dépistage, de prévention et de promotion de la santé dans et hors les murs.

La taille des centres peut également varier considérablement. On dénombre, selon les centres, de 18 (centre de Belfort) à 200 (centre de Gennevilliers) personnes employées, la moyenne étant de 86. L'emploi à temps partiel est majoritaire, notamment pour les médecins spécialistes, ce qui explique le grand nombre de personnes employées. Enfin, il est également important de noter que les médecins généralistes peuvent être très nombreux pour un faible nombre d'ETP (jusqu'à 10 MG pour deux ETP). C'est notamment le cas des centres de santé qui ont une gamme de soins très étendue et qui offrent un grand nombre de spécialités médicales.

### **3.2.3. Des structures de soins complexes à appréhender sur le plan financier et aux modes de financement variables**

Les informations relatives aux bilans financiers, recherchées dans l'enquête monographique, ont été particulièrement difficiles à collecter. De fait, pour de nombreux centres municipaux, ces informations sont particulièrement complexes à recueillir, voire ne sont pas disponibles en l'état sans retraitement comptable. En effet, plusieurs centres de santé sont assimilés du point de vue comptable à un service de la mairie et ne bénéficient pas de ce fait d'une comptabilité propre. Pour d'autres, de nombreuses activités comme l'informatique, l'entretien, le gardiennage, la sécurité ou l'accueil des patients sont assurés par des employés de la mairie mis à disposition. Les comptes du centre ne comprennent alors pas les coûts de ces services. Seuls les centres associatifs ont une comptabilité propre.

L'éventail des budgets pour l'année 2007 reflète cependant assez bien l'éventail des tailles des centres, avec un minimum de 1,5 millions d'euros pour le centre de Belfort et un maximum d'environ 6 millions pour le centre de Gennevilliers. L'éventail des sources de recettes est également très divers. Certains centres ont une ressource principale qui leur provient de l'activité clinique, comme le centre associatif de Paris, et d'autres bénéficient de nombreux financements en lien avec des actions de santé publique (GRSP, FASP, DRASS etc...), ainsi que de subventions municipales. La part de l'activité clinique (recettes assurance maladie correspondant aux actes) dans le budget s'étend de 41 % pour le centre de Vitry à 100% pour celui de Paris.

---

<sup>2</sup> Il est possible que la sous densité en médecins spécialistes puisse s'expliquer dans certains cas par le fait que la présence précoce de médecine spécialisée ait pu dissuader les médecins libéraux de s'installer. La sous densité étant dans ce cas autant un effet de la présence du centre de santé qu'une raison de son installation.

### **3.2.4. Les rôles infirmiers et le secrétariat d'accueil : deux fonctions importantes**

Le pôle infirmier est généralement une plaque tournante dans l'organisation du centre. Le champ de compétences des infirmières mobilisées dans les centres est vaste. Elles peuvent intervenir dans le cadre d'un service de soins infirmiers à domicile, et sont alors en interaction avec l'ensemble des médecins libéraux installés sur leur zone d'intervention. Il est également assez courant qu'elles soient mobilisées en soutien de l'équipe médicale pour la réalisation de certains actes (électrocardiogramme, médecine du sport et en médecine générale en cas d'urgence, pose d'holter cardiaque, assistance en cas de suture, pansements, vaccinations, éducation du patient diabétique). Elles sont parfois très impliquées dans la gestion des sans rendez-vous (réponse à la demande, voire régulation) et dans les actions de promotion et d'éducation à la santé à l'intérieur et en dehors des centres.

Une autre activité essentielle des CDS est le secrétariat, qui comprend l'accueil téléphonique et physique, la prise de rendez-vous, ainsi que le règlement et la gestion des dossiers patients. La stabilisation du personnel d'accueil est un enjeu essentiel qui dépend également de la latitude de la direction du centre à recruter et former le personnel, parfois embauché directement par la municipalité.

### **3.2.5. L'accessibilité aux soins : une localisation géographique adaptée, des tarifs facilitant l'accès aux soins mais une pratique hétérogène du tiers payant pour le ticket modérateur**

Les centres sont généralement très accessibles (métro, arrêts de bus), les centres municipaux étant les seuls signalés au sein de la ville. Tous ne permettent pas le déplacement des personnes à mobilité réduite, principalement en raison de la vétusté des installations.

Quand plusieurs centres sont répartis dans la même commune (Grenoble, Montreuil, Champigny-sur-Marne, Nanterre, Malakoff...), des antennes sont implantées dans les parties les moins accessibles de la commune ou auprès des populations les plus défavorisées. Les centres sont alors complémentaires, les patients pouvant circuler entre les deux lieux de consultation.

En termes financiers, les CDS ont tous mis en place des mesures facilitant l'accès aux soins, par le biais du tiers payant pour la dépense remboursée par l'assurance maladie obligatoire, du respect des tarifs conventionnels du secteur I, de l'accueil aux patients sans droit et d'une importante activité sociale s'appuyant principalement sur les partenaires locaux (de l'aide à l'ouverture de droits jusqu'à l'accompagnement social).

En outre, les CDS qui ont une activité dentaire ont le plus souvent mis en place des dispositifs visant à faciliter l'accès aux soins : tarifications « basses », échelonnement des paiements.

En revanche, la politique en termes d'application du tiers payant pour la partie complémentaire est beaucoup plus hétérogène. Certains CDS ayant même une pratique très restrictive en la matière, le partenariat avec les assureurs privés lucratifs étant refusé.

Il est à noter que les patients doivent généralement régler leur consultation avant de voir le médecin, ce qui peut constituer un frein à l'accès. Les personnes rencontrées dans les centres de santé ont néanmoins confirmé que la pratique est de faire des actes gratuits lorsque le patient n'a pas de droit ouvert.

### 3.2.6..Des amplitudes horaires et annuelles étendues

Les CDS sont ouverts sur des plages horaires relativement larges. En moyenne, un centre de santé est ouvert 51 heures par semaine. Tous les centres de santé sont ouverts toute l'année, à l'exception du centre Barbusse à Malakoff et des centres de santé de Nanterre qui ferment 4 semaines par an.

Pour l'ensemble, les centres de santé sont ouverts 11 demi-journées par semaine et sont fermés le midi. Néanmoins, certains essaient de s'adapter aux horaires de la population et ouvrent quelquefois dans la semaine à l'heure du déjeuner.

### 3.2.7. Permanence des soins : des situations très disparates

La participation à la permanence des soins est dans l'ensemble peu développée pour tous les centres de santé. Bien souvent, il s'agit de problèmes réglementaires ou législatifs qui sont évoqués, en lien avec le statut de salarié des médecins généralistes des centres et les modalités de rémunération de la permanence des soins conçues pour des médecins libéraux. Des arrangements locaux semblent pourtant exister, ce qui conduit à des situations contrastées. Alors que certains centres sont très investis dans les services de gardes, d'autres n'ont aucune participation.

Seuls trois CDS participent à la permanence des soins (Vitry, Belfort, Gennevilliers) même si certains médecins d'autres centres peuvent y participer à titre individuel.

### 3.2.8. Des professionnels aux activités multiples qui coopèrent principalement de façon informelle

Dans tous les centres de santé, les médecins que nous avons rencontrés mettent en avant la facilité du travail en équipe. Les médecins, généralistes et spécialistes, déclarent échanger autour d'un patient de façon occasionnelle et informelle, dans le couloir ou à la pause déjeuner. Ils n'hésitent pas à s'appeler lors d'une consultation pour avoir un avis. De même, il est ressorti que les médecins généralistes n'hésitent pas à demander les avis des infirmières pour les plaies ou celui des kinésithérapeutes pour la rééducation. Les échanges sont donc principalement informels. Ils peuvent être également limités en raison des temps partiels nombreux et des temps de présence relativement brefs, notamment pour les médecins spécialistes.

Les centres de santé développent tous des activités de santé publique<sup>3</sup>. Les médecins généralistes assurent généralement, en sus des consultations de médecine générale, des consultations de vaccination, de dépistage anonyme et gratuit du SIDA (CDAG), d'information, de dépistage, de diagnostic et de traitement des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST), de lutte anti-tuberculeux (CLAT). L'activité infirmière peut être très diversifiée et comprendre des activités de soins au domicile, ou dans le centre, une fonction de triage, la participation aux actions de prévention dans le cadre du planning familial, des actions d'éducation thérapeutique ou auprès de la communauté dans le cadre d'actions municipales.

---

<sup>3</sup> Une activité de santé publique, s'adresse à la population hors consultation dans le cadre d'un programme ou d'une intervention. Cette activité fait généralement l'objet d'un projet, d'une animation, d'un pilotage et d'un financement spécifique.



### 3.2.9. Un dossier médical commun rarement informatisé

Dans tous les centres de santé, le dossier médical est commun à l'ensemble des spécialités médicales. D'une manière générale, il est présent sous format papier. La continuité de l'information entre les différents intervenants est donc garantie par ce dossier commun dont le classement et l'archivage nécessite un personnel dédié. Selon les centres de santé, le degré de partage du dossier médical entre les professionnels de santé varie. Enfin, pour les rares centres de santé qui sont informatisés, le dossier est commun à l'ensemble des professionnels, mais avec des limitations de l'accès selon les professions.

L'informatisation concerne principalement les fonctions administratives comme la prise de rendez-vous, ainsi que le paiement et la gestion du tiers payant. Tous les centres de santé ne disposent pas encore d'équipement informatique à l'usage des professionnels de santé. Pour les centres municipaux, l'informatisation est généralement dépendante de la politique et des services informatiques de la ville. Il n'y a pas nécessairement de DIM (Département d'Information Médicale) dans le centre et le service est souvent assuré par un informaticien commun à tous les services de la ville. En général, ce sont les médecins chefs qui supervisent l'informatisation. Lorsque le dossier médical commun est en place, il permet un meilleur suivi des patients et donne la possibilité d'évaluer les pratiques, activité qui a été réalisée dans le centre de Belfort uniquement.

### 3.2.10. Motivations professionnelles et difficultés rencontrées

Les motivations pour l'exercice en CDS relatées par les personnes rencontrées sont l'attrait pour l'exercice collectif, la garantie de disposer d'un revenu fixe mensuel et de se consacrer au maximum sur son temps de travail à des tâches médicales, sans tâches de comptabilité ou de secrétariat. La relation d'argent avec le patient est absente de la consultation et peut également constituer une motivation à cette forme d'exercice. Que le patient puisse payer ou non, il est traité de la même manière par le médecin. Les horaires sont également relativement fixes. Dans certains centres, 90% du personnel sont des femmes. Pour beaucoup d'entre elles, le confort du statut de salarié leur permet de gérer convenablement leur vie de famille et leur travail.

Une vocation sociale ressort dans nombre de témoignages. Les actions de prévention sont parmi les éléments attrayants qui ont été cités à plusieurs reprises, aussi bien par les médecins que par les paramédicaux. Enfin, tous les professionnels de santé interrogés se disent satisfaits ou très satisfaits du matériel et des équipements mis à leur disposition. Généralement, on retrouve dans les centres de santé la même technicité et le même matériel qu'en exercice libéral.

Plusieurs points négatifs ont toutefois été mentionnés, tels que la faible évolution salariale : le salaire est attractif pour les jeunes médecins mais l'est beaucoup moins pour les anciens, dans de nombreux centres. Enfin, l'importance du temps partiel peut constituer un frein à la coopération, certains médecins ne se croisant que très rarement dans l'enceinte du centre de santé.

### 3.2.11. Des lieux propices à l'innovation

Enfin, les centres de l'échantillon sont pour la plupart des lieux d'innovation continue, aussi bien dans le domaine des actions de santé publique (actions de prévention, interventions auprès de publics particuliers) que des pratiques (rétinographie, éducation thérapeutique, protocoles spécifiques pour des groupes de patients fragiles...).



## 4. ANALYSE DE L'IMPLANTATION DES CDS PAR LA DEFINITION DES TERRITOIRES D'ATTRACTION ET LA DESCRIPTION DES POPULATIONS DESSERVIES

### 4.1. Définition des zones d'attraction et caractérisation de la population desservie

La caractérisation de la population desservie par les centres a été réalisée en plusieurs étapes. La **première étape**, « l'irisage », a consisté à géocoder au niveau de l'Iris (Ilots regroupés pour l'information statistique) les adresses des patients ayant eu recours aux 21 centres de santé inclus dans l'étude au moins une fois dans l'année 2007. La **deuxième étape** a consisté à créer une zone d'attraction réunissant les Iris les plus représentés parmi la patientèle des centres de santé. Nous avons choisi de construire une zone d'attraction en sélectionnant les Iris ayant les taux de pénétration les plus élevés et englobant 70 % de la patientèle. La **dernière étape** a consisté à décrire la zone d'attraction ainsi définie avec des indicateurs agrégés au niveau de l'Iris pour chaque centre en cherchant à caractériser les populations des zones d'attraction ; celles-ci étaient comparées avec des données relatives à la commune, à la région et à la France entière sur un ensemble de variables des Iris permettant de caractériser la population en termes de structure familiale, d'emploi et de catégorie socio-professionnelle, de niveau d'éducation, de conditions de logement et de moyens de transports.

### 4.2. Principaux résultats

#### 4.2.1. Les centres de santé polyvalents desservent les territoires des communes

Quelques faits se dégagent après une première analyse globale des zones d'attractions et de leur caractérisation.

Les centres municipaux ont en très grande majorité une zone d'attraction qui recouvre presque exactement la commune. Quand il y a plusieurs centres, l'association de leurs zones d'attraction recoupe l'ensemble de la commune.

Les centres associatifs, en général inclus dans la commune, reflètent une implantation de quartier et constituent une offre de soins de proximité.

On retrouve bien le projet politique communal et sa mise en œuvre effective à l'échelon de ce territoire.

Les centres de santé jouent un rôle d'offre de soins de proximité, notamment en médecine générale. Les zones d'attractions recouvrent des nombres d'Iris différents, allant de 6 à 37. Les tailles des populations couvertes vont de 15 000 à 87 000 pour le centre de Paris (moyenne 40 000, écart-type 20 000).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la diversité des tailles des zones d'attraction et devront faire l'objet d'une analyse plus approfondie. On peut penser à un effet de facilité de transports, l'effet d'une stratégie d'ouverture à des populations en dehors de la commune (cas des centres associatifs), mais également un effet de l'offre environnante (densité et secteur d'exercice aussi bien en médecine qu'en dentaire) et/ou une orientation des centres de santé vers des populations particulières (précaires).

Les centres dentaires couvrent en générale des zones d'attraction, plus étendues que les centres de médecine générale. Les zones d'attractions recouvrent des nombres d'Iris différents, allant de 8 à 69. Les tailles des populations couvertes vont de 21 000 à 180 000 pour le centre de Paris (moyenne 60 000, écart-type 45 000). La population habitant dans ces zones paraît moins défavorisée.

#### **4.2.2. Les centres de santé polyvalents desservent des territoires où habitent des populations plus défavorisées en termes socio-économiques**

L'analyse des caractéristiques des populations habitant dans les Iris des ZA montre des populations desservies qui sont soit identiques à la commune, et dans ce cas en général plus défavorisées que le département et a fortiori la région (Ivry, Vitry, Malakoff, Nanterre, Montreuil), soit des populations plus défavorisées par rapport aux populations des communes, les centres de santé ayant été installés pour ces populations, ou plus précisément dans des quartiers qui se sont paupérisés comme dans la ville neuve de Grenoble.

Les centres de l'échantillon ont des territoires d'attraction qui couvrent globalement des populations plus défavorisées selon les indicateurs du recensement.

Sur ces territoires, l'offre de soins alternative est présente mais avec une densité inférieure à la moyenne nationale. La représentation cartographique met en évidence une offre de soins primaires moindre sur le territoire de la commune.

La localisation des centres de santé et les caractéristiques des habitants de la zone d'attraction placent les centres en situation d'accueillir en proximité des populations défavorisées.

## **5. CARACTERISATION DE LA POPULATION REOURANT AUX CDS AU MOYEN DE L'ENQUETE EPIDAURE ET SA COMPARAISON A LA POPULATION GENERALE**

### **5.1. Les enquêtes Epidaure 2009 et ESPS 2008**

La description des patients qui recourent aux CDS, notamment en termes de précarité et de vulnérabilité sociale, s'appuie sur une enquête sociodémographique réalisée auprès d'un échantillon d'un peu plus de 17 000 patients de 18 ans et plus ayant recouru à la médecine générale et/ou à l'omnipratique dentaire entre mars et juin 2009. Nous comparons leurs caractéristiques à celles observées chez les personnes majeures en population générale, disponibles dans l'Enquête soins et protection sociale (ESPS) de l'Irdes 2008.

Le niveau de précarité des personnes recourant aux centres de santé a été évalué au moyen du score EPICES (Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examens de santé) développé par le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (Cetaf). Ce score a été administré simultanément dans les enquêtes « patients » 2009 du projet Epidaure-CDS et ESPS 2008.

Le plan de sondage de l'enquête « patients » 2009 du projet Epidaure-CDS, propre à chaque CDS, comprenant le calcul du nombre de personnes à enquêter recourant aux centres, ainsi que le mode de passation des questionnaires et la nature des redressements statistiques à mettre en œuvre ont été réalisés par l'équipe de l'Irdes et validés par le comité de pilotage du projet. Le questionnaire, standardisé, a été administré en face-à-face par 30 enquêteurs formés par l'équipe projet.

Les données caractérisant les personnes recourant aux centres de santé en population générale sont issues de l'enquête ESPS 2008 et de son appariement à l'EPAS 2008. Elles ont été mises à disposition du projet par l'Irdes, et seuls les redressements statistiques liés aux traitements de la non-réponse à des parties du questionnaire dont nous avons besoin pour calculer le score Epices, ont été réalisés par l'équipe de recherche travaillant sur le projet Epidaure-CDS

### **5.2. Principaux résultats**

Au final, 14 843 patients ont accepté de répondre au questionnaire auxquels correspondent 20 620 recours aux centres de santé, soit des taux respectifs de participation de 86 % et 88 %. En médecine générale, ce sont 10 051 patients et 13 046 recours (soit des taux de participation de 87 % et 88 %), et en omnipratique dentaire 4 792 patients et 7 574 recours (soit des taux de 86 % et 88 %).

La comparaison à la population générale s'appuie sur un sous-échantillon de l'enquête santé protection sociale (ESPS) 2008, comprenant 11 903 individus majeurs, dont 9 970 déclarant recourir à la médecine générale, pour 41 027 recours réalisés. Ont été appariés à l'Echantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) 5 016 individus pour lesquels sont observés 31 429 recours à la médecine générale en 2008.

La population des personnes recourant aux CDS en médecine générale, dont les séances enquêtées ont été effectives, est comparée à celle de la population générale pour laquelle au moins une séance en médecine générale a été observée dans les données de remboursement de l'Assurance maladie (données appariées EPAS-ESPS).

### **5.2.1. Les personnes recourant aux CDS sont socio-économiquement plus défavorisées et ont un état de santé plus dégradé qu'en population générale**

Comparativement à la population générale consultant un médecin généraliste, les patients recourant aux CDS en médecine générale sont plus fréquemment des femmes (59 % en CDS contre 55 % dans ESPS), sont en moyenne légèrement plus jeunes (45 contre 48 ans) et ont un niveau d'éducation moins élevé (21 % ont un diplôme de niveau équivalent ou supérieur à deux années après le baccalauréat contre 24 %).

Ils sont également plus nombreux à se déclarer inactifs (53 % contre 39 %) et, quand ils sont actifs, à se déclarer actif à temps partiel (22 % contre 17 %) et de façon subie (57 % contre 44 %). Les employés sont nettement plus nombreux parmi les personnes recourant aux CDS (31 % contre 22 %), et les ouvriers nettement moins nombreux par rapport aux employés (6% contre 20%).

Les patients recourant aux CDS sont moins nombreux à bénéficier d'une assurance maladie complémentaire (77 % contre 95 %), et, lorsque c'est le cas, plus nombreux à en bénéficier au titre de la CMU-C (16 % contre 6 %) et, inversement, moins nombreux à bénéficier d'une assurance maladie complémentaire autre que la CMU-C (84 % vs 94 %).

Enfin, 46 % des enquêtés dans les CDS déclarent un état de santé moyen à très mauvais contre 29 % en population générale.

Comparativement aux patients qui recourent aux CDS en médecine générale, et non plus en population générale, les patients recourant au dentaire ne se distinguent pas en termes de sexe et d'âge. En revanche, ils sont moins nombreux à avoir un niveau d'éducation élevé (16 % à avoir un diplôme de niveau équivalent ou supérieur à deux années après le baccalauréat) ; les actifs sont moins nombreux à se déclarer actifs à temps partiel (19 %) et les employés nettement plus nombreux (35 %). En termes d'assurance maladie complémentaire, la proportion de bénéficiaires d'une complémentaire est plus élevée (80 %), mais la proportion de bénéficiaires de la CMU-C est similaire. Enfin, ils semblent se percevoir en meilleure santé que les patients recourant à la médecine générale car seuls 41% déclarent un mauvais état de santé.

Nous observons également par l'analyse multivariée que le fait d'être une personne recourant à un CDS, plutôt qu'en population générale, augmente le score de précarité - en considérant la précarité comme un continuum allant de 0 à 100 - de 12 points de pourcentage dans l'absolu, et de 7 points, *ceteris paribus*<sup>4</sup>.

Comme cela a déjà été montré, nous observons en outre que le fait de se déclarer actif inoccupé ou appartenant à des catégories socioprofessionnelles moins favorisées (ouvrier, employé,

---

<sup>4</sup> L'analyse multivariée contrôle de l'âge, le sexe, le diplôme, le statut actif/inactif, la CSP et l'état de santé déclaré.

agriculteur) et ayant un niveau d'éducation moins élevé comme un mauvais état de santé, augmentent significativement le score de précarité.

Dès lors que l'on aborde la précarité non plus de façon continue mais de façon binaire, en associant l'état de « précarité » à un score Epices supérieur ou égal à un seuil de 30,17 (seuil retenu par le Cetaf), on constate que les personnes recourant aux CDS ont une probabilité d'être considérées comme précaires de 26 points de pourcentage supérieur à la population. Toutes choses égales par ailleurs, elles ont, quel que soit le centre de gestion ou de santé, une probabilité d'être considérées comme précaires de 21 points de pourcentage supérieur à la population générale. Ces résultats varient entre 9 et 28 points de pourcentage supplémentaire selon les centres de santé.

L'ampleur de l'écart de la probabilité d'être considéré comme précaire entre les CDS et la population générale, ainsi qu'entre les CDS, est modifiée dès lors que l'on analyse la probabilité d'être dans une précarité plus « grande », c'est-à-dire la probabilité d'avoir un score Epices supérieur ou égal au seuil correspondant au dernier quintile du score dans la population. La probabilité d'être « très précaire » est plus importante dans les centres de santé, mais seulement supérieure de 12 points. L'analyse par centres montre alors que la probabilité d'être « très précaire » n'est significativement pas plus importante, relativement à la population générale, à la Courneuve et pour deux CDS grenoblois (Les Géants et Mistral). Pour les autres CDS, les écarts sont compris entre 6 points et 18 points de pourcentage.

Cette dernière analyse montre que le choix du seuil de précarité masque le caractère continu de ce phénomène et questionne l'usage du score en pratique clinique, notamment la définition du bon seuil d'alerte. En outre, la question de l'adéquation de la réponse apportée à ces populations considérées comme précaires, c'est-à-dire de la qualité des soins et services offerts, n'a pas été analysée à ce jour.

### **5.2.2..Une « sur-précarité » qui se concentre sur les bénéficiaires d'une autre assurance complémentaire que la CMUC**

Si l'on segmente notre population en trois sous-échantillons en fonction du statut en termes d'assurance maladie complémentaire (bénéficiaires de la CMU-C, sans assurance complémentaire, bénéficiaires d'une assurance complémentaire autre que la CMU-C), nous mettons en évidence que la sur-représentation de la précarité chez les personnes recourant aux CDS se concentre principalement chez les bénéficiaires d'une assurance complémentaire autre que la CMU-C.

*Les personnes CMU-Cistes recourant à la médecine générale* ne sont pas particulièrement plus précaires dans les CDS qu'en population générale, sauf à Belfort ; elles sont parfois même moins « précaires » comme à Paris ou à la Courneuve. Ceci s'explique assez bien par le fait que les CMU-istes sont une population relativement homogène puisque définie sur la base d'un plafond de ressources. En revanche, les CMU-Cistes dans les CDS sont plus jeunes, moins diplômés, de catégories socioprofessionnelles moins favorisées et en plus mauvais état de santé déclaré qu'en population générale.

*Les personnes recourant à la médecine générale, et non bénéficiaires d'une assurance maladie complémentaire*, sont sur-représentées à Nanterre-Thorez, Montreuil-Savaterro, Grenoble Abbaye et Vieux Temple. Elles sont également plus jeunes, moins diplômés, de catégories

socioprofessionnelles moins favorisées et en plus mauvais état de santé déclaré qu'en population générale.

Enfin et surtout, le fait d'être un recourant à un CDS plutôt qu'en population générale *pour les bénéficiaires d'une assurance complémentaire autre que la CMU-C*, augmente le score de précarité - en considérant la précarité comme un continuum allant de 0 à 100 - de 6 points de pourcentage *ceteris paribus*. Les bénéficiaires d'une assurance complémentaire autre que la CMUC sont également plus jeunes, moins diplômés, de catégories socioprofessionnelles moins favorisées et en plus mauvais état de santé déclaré qu'en population générale.

Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, les bénéficiaires d'une assurance complémentaire autre que la CMU-C, ont une probabilité d'être considéré comme précaire (c'est-à-dire d'avoir un score Epices au-delà de 30,17) de 18 points de pourcentage supérieur à la population générale. Ceci quel que soit le CDS considéré mais avec des variations importantes entre CDS, allant de 14 à 31 points de pourcentage supplémentaires.

Dès lors que l'on se réfère à un seuil de précarité plus élevé (supérieur ou égal au seuil correspondant au dernier quintile soit 53,84), cette sur-représentation de la précarité chez les bénéficiaires d'une autre assurance complémentaire que la CMU-C, se maintient sauf pour les CDS suivants : La Courneuve, Gennevilliers-Chandon, Montreuil-Savaterro, Grenoble-Mistral.

Au final, il n'y a qu'à Belfort que les personnes recourant à la médecine générale s'avèrent être plus précaires qu'en population générale, quelle que soit la sous-population considérée.

Ce résultat interroge sur l'accès des patientèles précaires ou vulnérables des CDS, à la complémentaire santé, cette dernière étant un indéniable facilitateur de l'accès aux soins dans un contexte de dégradation lente de la part prise par couverture maladie obligatoire.

Ces personnes précaires disposant d'une complémentaire sont peut être éligibles à la CMU-C ou à l'ACS. En effet, on sait qu'une proportion importante de personnes éligibles à la CMU-C (20%) n'en bénéficient pas, pour partie parce qu'ils ont une autre complémentaire, et que 25% des assurés éligibles à l'aide à la complémentaire santé (ACS) n'y font pas appel. Des recherches récentes sur l'ACS ont d'ailleurs montré que l'échec relatif de ce dispositif s'explique probablement par un montant insuffisant de l'aide proposée ainsi que des « coûts » d'obtention de l'aide trop élevés en regard des bénéfices. La nature de l'information, comme son canal de diffusion auprès des bénéficiaires potentiels, et donc un aspect essentiel.

Le fait que la sur-précarité se concentre principalement chez les bénéficiaires d'une autre assurance complémentaire que la CMU-C peut nous laisser penser que l'accessibilité aux soins pourrait encore être améliorée, en systématisant une pratique du tiers-payant sur la dépense complémentaire pour l'instant très hétérogène, et non complète comme cela a été décrit dans l'enquête structure. En outre, on peut penser qu'une politique d'accompagnement et d'aide à l'octroi de CMU-C ou d'ACS plus importante auprès des patients qui se présentent aux centres de santé pourrait permettre une meilleure couverture de l'accès aux contrats de complémentaire et, partant, une augmentation de leurs ressources disponibles.

.

### 5.2.3. Valeur ajoutée du score Epices à la compréhension de la santé et du recours aux soins

On constate que les personnes recourant aux CDS sont, toutes choses égales par ailleurs et notamment à statut de précarité équivalent (quintiles du score Epices), significativement moins nombreuses à se déclarer en bon état de santé qu'en population générale.

Nous observons en outre, *ceteris paribus*, d'une part que le fait d'être considéré comme précaire est associé à une plus faible probabilité de se déclarer en bonne santé et, d'autre part, que l'importance de ce lien s'accroît de façon linéaire avec le quintiles ou déciles de précarité considérés. Ainsi, une personne recourant à un CDS en médecine générale appartenant au cinquième quintile du score épices (>53.84), comparativement à une personne appartenant au premier quintile du score, a une probabilité moins importante de déclarer un bon état de santé.

Enfin, l'analyse de l'échantillon de l'enquête ESPS, pour laquelle nous observons le recours aux soins en médecine générale, montre, toutes choses égales par ailleurs, que la précarité (score Epices  $\geq$  30,17) est associée à une probabilité de recourir à la médecine générale, notamment chez les individus présentant un score Epices très élevé (dernier quintile ou deux derniers déciles du score). Toutefois, l'effet marginal de la précarité sur le recours aux soins reste relativement faible comparativement à celui de l'état de santé, qui reste la variable la plus explicative de l'intensité du recours.

Outre la précarité, toutes choses égales par ailleurs, le recours au médecin généraliste augmente pour les individus de sexe féminin, âgés, en mauvaise santé, inactifs, à la retraite, de niveau d'étude inférieur au baccalauréat. Les cadres et les artisans commerçants tendent à moins recourir, comparativement aux employés, ouvriers et agriculteurs.

Ces résultats recourent deux études récentes ayant montré que la situation en termes d'état de santé comme d'accès aux soins est défavorable pour les populations repérées comme socialement vulnérables ou précaires, ou résidant dans des territoires économiquement défavorisés. Ainsi, il a notamment été mis en évidence que les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU), à l'état de santé plus dégradé que les autres, connaissent des difficultés pour recourir aux soins, tant en raison de pratiques de « refus » de la part de certains professionnels, que de difficultés financières.

L'état de santé des personnes « précaires » ou « vulnérables », qu'il soit observé au travers de la déclaration sur des expériences difficiles récentes ou tout au long de la vie, est en moyenne plus mauvais que les autres.

Dans les zones économiquement et socialement défavorisées, comme les zones urbaines sensibles (ZUS), il a également été montré que l'état de santé des populations est plus défavorable – près de 30% des résidents en ZUS se déclarent en mauvaise santé contre 25% des personnes qui n'y vivent pas –, que l'accès aux soins spécialisés y est plus difficile et, enfin, que le renoncement aux soins pour raisons financières y concerne une proportion élevée des personnes en situation de précarité.

Au final, on peut donc penser que les CDS de notre échantillon sont à même de favoriser l'accès aux soins, notamment pour les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale, et, partant, de jouer un rôle en termes de contribution à la diminution des inégalités de santé existantes.



## **6. CARACTERISTIQUES ET RECOURS AUX SOINS AMBULATOIRES DES ASSURES DES CENTRES**

### **6.1. Une comparaison entre les files actives des centres en 2007 et l'échantillon permanent des assurés sociaux 2006**

Une extraction des données de remboursement relatives à la patientèle des centres de santé relevant du régime général, ayant été remboursée de soins délivrés en centre au moins une fois, a été réalisée auprès de l'Assurance Maladie (CNAMTS) sur la base des numéros Finess correspondant à chaque centre pour l'année 2007.

L'échantillon témoin au niveau national, l'Echantillon Permanent des Assurés Sociaux (EPAS), est constitué d'une extraction aléatoire, au 1/600ème, des assurés du régime général de l'Assurance Maladie, et des ayants droit qui leur sont rattachés au cours des années 2006 et 2008. Nous utiliserons également comme témoin les sous-échantillons de l'EPAS correspondant aux assurés résidant dans un département siège de l'un des centres de santé du projet Epidaure (90, 92, 93, 94,38).

L'échantillon final est composé de 259 489 assurés de tous les âges, dont 175 302 ayant recouru à un CDS en 2007, et 84 187 en population générale en 2006.

Les analyses du recours aux soins et des dépenses de santé des patients recourant aux centres retiennent les caractéristiques suivantes: l'âge, le sexe, la CMU, l'ALD, le volume et la structure de la consommation en ambulatoire (actes).

### **6.2. Principaux résultats**

L'analyse du recours aux soins et des dépenses des assurés recourant aux CDS, comparativement à ceux recourant en « population générale », révèle des constats relativement homogènes entre les CDS.

La répartition selon l'âge entre les assurés des CDS ou de l'EPAS est équivalente. L'âge moyen des assurés est de 38 ans (CDS, EPAS 2006 et 2008). Signalons que la différence avec l'âge moyen observé dans l'enquête Epidaure, qui est de 47 ans, tient à la nature de la population cible puisqu'ici toute la population est concernée alors que l'enquête portait uniquement sur les 18 ans et plus.

La répartition des individus selon les classes d'âge (de 0 à 18 ans, de 18 à 35 ans, de 35 à 50 ans, de 50 à 65 ans et les plus de 65 ans) est la même dans les l'échantillon CDS que dans celui de l'EPAS.

En revanche, la patientèle des CDS comporte plus de femmes, (60% contre 47% dans l'EPAS), ce que montre également l'enquête Epidaure. Surtout, le pourcentage des CMUistes est près de trois fois plus important dans les CDS (19%) que dans l'EPAS 2006 (7%), ce qui est également un résultat proche de celui l'enquête Epidaure.

Enfin, le pourcentage des assurés en ALD est également légèrement supérieur dans les CDS (18% vs 15-16%).



### **6.2.1. La part des recours exclusifs dans le CDS est variable selon les postes de dépense et les centres de santé**

Un patient ayant consulté au moins une fois auprès d'un professionnel de santé exerçant dans un CDS peut également avoir recouru auprès d'autres professionnels n'exerçant pas dans un CDS (hors CDS). En fonction des postes de dépenses et des CDS considérés, le pourcentage de patients «exclusifs» est ainsi extrêmement variable. Dans certains cas, c'est évidemment dépendant de l'existence ou non d'une offre dans le CDS pour le poste de dépense considéré, mais pas uniquement. Ainsi, des centres de santé polyvalents avec radiologie et consultants spécialistes vont avoir un grand nombre de personnes identifiées dans les bases de l'assurance maladie comme ayant recouru au centre, sans avoir nécessairement consulté en médecine générale. A l'inverse, dans les centres où seuls les médecins généralistes consultent, comme à Belfort, le pourcentage de patients «exclusifs» n'a de sens qu'en médecine générale.

Nous constatons que le nombre de patients recourant exclusivement aux CDS rapportés à ceux qui consomment exclusivement ou de façon mixte (dans et hors centre), est en moyenne de 47% en médecine générale. Ce pourcentage, qui peut paraître faible, est très variable entre les CDS, puisque le minimum est de 35% à Ivry contre 56% à Belfort et 60% à Grenoble. Ceci reflète probablement des pratiques, des effets de contexte et d'environnement, ainsi que des comportements des populations variables, notamment en termes de mobilité. Ce pourcentage est également beaucoup plus important dans les disciplines ou professions pour lesquelles les contacts sont répétés, comme pour les soins infirmiers (82% de patients exclusifs), les soins dentaires (84%) et les soins de masso-kinésithérapie (84%). Ce qui est tout à fait attendu dans la mesure où ces postes correspondent à des séquences de soins avec les mêmes intervenants.

Si l'on compare le pourcentage de patients recourant exclusivement auprès des médecins généralistes du CDS avec les équivalents temps plein en médecine générale, tels que déclarés dans l'enquête structure, on constate:

- que le nombre moyen de patients, de la file active, par ETP, est de 1011 patients par ETP (contre 1 500 en France métropolitaine, pour les généralistes du SNIR 2006 comme dans l'enquête sur les MSP en France Comté et Bourgogne), avec des disparités importantes puisque le minimum est de 659 à Grenoble et le maximum de 2138 à Champigny ;
- qu'il n'y a pas de lien, comme on aurait pu s'y attendre, entre le pourcentage de patients exclusifs et le nombre de patients par ETP, certains médecins des centres expliquant passer un temps long en consultation et donc limiter le nombre de patients vus.

### **6.3. Des dépenses moyennes proches mais une dispersion importante selon le degré de « fidélisation/exclusivité » des personnes recourant aux CDS**

Nous constatons que globalement les patients recourant aux CDS ont des dépenses ambulatoires (1198 €), et par poste supérieures à celles des assurés en population générale (entre 1028 en 2006 et 1073 en 2008), hormis pour les soins infirmiers. Surtout, le constat dressé au point précédent nous conduit à distinguer, dans l'analyse des dépenses, les dépenses dans le CDS ou en dehors du CDS pour les patients ayant recouru, quel que soit les soins (médecine générale ou de spécialité, soins infirmiers...) au moins une fois à un CDS en 2007, ceci comparativement à la dépense observée pour les assurés de l'EPAS.

Il apparaît alors que la moyenne des dépenses pour tous les postes est systématiquement inférieure pour les patients qui recourent de façon exclusive aux CDS. Si nous prenons l'exemple de la médecine générale, les assurés qui recourent exclusivement au CDS pour la médecine générale (69 523 assurés sur 161 894) ont une dépense moyenne de 83 € contre 143 € pour les personnes recourant non exclusivement. Elle est également deux fois moins importante pour les soins en dentaire, la masso-kinésithérapie et la biologie ; trois fois moins importante pour les spécialistes et la pharmacie ; cinq fois moins importante pour les soins infirmiers.

Rappelons que nous ne disposons que des dépenses ambulatoires et que les différences de profils de recours et de dépenses peuvent être expliquées par des modes de recours aux soins hospitaliers (consultations et hospitalisation) différents.

#### **6.4. La probabilité de recours à la médecine générale est plus importante en CDS et associée à des dépenses moindres**

Les analyses multivariées modélisent dans tous les centres la probabilité de recourir à la médecine générale, ainsi que la dépense, comparativement à l'EPAS 2006. Les analyses ont également été menées uniquement pour les départements sièges de CDS, ou centre par centre comparativement à l'EPAS 2006 du département siège du CDS.

Nous constatons que la probabilité de recours à la médecine générale, pour les assurés ayant recouru au moins une fois à des soins ambulatoires en CDS, est plus élevée pour les assurés recourant, pour tout ou partie de leurs recours, à un CDS (OR=1,4<sup>5</sup>), *ceteris paribus* (i.e. à âge, sexe, CMU et ALD équivalent). C'est vrai pour l'ensemble des CDS (OR compris entre 1,4 à Nanterre et 3 à Grenoble) sauf pour Montreuil, pour lequel il n'y a pas de différences significatives, et pour Belfort, pour lequel le modèle n'est pas suffisamment robuste en raison d'une taille trop réduite de l'échantillon témoin.

En revanche, la dépense de médecine générale pour les assurés ayant recouru au moins une fois à de la médecine générale en CDS est plus faible qu'en population générale (EPAS). La dépense est minorée en moyenne de 2,5% relativement à la population générale et de 10% relativement à la population générale réduite aux assurés des départements sièges de CDS. Cet effet se retrouve dans tous les centres (de -2,5% à -16% selon les centres), hormis à la Courneuve et à Grenoble pour lesquels il n'y a pas de différences significatives.

Les patients « exclusifs/fidèles » en médecine générale au CDS ont une dépense en moyenne de 35% moindre que les autres, ceci variant en fonction des centres de -54% à -23%.

Signalons sans surprise que la probabilité de recours, comme la dépense, augmentent avec l'âge, le fait d'être un homme, d'être CMUiste et exonéré du ticket modérateur au titre de l'ALD. Ce résultat étant commun à tous les postes de dépense, nous ne l'évoquons plus par la suite.

---

<sup>5</sup> L'odds ratio (OR) est un rapport de cotes. Il exprime l'effet d'une variable (par exemple le fait de recourir exclusivement ou en partie au CDS) par rapport à une situation de référence (le fait de ne recourir qu'une fois en CDS) sur la probabilité de recourir à la médecine générale. L'effet est positif quand l'odds-ratio est supérieur à 1, et négatif sinon.

## 6.5. Les patients des centres recourent moins à la médecine spécialisée

Les analyses multivariées montrent que la probabilité de recours à la médecine spécialisée, pour les assurés ayant recouru au moins une fois à des soins ambulatoires en CDS, est moins élevée pour les assurés recourant, pour tout ou partie de leurs recours, à un CDS (OR=0,9), *ceteris paribus*. Ils ont systématiquement une dépense inférieure de 47% à 24% à celle des assurés recourant à la médecine spécialisée en population générale.

Dès lors que l'on tient compte du statut des assurés des CDS en termes de recours à la médecine générale (exclusivement dans le CDS, exclusivement en dehors du CDS ou mixte) on observe que la probabilité de recours à la médecine spécialisée est moins élevée, uniquement pour les assurés ayant tout (OR=0,4) ou partie (OR=0,8) de leurs recours à la médecine générale dans un CDS. La dépense de médecine spécialisée est d'autant moins importante que l'assuré recourt exclusivement à la médecine générale dans le CDS.

Comme pour la médecine générale, on constate que la moindre dépense de médecine spécialisée des personnes recourant à un CDS se constate surtout pour les patients « fidèles/exclusifs », que cela soit au centre ou à l'extérieur du centre (vs EPAS), mais avec une intensité plus forte pour les fidèles aux CDS, qui ont une dépense de 70% moindre que les autres. Ce phénomène est confirmé dans les approches centre par centre. En outre, cela est renforcé par le fait d'être recourant de façon exclusive à un CDS pour la médecine générale puisque cela diminue la dépense de soins spécialisée de 18%.

Eu égard à la place variable de l'offre spécialisée, ces résultats montrent qu'il n'y a pas de pratique de « compérage » entre l'offre de médecine générale et spécialisée au sein des centres. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce plus faible recours aux soins spécialisés.

Tout d'abord, un recours privilégié aux consultations externes des hôpitaux publics, ou consultations de PMI pour les soins aux enfants et aux femmes enceintes, voire aux hospitalisations. Les hôpitaux publics qui sont souvent partenaires des centres de santé, notamment municipaux, sont un mode de recours privilégié des populations socialement défavorisées. Le moindre recours constaté serait alors expliqué par un biais de recueil des informations et refléterait des trajectoires de soins bien différenciées par rapport à la population générale.

Une autre hypothèse, qui peut d'ailleurs compléter la première, est celle d'un recours moindre à la médecine spécialisée pour les usagers réguliers « fidèles/exclusifs » des CDS. Si c'est effectivement le cas, ce moindre recours à la médecine spécialisée reflète-t-il des pratiques plus efficaces et un parcours de soins optimal ? Ou à l'inverse un recours insuffisant aux médecins spécialistes avec un effet de « trappe » ?

Des analyses segmentées pour certaines disciplines avec des données complètes sur la trajectoire de soins permettraient de pouvoir conclure définitivement.

## 6.6. Les patients des centres recourent plus fréquemment aux soins infirmiers avec des dépenses moins élevées

Nous observons que la probabilité de recourir au moins une fois sur la période à des soins infirmiers est influencée positivement par le fait d'être suivis en CDS (OR=3,7) et la dépense, négativement (-47%). Cela se vérifie quelle que soit la nature du suivi, plus ou moins exclusif par les généralistes du CDS, mais cette probabilité est d'autant moins élevée que le suivi par le généraliste est exclusif (OR= 2,23).

Ce résultat se vérifie dans tous les CDS, sauf à Malakoff et Paris pour lesquels, dès lors que le recours auprès de la médecine générale est exclusif au CDS, la probabilité de recours aux soins infirmiers est influencée négativement. Enfin, à Belfort, l'influence sur la probabilité de recours aux soins infirmiers est négative, sachant qu'il n'y a pas de soins infirmiers au sein du CDS de Belfort.

L'effet de minoration de la dépense est une fois encore concentré sur les patients « exclusifs ». Ainsi, les assurés ayant recouru au moins une fois à des soins ambulatoires en CDS et recourant aux soins infirmiers de façon exclusive dans ou hors le CDS, ont une dépense associée moins importante de 58% ou 40% de celle observée en population générale.

Cela se vérifie pour tous les CDS, sauf pour ceux de Grenoble et Belfort. La dépense en soins infirmiers est par ailleurs influencée négativement par le fait de recourir exclusivement au CDS ou hors du CDS pour la médecine générale, sauf à Nanterre, Paris, La Courneuve, Champigny et Belfort.

## 7. CONCLUSION GENERALE

Le projet Epidaure, qui constitue une démarche de recherche expérimentale et innovante, s'est développé au travers de différentes opérations de recherche, qui ont toutes pu être menées à terme, notamment grâce à l'implication des professionnels des centres dans la mise à disposition, la collecte et l'analyse des données. Les différents modules réalisés mettent en évidence une spécificité des centres communaux polyvalents en tant qu'offre de soins dans le secteur ambulatoire.

L'enquête structure révèle une forte hétérogénéité des centres de l'échantillon. Divers par leur histoire, leur taille, la gamme des soins et services qu'ils proposent, la composition et le nombre de personnels qu'ils emploient, les centres présentent cependant des traits communs. Structures de proximité, ils sont organisés pour faciliter l'accès aux soins dans ses différentes dimensions, sociale, physique, financière et culturelle. L'activité de consultation médicale, généraliste ou spécialisée, est toujours associée à des activités de prévention, et d'intervention au sein de la population qui témoignent d'une orientation vers la santé et non pas uniquement le soin. Ces centres sont quasiment tous dotés d'un projet de santé, inscrit dans un territoire qui peut être la ville ou un quartier, et s'adressent à une population au-delà d'une clientèle de patients. Ils constituent des lieux d'innovations et de formation des professionnels de santé importants. Deux ensembles dans notre échantillon peuvent être distingués.

Les centres municipaux, d'une part, qui constituent la plus grande part de l'échantillon. Ces centres sont anciens, portés par un projet politique de justice sociale, et intégrant de nombreux services spécialisés. Ils sont étroitement associés à la politique municipale qui a généralement un fort engagement dans le champ de la santé, et en constituent l'un des volets. Cet engagement se traduit par un soutien financier important, qui peut comprendre le soutien d'une activité peu remboursée par l'assurance maladie obligatoire, comme les soins dentaires, mais également des activités orientées vers la prévention auprès des populations (écoles, populations âgées...). Ces centres sont également porteurs des valeurs du service public et sont des lieux où se croisent services sociaux, structures associatives autour de projets de préventions souvent financés par les services de l'état. Ils nouent souvent des relations de partenariat avec les hôpitaux publics voisins, soit pour des activités de consultations, soit dans le cadre d'expériences de télémedecine. L'articulation de la gestion et de la politique municipale avec le projet et la gestion des centres repose, en grande partie, sur le médecin directeur qui a en charge l'animation de l'équipe et du projet professionnel en lien avec la politique de la commune. La proximité avec la municipalité permet le déploiement de nombreuses activités et constitue également, en miroir, un lien de dépendance. Les centres municipaux sont ainsi soumis à l'agenda des élections municipales et aux arbitrages du conseil municipal, aussi bien en termes de choix d'équipement que d'allocation de ressources. Ils constituent une forme de gestion municipale et locale des soins primaires, très peu répandue en France, qui peut être la norme dans d'autres pays qui ont décentralisé la gestion des soins primaires et s'appuient sur les centres de santé, comme la Finlande et l'Espagne.

Les centres associatifs, moins nombreux dans notre échantillon, sont plus récents et moins orientés vers les soins spécialisés. Ils sont également animés par un projet politique de justice sociale s'exprimant par de nombreuses actions visant à faciliter l'accès aux soins à des populations fragiles. Ces centres sont également orientés vers des actions de prévention, d'éducation thérapeutique vers leurs clientèles, et plus rarement en population. Plus autonomes, ils sont également soumis à la contrainte de l'équilibre financier, ce qui a pu les conduire à mettre en place des procédures de gestion strictes. Les collectivités locales sont présentes aux conseils

d'administrations et peuvent contribuer de façon significative aux budgets des centres. Les professionnels, et notamment les médecins sous la responsabilité d'un médecin chef ou d'un président de CME, jouent alors un rôle essentiel dans la vie du centre, dont ils sont dans les faits les co-gestionnaires salariés.

Portés par un objectif d'égal accès aux soins des populations où ils sont implantés, ils sont principalement localisés dans des quartiers, voire des communes économiquement défavorisées. Sans aucun doute, l'accès aux soins des centres de santé de l'étude Epidaure est facilité par la pratique du tiers payant systématique pour la part obligatoire, et plus ou moins souvent pour la part complémentaire. La pratique de tarif conventionné de secteur 1 pour les soins spécialisés, ainsi que des pratiques tarifaires avantageuses pour les soins et services dentaires, facilite également grandement le recours aux soins des populations recourant au centre. Ils offrent également un « panier » de soins et service de santé « global/étendu » incluant la prévention et la promotion de la santé comme l'accompagnement social des personnes recourant aux centres de santé.

L'organisation des horaires et de l'accueil paraît adaptée aux populations qu'ils desservent, même si de nombreux centres ferment leurs portes au moment du déjeuner.

La comparaison des caractéristiques des populations habitant dans les zones d'attraction des centres avec les caractéristiques de la patientèle évaluée par l'enquête Epidaure ou par les données de l'assurance maladie (pour les assurés au régime général uniquement) montre que les consultants sont plus souvent des femmes et sont plus souvent défavorisées (CMU). L'enquête auprès des personnes recourant aux centres de santé permet d'estimer que près des deux-tiers d'entre elles sont précaires au sens du score Epices, contre un tiers en population générale. Les centres accueillent donc la part la plus précaire ou la plus défavorisée de la population qu'ils desservent, notamment en consultation de médecine générale. Ce résultat est également vrai pour les consultants en dentaire, qui sont proches en termes sociodémographiques et en termes de précarité de la population en médecine générale, même s'ils couvrent des territoires plus vastes et des populations moins défavorisées. A ce titre, il est possible de conclure à la facilitation de l'accès aux soins des populations précaires et défavorisées.

La sur-précarité que nous avons constatée pour les consultants auprès des CDS se concentre en fait principalement sur les bénéficiaires d'une assurance complémentaire autre que la CMU-C. Ce résultat nous interpelle. Ne disposant pas des informations sur les revenus, il ne nous est pas possible d'estimer la part de ces personnes qui relèvent de l'aide à la complémentaire santé ou de la CMU-C, et n'en bénéficient pas. Il y a là une piste de réflexion et éventuellement d'action pour cette population qui n'est peut-être pas identifiée en pratique courante et pourrait faire l'objet d'actions ciblées, notamment pour diminuer le poids financier des complémentaires qu'ils ont contractées. De même, la généralisation du tiers payant pour la dépense complémentaire dans l'ensemble des centres serait certainement souhaitable pour améliorer l'accès aux soins, en évitant les débours pour la dépense relative au ticket modérateur.

L'analyse que nous avons menée sur les données de remboursement (régime général uniquement) montre des modes de recours aux centres de santé assez différents selon les assurés. D'une manière générale, nous constatons que les patients réguliers en médecine générale ont des dépenses significativement inférieures à la population générale (âge, sexe, CMU et ALD équivalents). Ce résultat peut masquer un recours plus important à l'hôpital et aux services publics

que la population générale, impossible à identifier en l'absence d'informations sur ces secteurs d'activité. Cette dépense moindre peut également refléter une pratique optimale de médecine générale dans les centres respectant le parcours de soins, mais également un plus fort renoncement des patients aux soins prescrits par les médecins généralistes (nous n'avons que des soins remboursés), voire, à l'inverse, un recours insuffisant aux soins spécialisés. A ce stade, nous ne pouvons répondre à cette question, qui mériterait des explorations complémentaires. Une chose paraît certaine : les centres de santé ne multiplient pas les actes, et les personnes qui y recourent régulièrement induisent une dépense ambulatoire moyenne inférieure à la moyenne de la population française alors même qu'ils déclarent un état de santé moins bon.

Leur association étroite avec les municipalités permettent aux centres de santé d'être associés à la politique de santé de la ville. Elle est également la source de contraintes multiples, aussi bien en termes de gestion des ressources humaines que de gestion informatique.

Ces types différenciés se retrouvent à l'analyse des données de remboursement, dans ce que nous avons appelé le taux de patients exclusifs en médecine générale. Ce taux de patients exclusifs est plus élevé à Belfort (56 %) et Grenoble (60%), et peut s'expliquer par l'orientation vers la population de proximité, l'effort de fidélisation des patients qui est un objectif annoncé de ces centres, mais également un certain isolement des centres et des populations qu'ils desservent. Les centres municipaux polyvalents ont également des patients exclusifs en médecine générale, mais beaucoup moins. A la différence des centres associatifs, les centres de santé municipaux peuvent être considérés comme des formes très intégrées d'organisation des soins en ambulatoire, offrant simultanément des soins préventifs, des soins spécialisés, de l'imagerie et de la biologie. Cependant, l'analyse des données de remboursement montre que les patients qui recourent à ces différents services sont différents. Enfin, le fait de recourir au centre de santé en médecine générale n'est pas associé à un recours plus élevé en soins spécialisés. C'est même plutôt l'inverse. Il ne semble donc pas que l'offre intégrée induise des parcours intégrés des patients au sein des centres. Ce résultat interroge quant aux collaborations des professionnels, qui ne semblent pas s'adresser de patients entre eux. Il montre également l'absence de compérage entre médecine générale et médecine spécialisée.

Si nous avons montré avec l'enquête auprès des patients consultant en médecine générale et en dentaire que l'accès aux soins est amélioré par les centres, nous ne pouvons conclure à leur effet en termes de réduction des inégalités de santé au-delà de l'accès aux soins. Seule une analyse sur les données individuelles de l'enquête Epidaure appariées aux données du SNIIRAM le permettrait.

Les services fournis par la plupart des centres s'étendent bien au-delà des activités traditionnelles de soins rémunérées dans le cadre du paiement à l'acte (prévention, consultations dédiées – addiction, antituberculeux, dépistage SIDA... – actions de santé publique dans le centre ou en population générale). De fait, la plupart des centres de santé ne peuvent trouver leur équilibre économique dans ce seul cadre. Le seul centre associatif qui est entièrement financé par une activité de consultation ne développe pas d'activités complémentaires. Les « déficits » au regard de l'activité remboursée par l'assurance maladie attribués aux centres doivent donc être mis en regard des services rendus, comme le maintien d'une offre de soins en zone de sous-densité et des activités qu'ils réalisent, notamment dans le domaine de la prévention.

Les centres de santé sont donc bien des structures pluri-professionnelles rassemblant de multiples services et orientées vers des populations vivant sur des territoires de proximité. Cependant, le niveau de développement et d'usage des systèmes d'information informatisés ne semble pas particulièrement élevé et les coopérations entre professions de santé pourraient s'accroître aisément compte tenu des potentialités consécutives à la présence conjointe de spécialistes médicaux, de professionnels paramédicaux et de personnel administratif. Cette situation est peut-être à mettre en lien avec un investissement traditionnellement important vers les actions en population plutôt que vers les patients consultant aux centres.

Elle peut également s'expliquer par un cadre professionnel, réglementaire et conventionnel, qui n'a pas permis ces évolutions. Finalement, les centres de santé sont soumis, comme les organisations libérales ambulatoires, au cadre réglementaire qui régit les professions de santé, ainsi qu'aux contraintes du paiement à l'acte.

Cette étude nous montre également que l'intitulé « centre de santé », qui renvoie uniquement à une catégorie juridique, masque une très grande variété d'organisations de soins et de services rendus à la population. Les centres de santé municipaux et associatifs polyvalents que nous avons étudiés constituent une petite partie des centres de santé, très différents entre eux selon les services qu'ils offrent, mais également selon leur taille et les équipes qui les composent.

Appelés à se moderniser, à l'instar des autres organisations de soins en termes de systèmes d'information et de gestion, les centres que nous avons étudiés s'apparentent aux formes d'organisation des soins ambulatoires que l'on peut rencontrer dans d'autres pays (Pays-Bas, Etats-Unis et Canada notamment).

Dans le contexte de transition et de pénurie en ressources humaines en cours, qui caractérise le système de soins français, les centres polyvalents facilitent certainement l'accès aux soins des populations précaires et paraissent placés en situation privilégiée pour constituer des lieux de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine des soins de premiers recours. La modernisation des systèmes d'information et l'articulation avec la formation des futurs professionnels de santé pourront favoriser l'inscription des centres de santé dans des dynamiques partenariales qui contribueront au développement de la recherche et au renforcement du secteur des soins primaires.





## ETUDE EPIDAURE-CDS

### Evaluation de l'apport des centres de santé en termes d'accès aux soins et de réduction des inégalités de santé

#### Principaux résultats

Yann Bourgueil, Julien Mousquès

Le projet de recherche Epidaure-CDS, réalisé à l'initiative de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS), a été mis en œuvre en partenariat avec la FNCS, le Centre d'examen de santé de la Caisse primaire d'assurance maladie de Bobigny et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).

Ce projet porte sur un échantillon de 21 centres de santé (CDS) volontaires, médicaux et polyvalents (dentaires, infirmiers, médicaux), principalement municipaux (soit 5% de l'ensemble des CDS). Il a pour objectif d'analyser la spécificité des centres de santé dans l'offre de soins à l'échelle locale, et d'évaluer leur rôle dans la réduction des inégalités de santé, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins primaires des personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale.

Le projet Epidaure-CDS s'appuie sur quatre modules de recherche visant à caractériser, d'une part, l'organisation et le fonctionnement des centres de santé ainsi que leur implantation géographique, et d'autre part, le profil socio-économique des populations recourant aux CDS, ainsi que leur consommation de soins ambulatoires. Chaque module de recherche fait l'objet d'un rapport distinct.

Le présent rapport est une synthèse générale qui rassemble les principaux résultats de l'ensemble de l'étude Epidaure-CDS.

