



RBC

**Richard Bouton Consultants
Alain Coulomb Consultant**

**LA PLACE DES CENTRES DE SANTE
DANS L'OFFRE DE SOINS PARISIENNE**

**ETUDE PORTANT SUR
18 CENTRES DE SANTE**

Etude commandée par la Ville de Paris et la CPAM de Paris

11 février 2010

SOMMAIRE

La place des centres de santé dans l'offre de soins parisienne	5
1. Les caractéristiques de l'offre de soins parisienne	7
1.1. L'offre de soins libérale	7
a. Les médecins libéraux	7
b. Les chirurgiens-dentistes	12
c. Les infirmières libérales	12
1.2. Les structures	13
a. Les établissements de santé	13
b. Les centres de santé	13
1.3. Conclusion	17
2. Les perspectives démographiques	18
2.1. Les perspectives nationales	18
2.2. La situation en Ile-de-France	19
3. Les conséquences déjà observées, en termes de fréquentation des services d'urgences, de la situation de l'offre de soins à Paris et de la décélération démographique	20
3.1. La situation critique du nord-est de Paris	21
3.2. Les services d'urgences du nord-est parisien, lieu de recours de la banlieue, notamment du 93	24
3.3. Conclusion	25

4. Les centres de santé étudiés	26
4.1. Des centres très hétérogènes	28
4.2. Une méthodologie commune mise en œuvre en quatre phases distinctes	29
5. Les centres de santé, une chance pour les Parisiens ?	42
5.1. Des préconisations spécifiques pour chaque centre étudié	42
5.2. Des préconisations pour l'ensemble des centres de santé parisiens	43
5.3. Des synergies à développer entre les centres de santé et l'offre de soins libérale et hospitalière	46
5.4. Conclusion et préconisation de portée générale	51
Table des abréviations et acronymes utilisés	57



La place des centres de santé dans l'offre de soins parisienne

« Dans une volonté politique affirmée de promouvoir une offre sociale de soins sur le territoire de Paris, la Collectivité de Paris et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ont décidé d'entreprendre une étude sur la situation et la viabilité des centres de santé parisiens.

En effet, le droit à la santé est un droit fondamental, un principe intangible, dont l'exercice est rendu de plus en plus difficile.

Les inégalités d'accès aux soins et à la santé prennent une ampleur croissante et alarmante. Les refus de soins pour raisons financières, une politique de prévention, de dépistage et d'éducation thérapeutique qui a du mal à se déployer, les recours souvent injustifiés aux services d'urgences, une démographie laissant entrevoir de graves difficultés dans un avenir proche sont autant d'éléments à prendre en compte rapidement.

L'évolution des problématiques de santé ne prenant plus en compte seulement la prévention des pathologies, mais l'ensemble des conditions globales du « bien-être » des patients interroge les pratiques des professionnels et les politiques locales mises en place.

L'évolution des stratégies diagnostiques et thérapeutiques, d'organisation du système hospitalier, de retour à domicile de plus en plus précoce des patients, de la multiplication des réseaux de prise en charge à domicile vont placer les centres de santé comme l'un des interlocuteurs de grand intérêt dans un maillage local qui reste à conduire.

Ces différents éléments imposent progressivement une refonte des objectifs, des principes et des pratiques de santé.

Dans cette optique, les centres de santé offrent une alternative intéressante d'atténuation de cette situation, notamment vis-à-vis des publics en difficulté ».

Nous sommes heureux aujourd'hui de vous présenter les résultats de cette étude qui comporte :

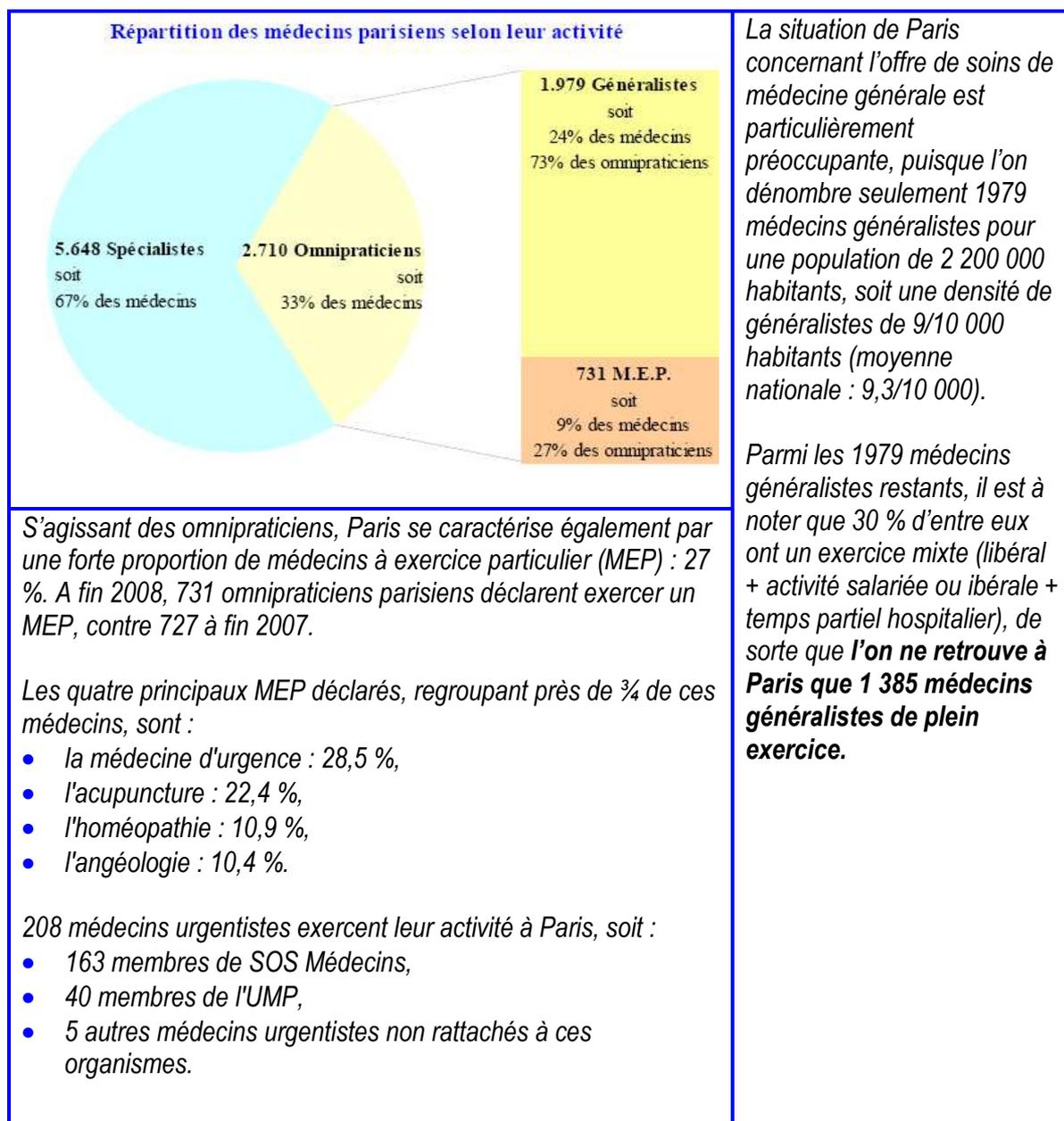
- un état des lieux précis de l'ensemble de l'offre de soins à Paris avec les centres de santé,
- les perspectives d'évolutions de la démographie médicale à court terme,
- l'impact de la situation actuelle sur le fonctionnement des services d'urgences,
- l'étude détaillée de 18 centres de santé,
- un ensemble de propositions et recommandations :
 - pour chacun des centres étudiés,
 - pour le réseau des centres de santé parisiens.
- En conclusion, un ensemble de propositions de nature à permettre le développement rapide de la médecine d'équipe sous forme de centres de santé ou de maisons de santé.

1. Les caractéristiques de l'offre de soins parisienne (source : Assurance Maladie)

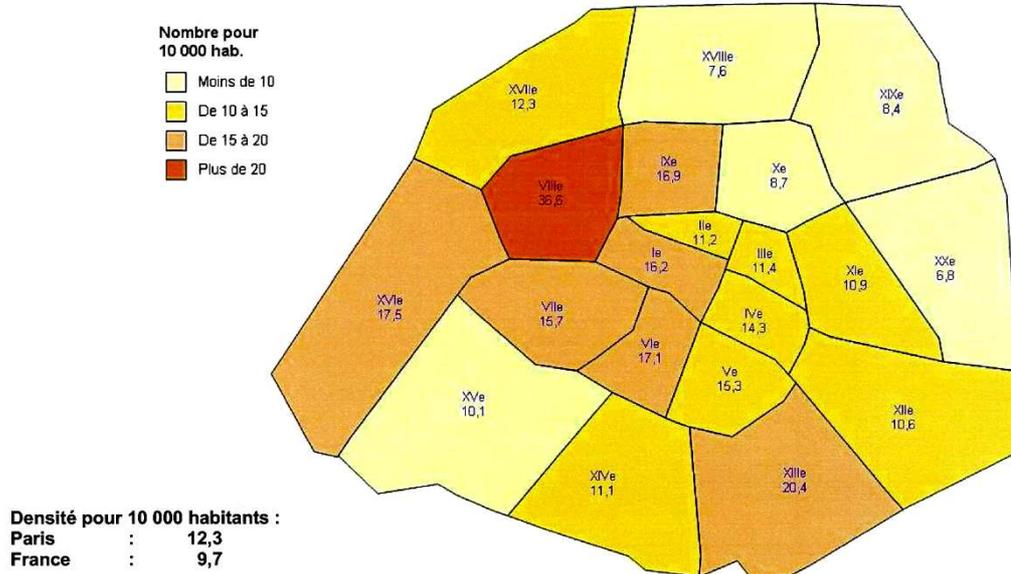
1.1. L'offre de soins libérale

a. Les médecins libéraux

➔ Les données démographiques



Densité des omnipraticiens pour 10 000 habitants

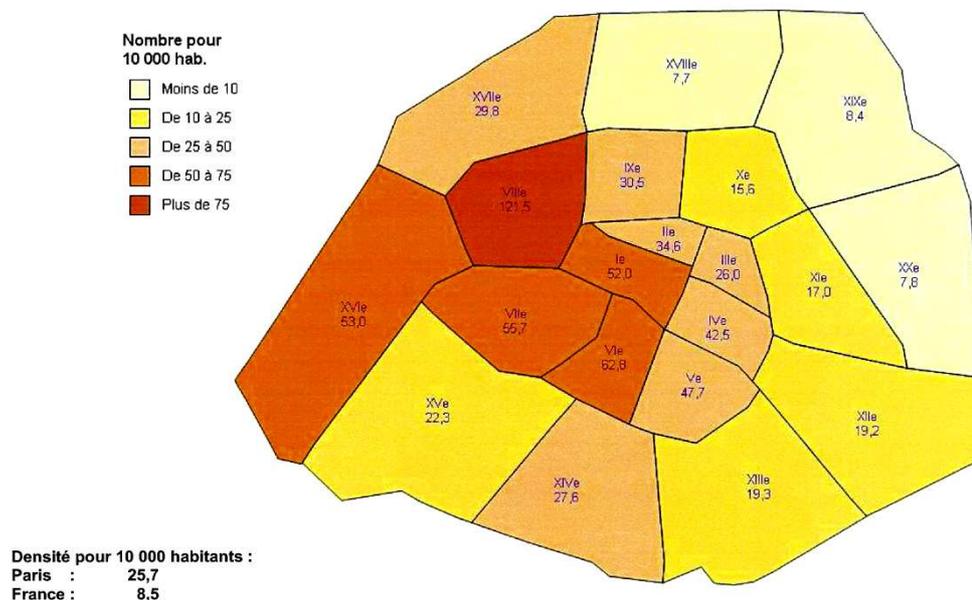


Comme on peut le constater, les disparités sont fortes entre les arrondissements « surdotés » en omnipraticiens, notamment le 8^{ème} arrondissement et le 13^{ème} arrondissement où leur densité est double ou triple de la moyenne nationale (9,7/10 000 habitants) et les **trois arrondissements du nord-est parisien, où la densité moyenne (7,6) est nettement inférieure à la moyenne nationale.**

Cependant, la densité d'omnipraticiens par arrondissement figurant sur la figure ci-dessus doit-elle être corrigée compte tenu des deux caractéristiques parisiennes que sont la forte proportion de MEP et un nombre plus restreint de médecins généralistes de plein exercice.

Pour les médecins spécialistes, la situation est radicalement différente avec une surdensité globale pratiquement triple de la densité moyenne nationale, mais avec de très fortes disparités allant de 36,5 spécialistes pour 10 000 habitants dans le 8^{ème} arrondissement à 7,8 (soit une densité inférieure à la moyenne nationale) dans le 20^{ème} arrondissement, le nord-est parisien (18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements) étant également sous-dotés en médecins spécialistes.

Densité des spécialistes pour 10 000 habitants



Comme pour les omnipraticiens, les données démographiques des médecins spécialistes libéraux sont à corriger, compte tenu du fait que seulement 32 % d'entre eux ont un exercice libéral plein, les 68 % autres exerçant parallèlement une activité hospitalière ou salariée.

Tous médecins libéraux parisiens confondus, le pourcentage de praticiens à exercice mixte est de 60 %, alors qu'il n'est que de 40 % au niveau national.

➔ **La répartition des spécialités et les pratiques tarifaires**

Répartition des praticiens par spécialité et par secteur conventionnel

Spécialités	NON conv.	Conv. strict	Conv. Avec DP	Honoraires libres	Total
Anatomie cyto-pathologique		44		23	67
Anesthésiologie		117		108	225
Chirurgie générale	4	17	22	174	217
Chirurgie infantile				4	4
Chirurgie maxillo-faciale				2	2
Chirurgie maxillo-faciale - Stomatologie		1		9	10
Chirurgie orthopédique		11	8	159	178
Chirurgie plastique - Reconstruction/Esthétique	2	19	4	120	145
Chirurgie thoracique cardio-vasculaire		5		4	9
Chirurgie urologique		1	3	45	49
Chirurgie vasculaire		1	1	12	14
Chirurgie viscérale et digestive	1		1	22	24
Dermatologie -Vénérologie	6	57	5	277	345
Endocrinologie - Métabolisme	2	10	1	60	73
Gastro-entérologie et hépatologie	1	29	3	127	160
Gynécologie médicale	1	23	7	195	226
Gynécologie obstétrique	1	37	7	301	346
Médecine biologique		61			61
Médecine interne	4	4	10	65	83
Médecine nucléaire		1			1
Médecine physique - Réadaptation		5		31	36
Néphrologie		16		1	17
Neurochirurgie		2	2	13	17
Neurologie		14		54	68
Neuropsychiatrie	3	19	21	33	76
Obstétrique		1		8	9
Oncologie médicale		2		9	11
Oncologie radio thérapeutique	1	1		2	4
Ophthalmologie	1	61	13	342	417
Oto-rhino-laryngologie	2	12	5	173	192
Pathologie cardio-vasculaire	2	128	21	158	309
Pédiatrie	2	75	6	151	234
Pneumologie		16	1	27	44
Psychiatrie générale	28	584	2	744	1358
Psychiatrie infantile		4		6	10
Radiodiagnostic -Imagerie médicale		134	4	179	317
Radiothérapie		6		4	10
Rhumatologie		19	8	117	144
Stomatologie	5	55	5	71	136
Total des spécialistes	66	1592	160	3830	5648

Les six spécialités les plus représentées à Paris sont la psychiatrie (24 %), l'ophtalmologie (7,4 %), la gynécologie (6,1%), la dermatologie (6,1 %), la radiologie (5,6 %) et la cardiologie (5,5 %).

72 % des médecins spécialistes parisiens sont en secteur 2 ou titulaires du droit permanent à dépassement (DP) et, en particulier, 93 % des ORL, 92 % des chirurgiens, 89 % des gynécologues et 85 % des ophtalmos.

Le pourcentage moyen de dépassements observés en 2006 pour l'ensemble des spécialistes parisiens se situe pour les consultations à 125,1 % des tarifs de base pour les consultations dont :

- 188 % pour les chirurgiens,
- 160 % pour les gynécologues,
- 159 % pour les gastro-entérologues,
- 157 % pour les rhumatologues.

Pour les actes techniques la moyenne du pourcentage de dépassement observé se situe à 95 %.

Ces pourcentages moyens de dépassements atteignant parfois des montants exorbitants dans le 9^{ème} décile des recensements réalisés par la CPAM de Paris...

Le pourcentage de médecins hospitaliers plein temps exerçant une activité libérale et qui n'appliquent pas les tarifs conventionnels est encore plus important que chez les médecins de ville : 97 %.

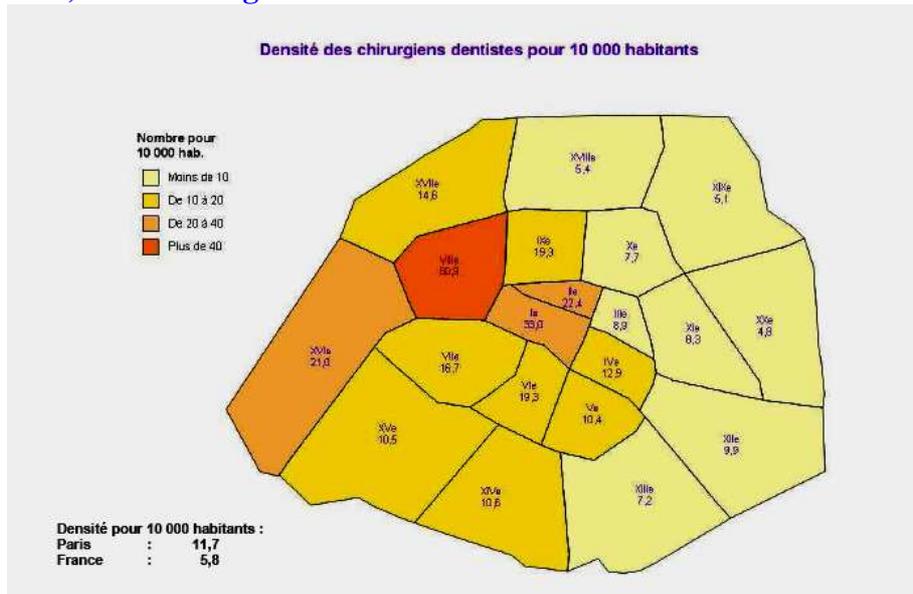
C'est là aussi que l'on constate parfois des montants de dépassements très élevés : 1 500 € de dépassement pour un neurochirurgien plein temps d'un CHU parisien...

Concernant les médecins généralistes parisiens, le pourcentage moyen de dépassements d'honoraires observés est plus faible : 76,4 % et surtout portent sur des actes de valeur plus faible : 22 €, avec de rares actes techniques.

Au total, l'offre de soins de médecine libérale à Paris se caractérise par :

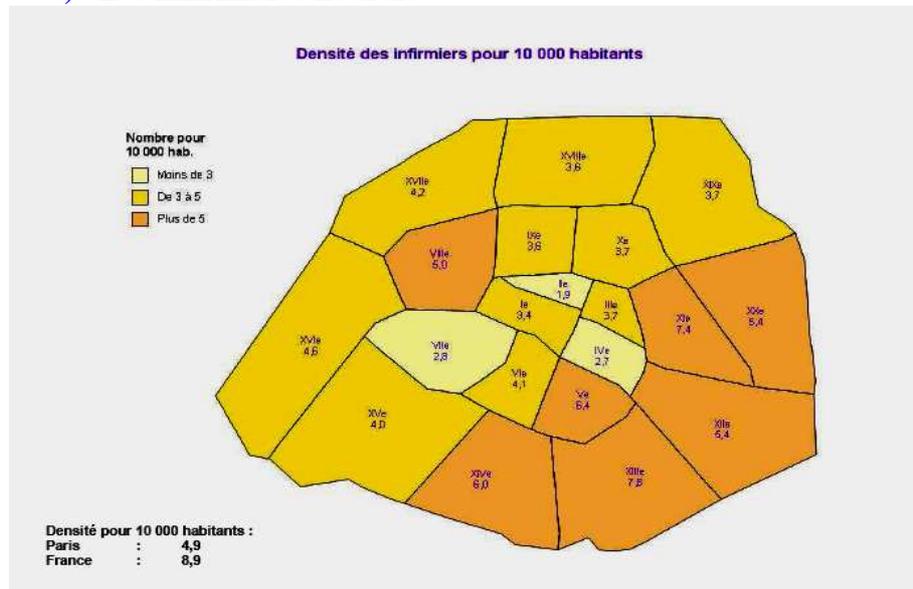
- ***un ratio généralistes/spécialistes plus de deux fois inférieur à la moyenne nationale,***
- ***une densité de « vrais généralistes » par habitants inférieure à la moyenne nationale,***
- ***des médecins libéraux à temps partiel, 60 % d'entre eux ayant une autre activité salariée ou hospitalière (pour 40 % France entière),***
- ***une fréquence et un niveau de dépassements tarifaires les plus importants de France.***

b) Les chirurgiens-dentistes



Hormis pour les arrondissements du nord-est de Paris (18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements), la densité de chirurgiens-dentistes est plus élevée que la moyenne nationale et les tarifs appliqués pour les soins sont la plupart du temps les tarifs conventionnels. Il en va autrement pour l'orthodontie et surtout les prothèses.

c) Les infirmières libérales



C'est sans nul doute la catégorie de professionnels de santé dont le déficit est le plus frappant à Paris. La densité d'infirmiers pour 10 000 habitants se situe en effet à la moitié de la moyenne nationale avec, là aussi, un déficit encore plus marqué pour les arrondissements du nord-est parisien.

1.2. Les structures

a) Les établissements de santé

Etablissements de santé parisiens

LES ETABLISSEMENTS DE SANTE	2008
Hôpitaux de l'A.P. / H.P.	17
Etablissements Participant au Service Publique Hospitalier (PSPH) - MCO	9
Etablissements Publics de Santé (EPS)	3
Hôpital militaire	1
Etablissements Publics à but Non Lucratif (PNL)	16
Centre de Lutte contre le Cancer	1
Cliniques privées *	38
TOTAL	85

* dont 1 clinique non conventionnée

Source = CRAMIF - DIRES Hôpitaux

La concentration d'un nombre important d'établissements de santé est une autre caractéristique de l'offre de soins parisienne. Leur rôle dans la réponse à la demande de soins non programmés est particulièrement important. Il sera détaillé plus avant.

b) Les centres de santé

A fin 2008, Paris compte 96 centres de santé. 87 d'entre eux sont conventionnés. Les 9 autres n'ont pas signé la Convention nationale de 2003, mais pratiquent le tiers payant au titre du « maintien du régime antérieur ».

Répartition des centres de santé par catégorie

(Effectifs 2008)

Centres de santé polyvalents	37
Centres de santé médicaux	33
Centres de santé dentaires	19
Centres de soins infirmiers	7
Total	96

Sur les 1 454 centres de santé recensés par l'Assurance Maladie en France, Paris est le département qui en compte le plus grand nombre.

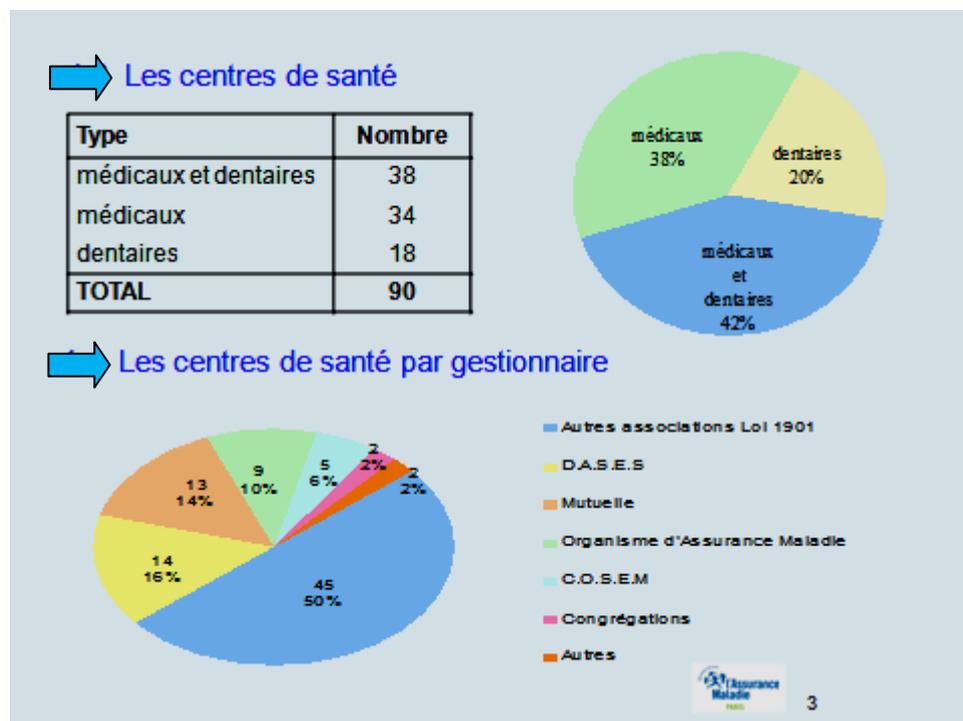
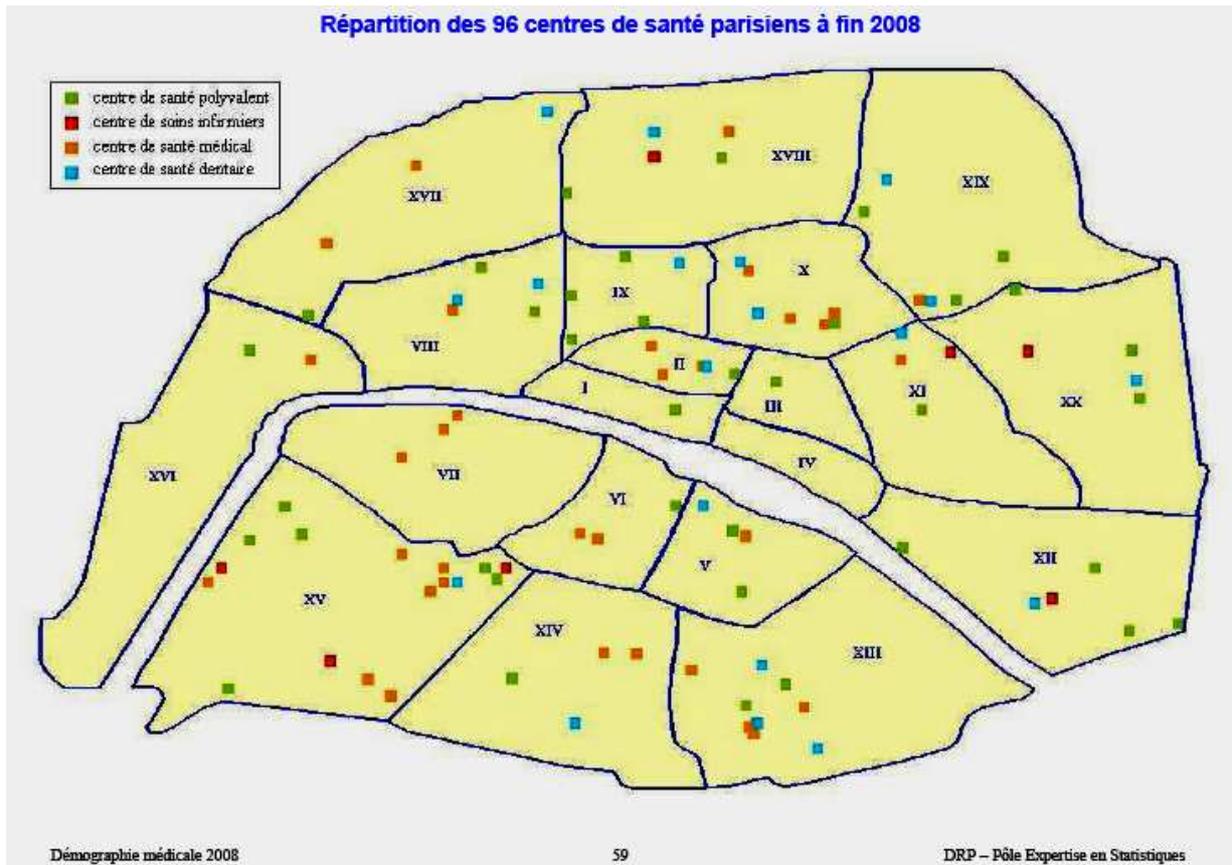
On n'en retrouve que 16 pour l'ensemble du département des Bouches-du-Rhône (Marseille compris) et 7 pour le département du Rhône (Lyon compris), un seul à Bordeaux et 2 à Lille.

Compte tenu du nombre de centres de santé à Paris, de la variété d'associations et de fondations, outre les mutuelles, ayant procédé à leur implantation et de leur ancienneté, on peut en déduire que les problèmes d'accès aux soins de la population ont de tous temps constitué une préoccupation pour les responsables politiques locaux et nationaux.

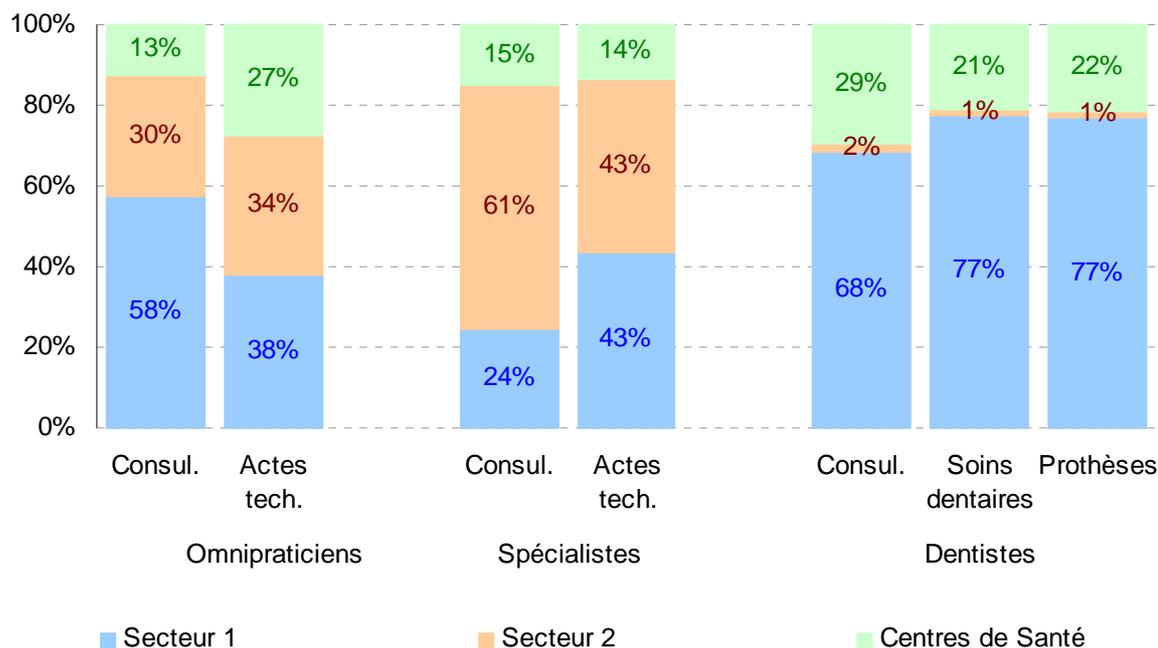
Cette tradition historique du développement de centres de santé à Paris semble d'ailleurs se poursuivre, bien que sous des formes différentes, avec les initiatives parisiennes dans le domaine de l'accès aux soins de plusieurs ONG, la Capitale étant aussi un important lieu d'accueil de populations émigrées en situation régulière ou pas.

Héritage aussi de l'histoire de leur implantation, il ne semble pas y avoir de corrélation entre le nombre de centres de santé relevés dans les différents arrondissements et les besoins de leurs habitants au regard du reste de l'offre de soins. On remarque ainsi dans la figure ci-après, que le 13^{ème} arrondissement et le 15^{ème} arrondissement, qui comptent le plus grand nombre de centres de santé, sont loin d'être les arrondissements dans lesquels l'offre de soins, y compris en secteur 1, est la plus faible.

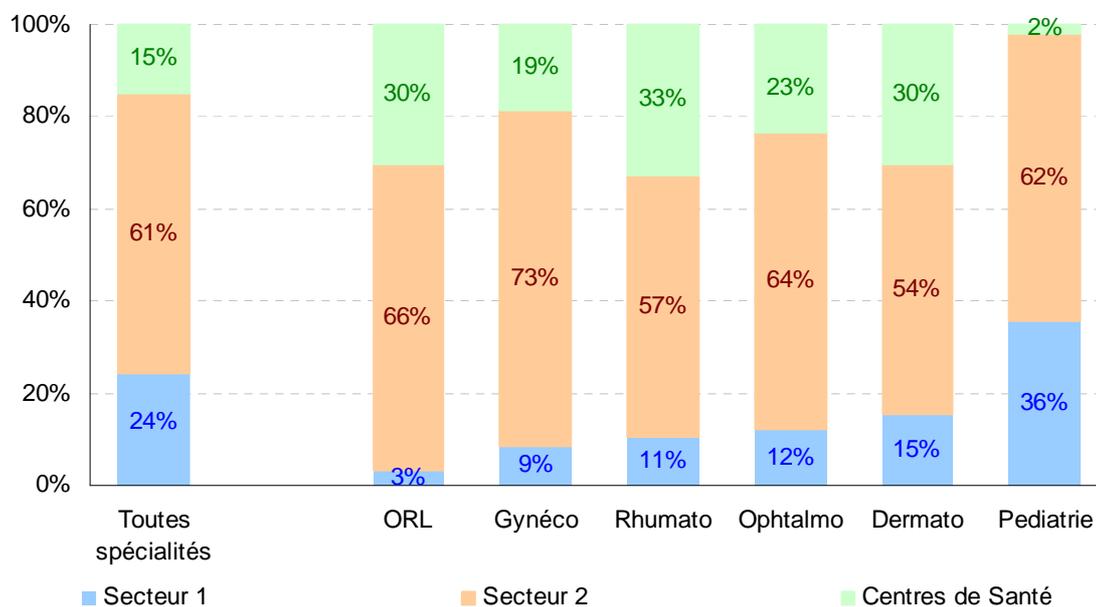
- **13^{ème} arrondissement** : 717 médecins libéraux, dont 368 généralistes (89 % en secteur 1) et 349 spécialistes (37 % en secteur 1). La densité de médecins pour 10 000 habitants est de 39,7. Il y a **9 centres de santé**.
- **15^{ème} arrondissement** : 762 médecins libéraux, dont 238 généralistes (49 % en secteur 1) et 524 spécialistes (28 % en secteur 1). La densité de médecins pour 10 000 habitants est de 32,4 (moyenne nationale : 18,3). La densité de médecins généralistes n'est que de 11,9. Il y a **17 centres de santé**.
- **18^{ème} arrondissement** : 292 médecins libéraux, dont 145 généralistes (72 % en secteur 1) et 147 spécialistes (47 % en secteur 1). La densité de médecins pour 10 000 habitants est de 15,3 (moyenne nationale : 18,3). La densité de généralistes est de 7,6 (moyenne nationale : 9,7). Il y a **5 centres de santé**.
- **19^{ème} arrondissement** : 315 médecins libéraux, dont 158 généralistes (80 % en secteur 1) et 157 spécialistes (50 % en secteur 1). La densité totale de médecins pour 10 000 habitants est de 16,8 (moyenne nationale : 18,3). La densité de généralistes est de 8,4 (moyenne nationale : 9,7). Il y a **6 centres de santé**.
- **20^{ème} arrondissement** : 285 médecins libéraux, dont 133 généralistes (83 % en secteur 1) et 152 spécialistes (46 % en secteur 1). La densité totale de médecins pour 10 000 habitants est de 16,6 (moyenne nationale : 18,3). La densité de généralistes est de 6,8 (moyenne nationale : 9,7). Il y a **5 centres de santé**.



Une contribution à l'offre de soins parisienne aux tarifs opposables significative



Surtout pour certaines spécialités



Ces pourcentages globaux de la contribution des centres de santé à l'offre de soins à Paris sont évidemment bien loin de refléter la part que représentent les centres de santé dans les soins délivrés aux populations modestes ou précaires.

1.3. Conclusion

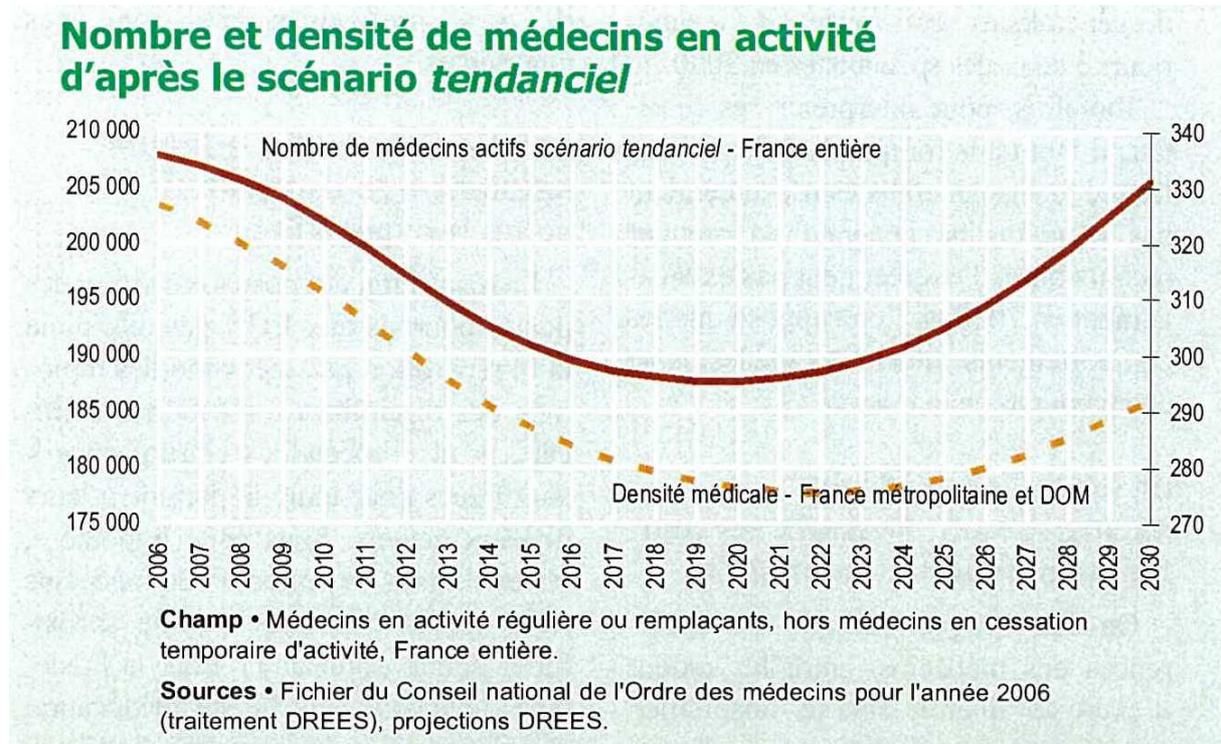
L'étude détaillée de l'ensemble de l'offre de soins parisienne révèle une grave défaillance des soins de santé primaires en termes quantitatifs, en termes d'organisation et d'accessibilité.

Les densités de médecins généralistes et d'infirmiers sont très inférieures aux moyennes nationales, les spécialistes de « population » ou les plus fréquemment consultés (gynécologues, ophtalmologistes) exercent majoritairement en secteur à honoraires libres et les formes d'exercice permettant une prise en charge globale des patients sont peu répandues.

Dans ce contexte, les centres de santé polyvalents parisiens apparaissent comme les seules structures apportant une réponse à l'ensemble de ces problématiques même s'ils ne concernent qu'une faible partie de la population.

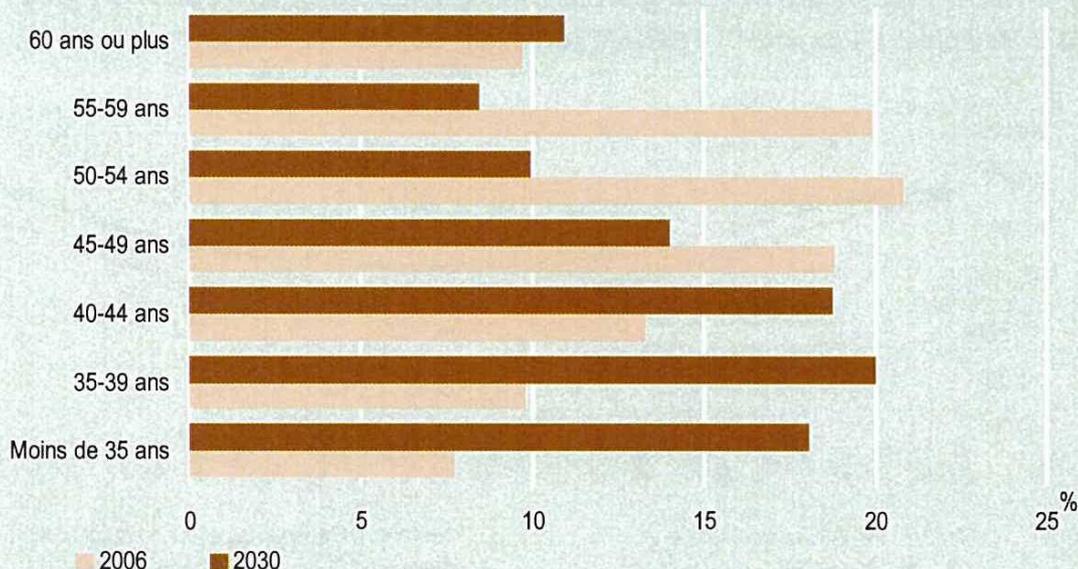
2. Les perspectives démographiques

2.1. Les perspectives nationales



Depuis longtemps annoncée, la décre démographique des médecins libéraux entre dans une phase d'accélération. Comme on peut le constater sur le diagramme ci-dessus, **c'est au cours de la période 2010 – 2015 que la décre sera la plus forte. Le nombre total de médecins passera de 200 000 à 190 000 et la densité médicale de 325 à 300.**

Répartition des médecins par âge en 2006 et en 2030 d'après le scénario tendanciel



Champ • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière

Sources • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

Durant la période 2010 – 2015, la proportion de médecins âgés de 55 ans et plus dépassera 50 %. Or, c'est dans cette tranche d'âge que les praticiens commencent à réduire de façon significative leur activité en commençant bien sur par les contraintes de la permanence des soins.

2.2. La situation en Ile-de-France

D'après les données disponibles en Ile-de-France, la décre démographique des médecins libéraux a déjà commencé et sera plus profonde que sur le reste du territoire :

- Entre 1997 et 2005 a déjà été observée une diminution de 7,7 % (source SNIR).
- De 2006 à 2030 est attendue une baisse des effectifs de 25,8 % (contre 10,6 % France entière) (source DREES). **Si l'on se réfère au diagramme n°1, la diminution des effectifs en Ile-de-France entre 2010 et 2015 pourrait atteindre 15 %.**
- 70 % des 16 640 médecins franciliens prendront leur retraite d'ici 2022 (source URML IDF).
- Des départs en retraite de plus en plus précoces : en 2003, 15,4 % des médecins prenaient leur retraite avant 65 ans. Ce pourcentage est passé à 25,6 % en 2005 (source CARMF).
- La forte baisse démographique attendue pour la période 2010-2015 n'épargnera évidemment pas le secteur hospitalier comme l'a récemment précisé Monsieur Benoît Leclercq, Directeur de l'APHP, auditionné par la MECSS :

« Tout cela s'inscrit dans un contexte de fort déclin de la démographie médicale : 45 praticiens hospitaliers de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris partiront en retraite en 2010, le double en 2011 et le triple en 2012. Par la suite, jusqu'en 2015, ce sont chaque année 200 médecins qui partiront en retraite, soit 18 % de nos effectifs et nous savons bien qu'ils ne seront pas tous remplacés ».

3. Les conséquences déjà observées, en termes de fréquentation des services d'urgences, de la situation de l'offre de soins à Paris et de la décélération démographique

Plus de 3 millions de passages par an dans les services d'urgences d'Ile-de-France. Plus de 300 passages/1 000 habitants : chaque année un Francilien sur trois se rend dans un service d'urgences (source ARHIF 2009).

PASSAGES AUX URGENCES

EVOLUTION depuis 2005

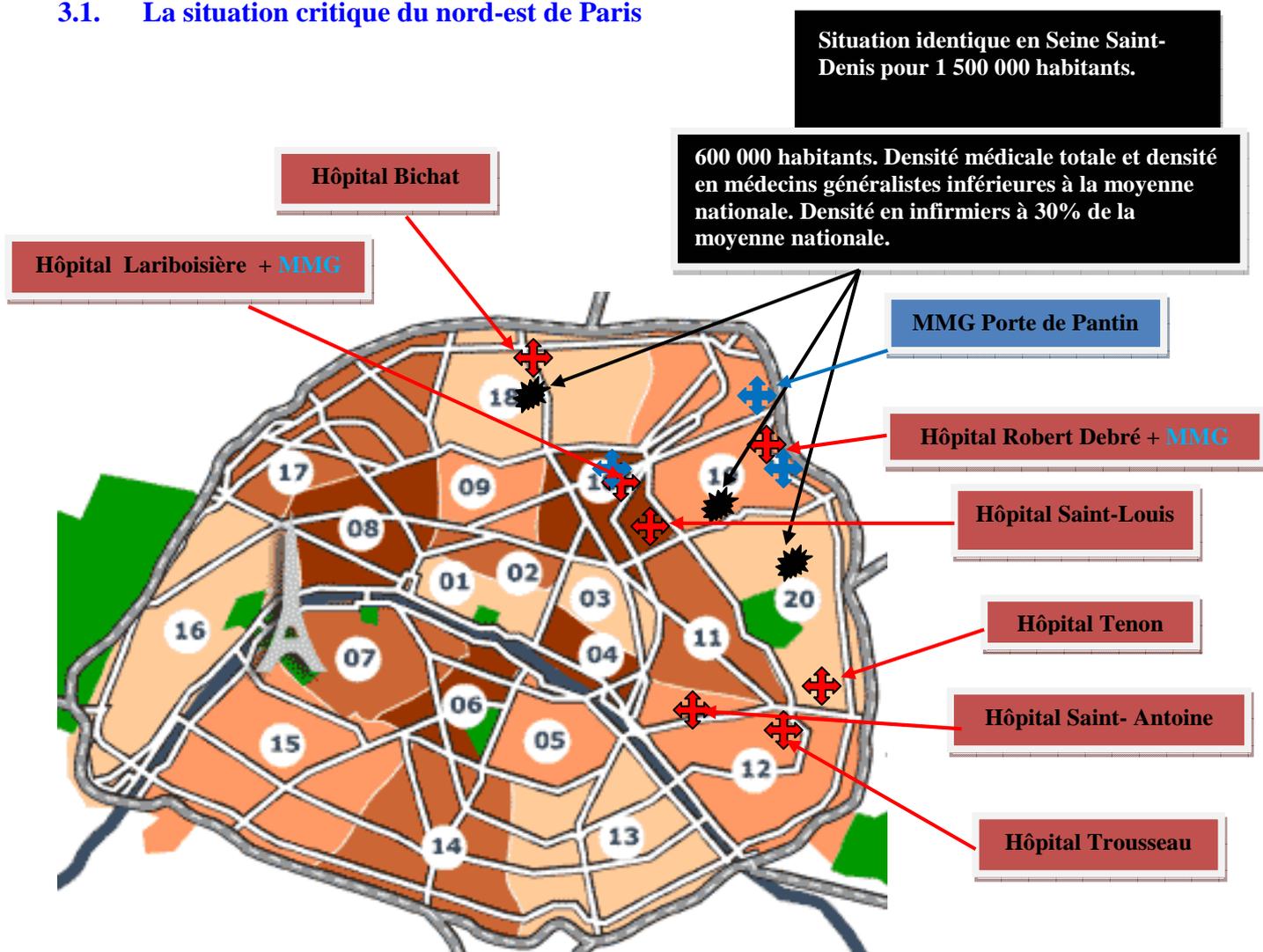
Sources EDP

	G.H.U.	HOPITAL	Passages				Evolution		Evolution hors LRB	
			2 005	2 006	2007	2 008	2007-2008	2005-2008	2007-2008	2005-2008
A D U L T E	OUEST	Ambroise-Paré	31 870	33 825	33 954	34 796	2,5%	9,2%	2,5%	9,2%
	SUD	Antoine-Bécîère	26 239	27 877	29 580	30 804	4,1%	17,4%	4,1%	17,4%
	NORD	Avicenne	33 947	35 239	35 834	36 309	1,3%	7,0%	1,3%	7,0%
	NORD	Beaujon	26 620	28 717	28 637	29 946	4,6%	12,5%	4,6%	12,5%
	SUD	Bicêtre	44 193	44 878	43 295	41 959	-3,1%	-5,1%	-3,1%	-5,1%
	NORD	Bichat	52 791	54 888	59 431	64 324	8,2%	21,8%	8,2%	21,8%
	OUEST	Cochin	44 957	44 921	47 184	47 242	0,1%	5,1%	0,1%	5,1%
	OUEST	H.E.G.P.	38 342	42 862	40 836	44 873	9,9%	17,0%	9,9%	17,0%
	SUD	Henri-Mondor	43 091	43 200	43 483	45 246	4,1%	5,0%	4,1%	5,0%
	OUEST	Hôtel-Dieu	42 202	43 418	42 067	40 384	-4,0%	-4,3%	-4,0%	-4,3%
	NORD	Jean-Verdier	26 509	27 554	26 737	26 552	-0,7%	0,2%	-0,7%	0,2%
	NORD	Lariboisière	72 335	72 996	75 209	86 017	14,4%	18,9%		
	NORD	Louis-Mourier	22 496	23 041	21 941	23 835	8,6%	6,0%	8,6%	8,0%
	EST	Pitié-Salpêtrière	71 772	75 058	82 443	79 078	-4,1%	10,2%	-4,1%	10,2%
	EST	Saint-Antoine	45 965	45 579	45 549	45 602	0,1%	-0,8%	0,1%	-0,8%
NORD	Saint-Louis	28 706	32 581	32 577	34 320	5,4%	19,6%	5,4%	19,6%	
EST	Tenon	39 578	42 810	45 758	44 961	-1,7%	13,6%	-1,7%	13,6%	
S/TOTAL ADULTE			691 613	719 443	734 510	756 248	3,0%	9,3%	2,2%	8,4%
E N F A N T	OUEST	Ambroise-Paré	21 080	18 429	20 376	21 033	3,2%	-0,2%	3,2%	-0,2%
	SUD	Antoine-Bécîère	17 815	18 554	19 211	20 279	5,6%	15,1%	5,6%	15,1%
	SUD	Bicêtre	26 935	27 137	26 412	25 608	-3,0%	-4,9%	-3,0%	-4,9%
	NORD	Jean-Verdier	25 673	27 243	27 729	26 526	-4,3%	3,3%	-4,3%	3,3%
	NORD	Louis-Mourier	26 657	28 139	27 982	29 199	4,3%	9,5%	4,3%	9,5%
	OUEST	Necker	42 027	43 544	48 376	45 521	-5,9%	8,3%	-5,9%	8,3%
	NORD	Robert-Debré	60 677	65 834	66 565	73 738	10,8%	21,5%	10,8%	21,5%
	OUEST	St Vincent de Paul	21 042	22 425	23 411	24 124	3,0%	14,6%	3,0%	14,6%
EST	Armand-Trousseau	36 759	41 095	38 895	40 885	5,1%	5,5%	5,1%	5,5%	
S/TOTAL PEDIATRIE			280 485	292 400	298 957	306 913	2,7%	9,4%	2,7%	9,4%
TOTAL			972 078	1 011 843	1 033 467	1 063 161	2,9%	9,4%	2,9%	9,4%

Une progression encore plus élevée du nombre de passages aux urgences dans les hôpitaux APHP du nord-est de Paris de 2005 à 2008 :

- Passages adultes : Avicenne 7 % ; Beaujon 12 % ; Louis Mourier 6 % ; Bichat 21,8 % ; Lariboisière 18,9 % ; Pitié-Salpêtrière 10,2 % ; Saint-Louis 19,6% ; Tenon 13,6 % (moyenne 13,6 %).
- Passages enfants : Robert Debré 21,5 % ; Armand Trousseau 5,5 % ; Louis Mourier 9,5 % (moyenne 12,16 %).

3.1. La situation critique du nord-est de Paris



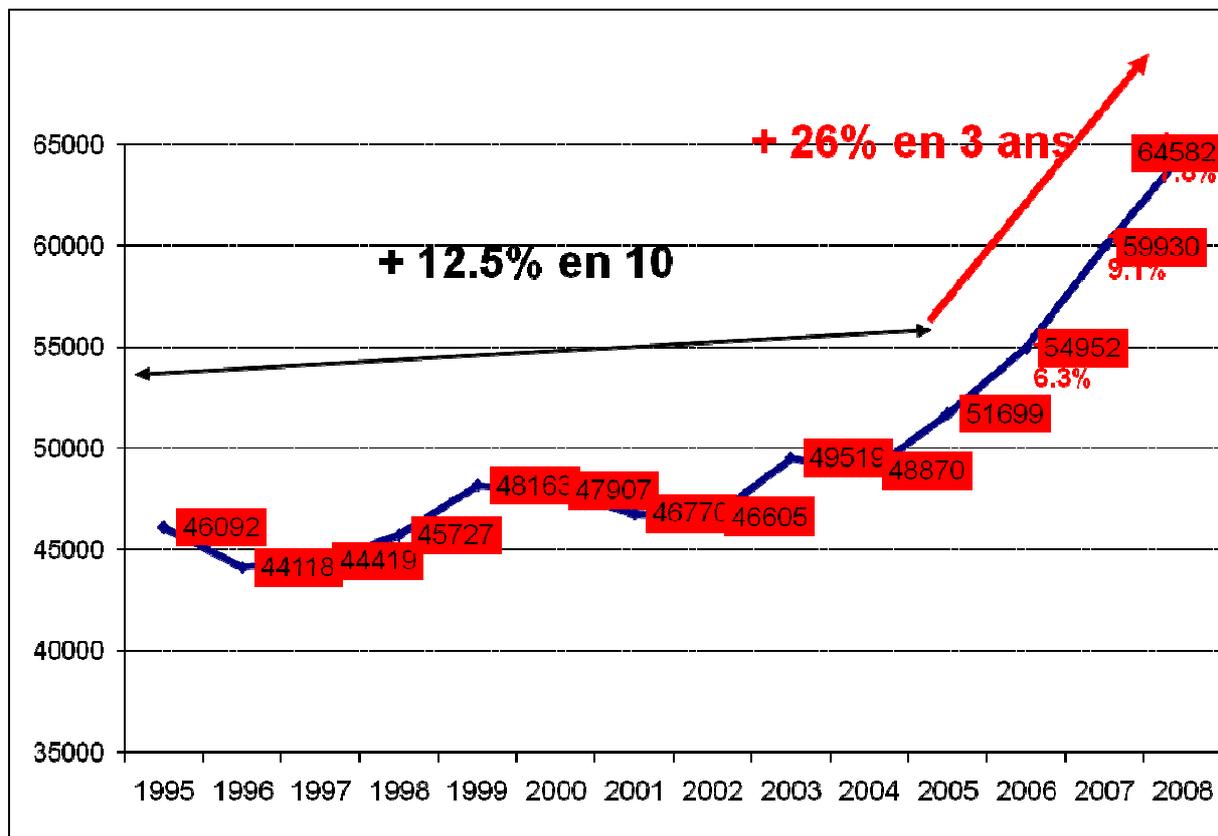
Les conditions d'accès aux soins de santé primaires pour ce bassin de population sont extrêmement défavorables, notamment pour la médecine générale et les soins infirmiers.

Si la densité moyenne d'omnipraticiens pour 10 000 habitants est de 7,6, abstraction faite des MEP, elle tombe à 5,3 pour les « vrais généralistes » et à 4,2 pour les généralistes secteur 1, sachant que 30 % d'entre eux ont un exercice mixte.

Les services d'urgences des hôpitaux constituent de fait, avec les 11 centres de santé existant pour les 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements, des lieux de recours aux soins de santé primaires très importants.

Avec la décélération démographique amorcée, la progression du nombre de passages au cours de ces trois dernières années observées à l'Hôpital Bichat dans le diagramme ci-après est très importante. On peut la transposer aux autres services d'urgences du nord-est parisien.

Evolution du nombre de passages aux urgences de l'Hôpital Bichat

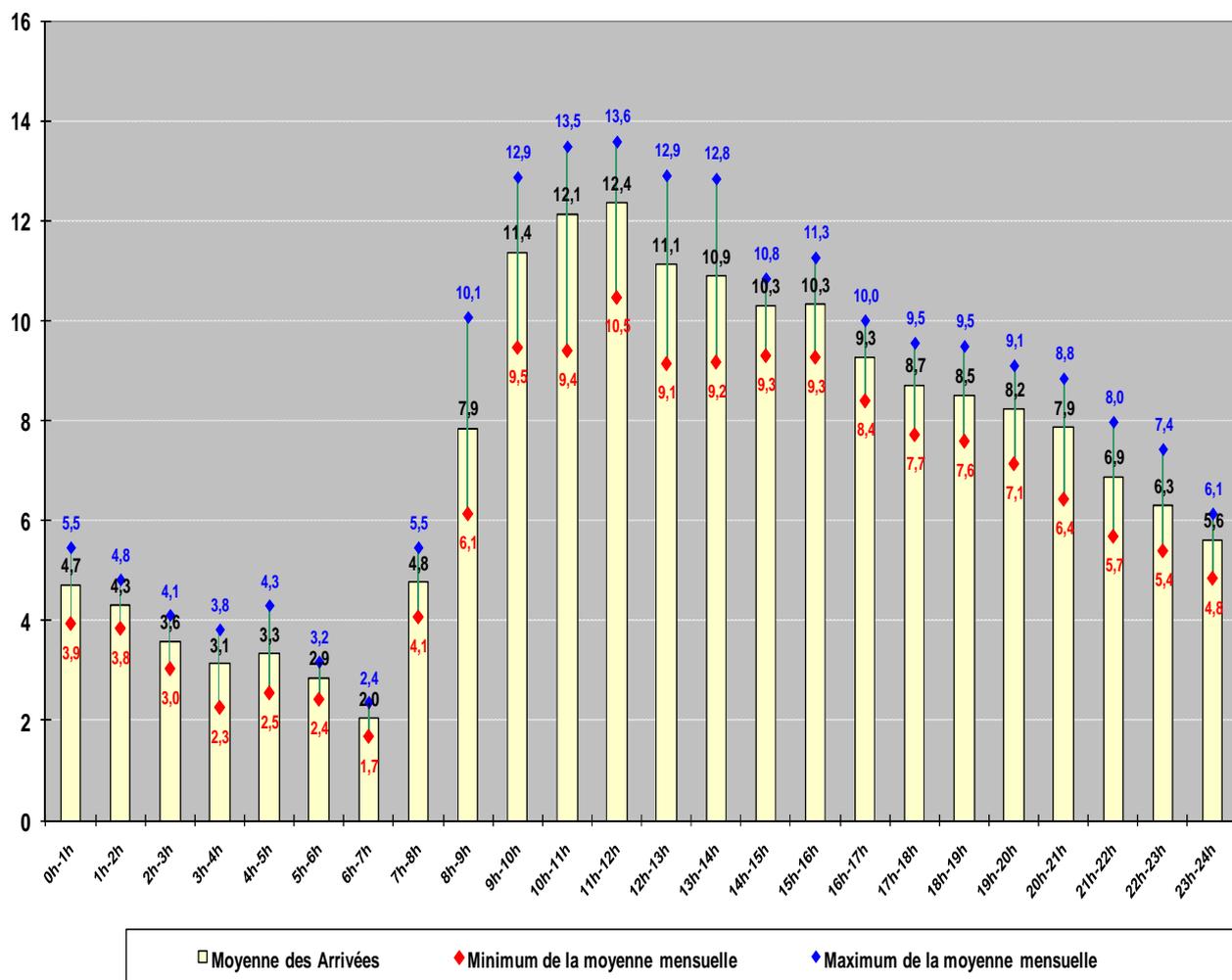


Avec une telle progression des venues, le service des urgences de Bichat doit faire face à un double engorgement :

- en amont, imposant la mise en service de nouvelles lignes de médecins et IAO, peu compatible avec les contraintes budgétaires de l'hôpital ;
- en aval, avec un nombre insuffisant de lits UHCD et les réserves faites par les différents services très spécialisés de l'hôpital pour les hospitalisations de second recours (*source Professeur Enrique Casalino*).

BICHAT

Nouveaux patients par tranche horaire de 01/2008 à 12/2008

ASSISTANCE
PUBLIQUE HÔPITAUX
DE PARIS

Comme on peut le constater dans le diagramme ci-dessus, c'est dans la tranche horaire 9 h – 18 h, qui est pourtant la pleine période d'ouverture des cabinets de médecins de ville, que le nombre de passages aux urgences de l'Hôpital Bichat est le plus important.

82 % des patients qui s'y présentent rentrent à leur domicile et 50 % d'entre eux n'auraient nécessité qu'une simple consultation.

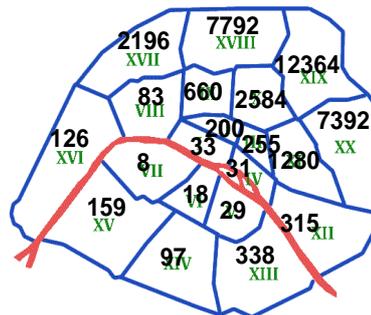
Les services d'urgences des hôpitaux constituent donc à la fois des lieux d'accueil de la DSNP hors des heures ouvrables et une réponse à la demande courante de soins primaires.

3.2. Les services d'urgences du nord-est parisiens lieu de recours de la banlieue, notamment du 93

Origine géographique des enfants vus au SAU pédiatrique Robert Debré en 2008

Département	N	%
• 75	35.963	48%
• Banlieue	36.297	50%
• 91	417	0,6%
• 92	3.223	4,4%
• 93	27.536	37,3%
• 94	1.650	2,2%
• 95	2.206	3,0%
• 77	769	1,0%
• 78	496	0,7%
• Régions	1.283	1,7%
• DOM/TOM	35	0,1%
• Etranger	262	0,4%

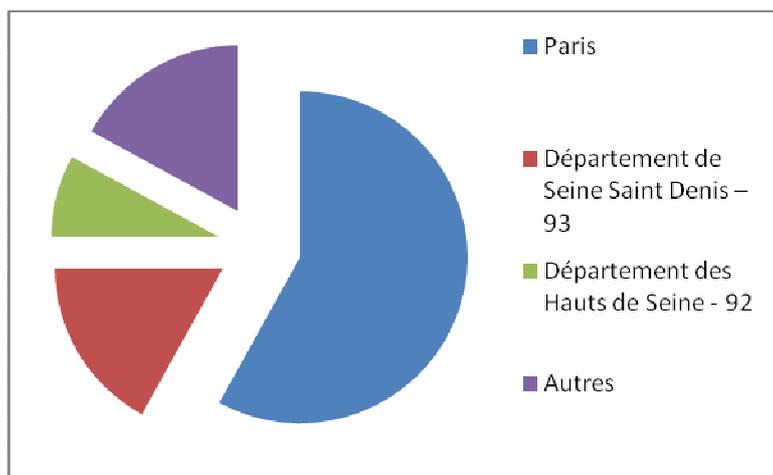
18^e – 19^e – 20^e Arrondissements: 77%



94% par moyens personnels
3,7% par pompiers
1,7% par ambulance
0,4% par SMUR

(Source Professeur Jean-Christophe Mercier - Hôpital Robert Debré)

Origine géographique des patients vus aux urgences de l'Hôpital Bichat en 2008



(Source Professeur Enriquer Casalino - Hôpital Bichat)

La réflexion sur l'accès aux soins de santé primaires des habitants du nord-est de Paris doit prendre en compte les « fuites » des départements limitrophes, notamment la Seine Saint-Denis.

3.3. Conclusion

La forte récession de la démographie médicale attendue au cours des cinq prochaines années se manifestera de façon encore plus importante à Paris et concernera toutes les catégories de médecins, libéraux ou hospitaliers.

Mais elle va prioritairement concerner les médecins généralistes.

Déjà peu enclins à s'installer (la démographie des médecins généralistes libéraux est restée constante en France entre 1995 et 2005, alors que le nombre total de médecins progressait), **ils ne peuvent s'établir à Paris, compte tenu du coût du foncier et de leur impossibilité de choisir le secteur 2.**

De sorte que, comme nous l'avons vu plus haut, les services d'urgences des hôpitaux et les centres de santé sont appelés à constituer l'essentiel de la réponse à la demande de soins de première intention au cours de la prochaine décennie, notamment pour la partie nord-est de la capitale et la partie mitoyenne du 93.

4. Les centres de santé étudiés

A la suite d'une réunion d'information à laquelle ont été conviés l'ensemble des centres de santé parisiens, le comité de pilotage de l'étude a constitué un panel comportant, d'une part, les 8 centres de santé gérés par la DASES pour lesquels la Mairie de Paris souhaitait une étude spécifique et, d'autre part, 10 autres structures choisies selon leur importance et leur lieu d'implantation parmi les centres volontaires.

Afin de pouvoir tirer de l'étude les informations les plus pertinentes, le comité de pilotage s'est efforcé de rassembler dans le panel à la fois des structures en grande difficulté financière et des structures paraissant économiquement équilibrées.

De la même façon, si le choix s'est prioritairement attaché à étudier les centres situés dans les quartiers populaires ou précaires du nord-est parisien, il est apparu important d'étudier aussi la situation de centres situés dans des arrondissements plus aisés (14^{ème} et 15^{ème}) et paraissant s'adresser à une patientèle plus socialement favorisée.

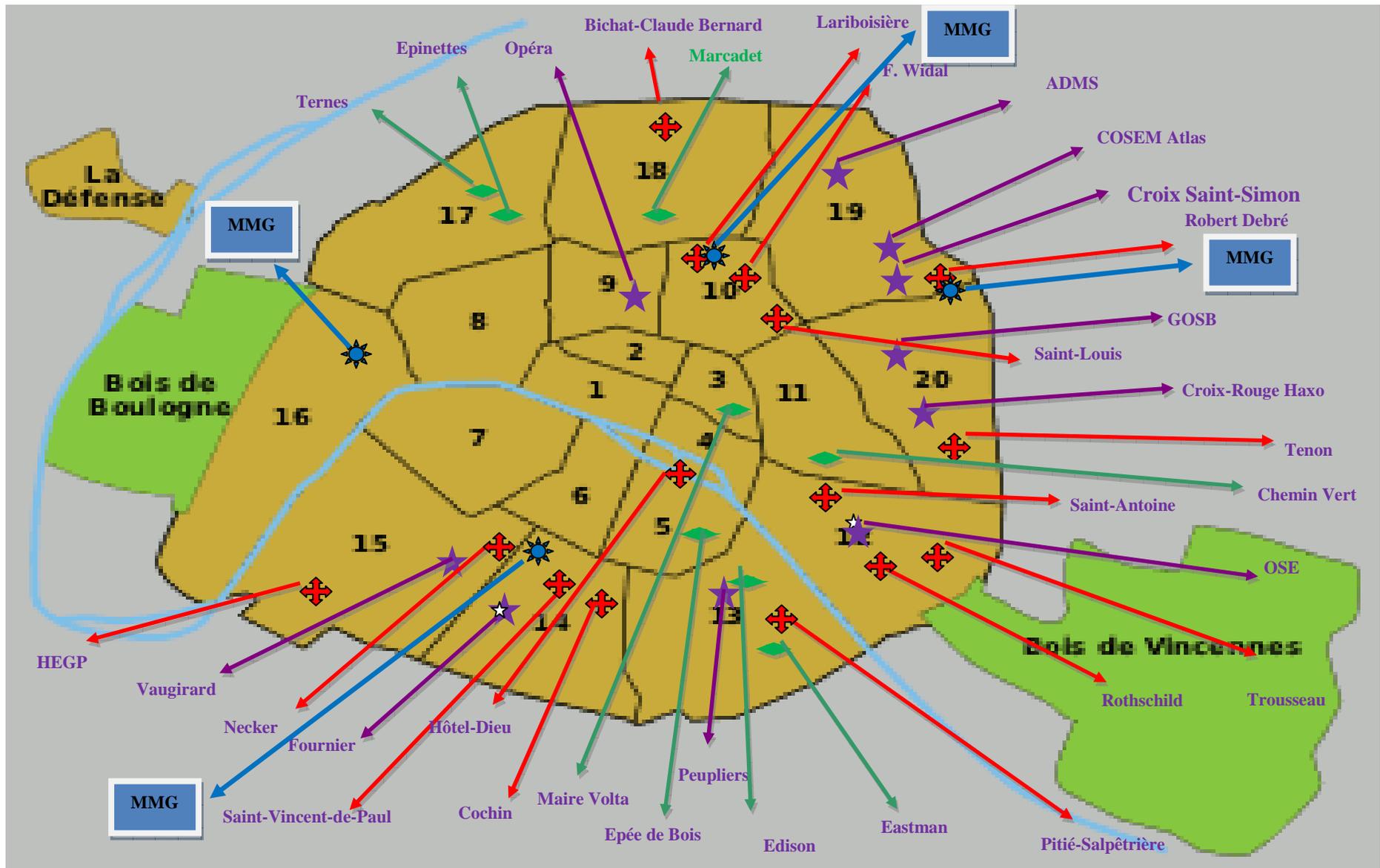
Ne sont concernées par cette étude que des structures régies par l'Article L6323-1 du Code de la santé publique et ayant adhéré à l'accord national Caisses d'Assurance Maladie/Centres de Santé du 19 avril 2003 reconduit.

➔ Les 8 centres DASES

- Au Maire Volta, centre polyvalent du 3^{ème} arrondissement
- Epée de Bois, centre polyvalent du 5^{ème} arrondissement
- Chemin Vert, centre polyvalent du 11^{ème} arrondissement
- Eastman, centre dentaire de l'enfance du 13^{ème} arrondissement
- Edison, centre polyvalent du 13^{ème} arrondissement
- Ternes, centre de santé polyvalent du 17^{ème} arrondissement
- Epinettes, centre dentaire du 17^{ème} arrondissement
- Marcadet, centre polyvalent du 18^{ème} arrondissement

➔ Les 10 autres centres

- Opéra, centre polyvalent du 9^{ème} arrondissement
- OSE, centre polyvalent du 12^{ème} arrondissement
- Peupliers, centre polyvalent du 13^{ème} arrondissement
- Fournier, centre polyvalent du 14^{ème} arrondissement
- Vaugirard, centre polyvalent du 15^{ème} arrondissement
- COSEM Atlas, centre polyvalent du 19^{ème} arrondissement
- Croix Saint-Simon, centre polyvalent du 19^{ème} arrondissement
- ADMS, centre polyvalent du 19^{ème} arrondissement
- Croix-Rouge Haxo, centre polyvalent du 20^{ème} arrondissement
- GOSB, centre polyvalent du 20^{ème} arrondissement



4.1. Des centres très hétérogènes

Centre de santé	Nombre de professionnels de santé	Nombre annuel de passages	Superficie des locaux
Centre n°1	20	18 000	300 m ²
Centre n°2	3	6 813	80 m²
Centre n°3	14	11 622	458 m ²
Centre n°4	15	8 539	255 m ²
Centre n°5	21	13 000	268 m ²
Centre n°6	41	10 000	1500 m ²
Centre n°7	15	6 480	288 m²
Centre n°8	10	9 500	260 m ²
Centre n°9	120	200 000	5 143 m²
Centre n°10	111	142 385	990 m ²
Centre n°11	68	41 741	588 m ²
Centre n°12	50	91 891	1 600 m ²
Centre n°13	63	76 244	1 100 m ²
Centre n°14	118	174 408	2 630 m²
Centre n°15	26	31 932	600 m ²
Centre n°16	32	47 000	1 300 m ²
Centre n°17	33	45 000	540 m ²
Centre n°18	29	43 112	220 m ²

Cette grande disparité entre de très petites structures ayant conservé les locaux et le type d'offre de soins qui étaient adaptés à une patientèle très défavorisée voici plusieurs dizaines d'années et les plus gros centres aux allures de polycliniques est l'une des caractéristiques du tissu des centres de santé parisiens.

4.2. Une méthodologie commune mise en œuvre en quatre phases distinctes

- **Un diagnostic organisationnel externe à partir d'une grille type de 10 critères**
 1. Facilités d'accès signalisation - parking.
 2. Management général du centre.
 3. Accueil y compris téléphonique, orientation et parcours patients.
 4. Amplitude d'ouverture.
 5. Activités, nombre de passages au regard du nombre de professionnels.
 6. Dynamique d'équipe.
 7. Projet d'établissement.
 8. Délais de rendez-vous.
 9. Informatique interne et gestion.
 10. Dossier médical.

- **Un audit financier guidé (tableau Excel + document Word)**

- **Des séances d'auto-évaluation guidées, afin de recueillir les avis des acteurs de chaque centre de santé**

- **Des enquêtes auprès des usagers de chaque centre de santé**

Tableau n° 1 - Résultats globaux

Centre de santé	Charges locatives	Résultat financier	Coût du tiers payant	Coût total par passage	Solde par passage	Situation par rapport aux options	Ratio soignants/personnel total	Ratio soignants/support soignants	Score organisationnel
Centre n° 1	0	- 28 %	5,37 €/acte	39 €	- 9,30 €	Non optant	0,96	1,44	23.5
Centre n° 2	0	Equilibre -	5,44 €/acte	92 €	- 0,60 €	Non optant	0,35	0,70	16.5
Centre n° 3	0	- 75 %	5,50 €/acte	55 €	- 28,86 €	Non optant	0,46	2,64	18.5
Centre n° 4	0	- 170 %	5,65 €/acte	78 €	- 48,50 €	Non optant	0,88	1,33	26.5
Centre n° 5	0	- 110 %	9,41 €/acte	61,20 €	- 39,50 €	Non optant	0,31	0,38	13.5
Centre n° 6	0	- 130 %	5,23 €/acte	43 €	- 28 €	Non optant	0,60	3,06	17.5
Centre n° 7	0	- 30 %	4,46 €/acte	47 €	- 19,31 €	Non optant	0,60	0,80	19.5
Centre n° 8	0	- 30 %	7,86 €/acte	69 €	- 29 €	Non optant	0,81	0,58	13
Centre n° 9	7 %	Equilibre -	1,50 €/acte	55 €	- 1 €	Non optant	0,73	1,07	26
Centre n° 10	6 %	Equilibre -	4,19 €/acte	58,20 €	- 0,30 €	Optant	0,61	1,68	30,5
Centre n° 11	0	- 13 %	2,62 €/acte	58,75 €	- 6,15 €	Non optant	0,81	1,89	21
Centre n° 12	0	Equilibre +	5,59 €/acte	48 €	+ 0,15 €	Optant	0,78	0,87	20
Centre n° 13	0	Equilibre +	1,28 €/acte	57,10 €	+ 0,1 €	Non optant	0,54	1,6	36
Centre n° 14	0	- 40 %	3,15 €/acte	81,81 €	- 26 €	Non optant	0,33	0,93	26.5
Centre n° 15	9 %	- 50 %	3,21€/acte	57,60 €	- 20,70 €	Non optant	0,94	1,85	28
Centre n° 16	7,5 %	- 15 %	5,35 €/acte	51,50 €	- 6,60 €	Non optant	0,34	0,45	23.5
Centre n° 17	6 %	Equilibre +	2,52 €/acte	42,30 €	+ 0,74 €	Optant	0,83	1,25	30.5
Centre n° 18	7 %	Excédent 6%	0,65 €/acte	43,90 €	+ 0,80 €	Non optant	1,44	3,01	30,5

Notes - Tableau n° 1

- ➔ Pour chacun des dix items retenus pour le score organisationnel, une note de 1 à 5 a été attribuée. La note moyenne totale de l'ensemble est donc de 25. Les centres ayant atteint ce score sont surlignés en vert.
- ➔ Le coût total par passage a été obtenu en totalisant l'ensemble du chiffre d'affaires du centre auquel sont rajoutées, le cas échéant, les subventions d'équilibre du gestionnaire.
- ➔ Le coût total par passage, très différent selon le centre, est à mettre en relation avec la nature de ses activités. Certains centres du panel sont uniquement des centres dentaires avec un coût de passage plus élevé que celui des centres polyvalents.
- ➔ Par construction, le solde par passage est le coût (ou le bénéfice) par acte restant pour le gestionnaire.
- ➔ Les ratios : nous avons préféré calculer ces ratios en ETP plutôt que les ratios en coût. Cette dernière méthode faisant intervenir deux variables : le niveau de rémunération des soignants et le niveau de rémunération du personnel support, paramètres trop différents d'une structure à l'autre.
- ➔ Le résultat financier global de chaque centre a été établi avec les données renseignées par chaque structure du tableau Excel qui leur a été fourni. Cette méthodologie commune aura notamment permis de reconstituer une comptabilité analytique quand elle n'existait pas et d'en déduire un ensemble de préconisations à caractère purement financier. Seuls deux centres de santé du panel n'ont pas pu produire les données financières sous la forme réclamée : **le centre n° 15 et le centre n° 17**. Des remarques ont été formulées dans le rapport spécifique les concernant et le résultat final négatif du centre n° 15, apparemment paradoxal au regard des autres critères, est à observer avec prudence.
- ➔ Seuls trois centres de santé ont adhéré aux options de coordination pour la médecine générale ou les soins dentaires prévues par la Convention Caisses d'Assurance Maladie/Centres de santé.

Tableau n° 2 - Mode de rémunération et activité des praticiens

Centre de santé	Niveau et mode de rémunération	Activité annuelle par praticien (ETP)
Centre n° 1	Médecin généraliste : 50 % des honoraires + 10 % pour congés payés	2 249 actes
Centre n° 2	Médecin généraliste : 50 % des honoraires + 10 % pour congés payés	2 790 actes
Centre n° 3	Médecin généraliste : 50 % des honoraires + 10 % pour congés payés	3 620 actes
Centre n° 4	Pour tous les professionnels de santé : salaires horaires	1 533 actes
Centre n° 5	Chirurgiens-dentistes : salaires horaires	1 912 actes
Centre n° 6	Médecin généraliste : 50 % des honoraires + 10 % pour congés payés	3 287 actes
Centre n° 7	Chirurgiens-dentistes : 50 % des honoraires + 10 % pour congés payés	4 866 actes
Centre n° 8	Médecin généraliste : 50 % des honoraires + 10 % pour congés payés	1 741 actes
Centre n° 9	Médecin généraliste : forfait pour 30 à 50 % du revenu + 30 % honoraires	5 037 actes
Centre n° 10	Médecin généraliste : 27 % des honoraires + 10 % pour congés payés	4 950 actes
Centre n° 11	Médecin généraliste : 32,5 % des honoraires + 10 % pour congés payés	3 934 actes
Centre n° 12	Médecin généraliste : 40 % des honoraires, congés payés inclus	7 996 actes
Centre n° 13	Médecin généraliste : 35 % des honoraires + 10 % pour congés payés	9 892 actes
Centre n° 14	Médecin généraliste : 35 % des honoraires + 10 % pour congés payés	6 195 actes
Centre n° 15	Médecin généraliste : 35 % congés payés inclus	6 924 actes
Centre n° 16	Médecin généraliste : 40 % des honoraires + 10 % pour congés payés	6 087 actes
Centre n°17	Médecin généraliste : 38 % des honoraires + 10 % pour congés payés	7 481 actes
Centre n°18	Médecin généraliste : 40 % congés payés inclus	7 135 actes

Notes - Tableau n° 2

- L'objectif étant de comparer les niveaux et modes de composition des salaires des professionnels exerçant en centre de santé, nous avons choisi de n'y faire figurer que les médecins généralistes, s'il s'agissait de centres polyvalents, ou les chirurgiens-dentistes, dans le cas de centres dentaires exclusifs.
- On constate que le mode de rémunération le plus répandu est un salaire entièrement proportionnel à l'activité.
- Au regard du mode rémunération figure le nombre d'actes annuels réalisé par cette catégorie de professionnels du centre rapportée à l'unité ETP.
- On observe que la corrélation entre le mode de rémunération et la production d'actes par les praticiens n'est pas absolue, les généralistes des centres n° 1, n° 2, n° 3, n° 6 et n° 8 ont une rémunération avantageuse et une productivité faible à l'inverse des centres n° 10, n° 12, n° 13, n° 14, n° 15, n° 16, n° 17 et n° 18. D'autres facteurs interviennent pour la productivité (organisation du centre, horaires d'ouverture, etc.).
- En revanche, s'agissant des centres dentaires n° 5 et n° 7, le mode de rémunération semble avoir une influence directe.

Tableau n° 3 - Scores médecine générale des centres de santé audités

	Centre n° 1	Centre n° 2	Centre n° 3	Centre n° 4	Centre n° 5	Centre n° 6	Centre n° 7	Centre n° 8	Centre n° 9	Centre n° 10	Centre n° 11	Centre n° 12	Centre n° 13	Centre n° 14	Centre n° 15	Centre n° 16
Activité annuelle totale	6 480	8 539	10 000	13 000	31 932	174 402	43 112	47 000	45 000	91 891	142 385	200 000	41 741	76 244	9 500	11 622
Horaires d'ouverture généraux	1	3	1	2	3	4	4	3,5	3	4	4	2	2	3	1	1
Horaires d'ouverture médecine générale	1	2	2	2	3	4	4	3	3	4	3	2	2	1	2	2
Nombre total de médecins généralistes	2	4	4	2	8	28	5	5	7	13	17	11	14	1	1	3
ETP médecins généralistes	0,65	0,7	0,8	0,38	1,66	9	1,12	0,96	2,91	9,69	6,36	3,97	2,43	0,23	1	0,74
Temps de présence moyen par médecins généralistes	0,32 ETP	0,17 ETP	0,2 ETP	0,19 ETP	0,20 ETP	0,32 ETP	0,22 ETP	0,19 ETP	0,41 ETP	0,74 ETP	0,37 ETP	0,36 ETP	0,17 ETP	0,23 ETP	1 ETP	0,24 ETP
Nombre d'acte annuels/ETP médecins généralistes	1 741	2 790	1 533	2249	7 480	9 892	7 135	6 924	7 996	6 087	6 195	5 037	4 950	3 934	3 287	3 620
Pourcentage d'ETP médecins généralistes/ETP med.	36 %	50 %	12 %	6 %	23,4 %	18 %	15 %	14,5 %	25 %	50 %	19 %	7,5 %	32 %	2 %	82 %	15 %
Participation permanence des soins	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1
Information patient	2	2	2	2	3	4	3	2,5	1,5	3	3	3	3	1	2	2
Accessibilité médecins généralistes le jour même	Non	Non	Non	Non	JM	JM	JM	JM	JM	JM	JM	JM	JM	Non	Non	Non
Option de coordination	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Dossier médical informatisé	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	En cours	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Score continuité des soins en médecine générale	1	1	1	1	2,5	3	2,5	2	3	4	4	3	2,5	1	1	1

Notes - Tableau n° 3

- Ne figurent dans ce tableau que les 16 centres polyvalents ou médicaux.
- La médecine générale ne résume pas à elle seule les soins de santé primaires, mais, inversement, on ne peut concevoir une offre de soins primaires de qualité sans une bonne continuité des soins de médecine générale.
- Les scores entre 1 et 5 concernant les horaires d'ouverture généraux ou de médecine générale ont été établis par la grille d'évaluation de chaque centre.
- Il en est de même pour l'accessibilité et le dossier médical informatisé.
- Le score continuité des soins final est établi entre 1 et 5, en prenant en compte l'ensemble des paramètres du tableau. Il est forcément en partie subjectif, mais donne malgré tout une idée relativement fidèle de l'aptitude de chaque centre à assurer la continuité des soins en médecine générale.

Tableau n° 4 - Productivité du personnel support

Centre de santé	Personnel non producteur d'actes ETP	Nombre de passages	Productivité du personnel non producteur d'actes	Amplitude d'ouverture
Centre n° 1	11	19 439	1 636	48 h/semaine
Centre n° 2	4	70 55	1 703	30 h 30/semaine
Centre n° 3	5	11461	2324	36 h 30/semaine
Centre n° 4	4,8	9 784	1 778	33 h 30/semaine
Centre n° 5	6	14 274	2 166	33 h 30/semaine
Centre n° 6	20,8	8155	480	32 h 30/semaine
Centre n° 7	4,6 ou 3,6	4 881	1 408	32 h 45/semaine
Centre n° 8	3,8	9 301	2 500	31 h 45/semaine
Centre n° 9	54,57	200 000	3 665	60 h/semaine
Centre n° 10	61,36	142 385	2 320	50 h/semaine
Centre n° 11	13,61	41 741	3 066	52 h/semaine
Centre n° 12	14,82	91 891	5 140	60 h/semaine
Centre n° 13	22,02	76 244	3 465	50 h 30/semaine
Centre n° 14	34,5	174 408	5 072	62 h/semaine
Centre n° 15	9,8	31 932	3 258	65 h/semaine
Centre n° 16	19,51	47 000	2 409	65 h/semaine
Centre n° 17	14	45 000	3 214	57 h 45/semaine
Centre n° 18	10	43 112	4 311	60 h/semaine

Notes - Tableau n° 4

- ➔ Nous avons rassemblé ci-dessus sous l'appellation « personnel non producteur d'actes », l'ensemble du personnel, y compris ceux qui concourent aux soins (assistants dentaires, manipulateurs radios), mais qui ne facturent pas d'actes.
- ➔ Ces éléments complètent et précisent les ratios qui figurent dans le tableau n° 1 avec les amplitudes d'ouvertures hebdomadaires de chaque centre.
- ➔ La productivité du personnel support est ainsi appréciée au regard de l'activité totale mais aussi du temps de présence hebdomadaire qu'il assure globalement.

Tableau n° 5 - Le handicap financier structurel des centres de santé

Centre de santé	Coût tiers payant/acte	Taux de rejet
Centre n° 1	5,37 €/acte	23,4 %
Centre n° 2	5,23 €/acte	12,8 %
Centre n° 3	4,46 €/acte	8,7 %
Centre n° 4	5,44 €/acte	13 %
Centre n° 5	5,50€/acte	11,3 %
Centre n° 6	9,41€/acte	33 %
Centre n° 7	5,65 €/acte	3,9 %
Centre n° 8	7,86 €/acte	13 %
Centre n° 9	4,19 €/acte	6 à 7 %
Centre n° 10	3,15 €/acte	10 %
Centre n° 11	1,50 €/acte	9 à 10 % (ramené à 5 %)
Centre n° 12	0,65 €/acte	5,5 % médecine 7,5 % dentaire
Centre n° 13	1,28 €/acte	5 %
Centre n° 14	2,62 €/acte	10 %
Centre n° 15	5,35 €/acte	25 % (ramené à 5 %)
Centre n° 16	3,21 €/acte	5 à 7 %
Centre n° 17	2,52 €/acte	4 %
Centre n° 18	5,59 €/acte	5 à 6 %
Moyenne générale	4,38 €/acte	10,11 % dont 2 % d'actes impayés

Notes - Tableau n° 5

- ➔ Le coût du tiers payant par acte a été calculé à partir de la masse salariale chargée du personnel affecté à cette fonction, ainsi qu'à la vérification préalable des droits.
- ➔ On observe d'importantes variations directement en relation avec la qualité du modèle d'organisation (tableau n° 1).
- ➔ Mais le chiffre moyen obtenu reflète bien la réalité de ce handicap financier structurel des centres de santé.
- ➔ Et ceux d'entre eux qui ont choisi d'externaliser complètement cette fonction (centre n° 15) n'en ont pas réduit le coût (5,35 €/acte).
- ➔ Le taux de rejet par l'Assurance Maladie alourdit encore la charge administrative et, même si le pourcentage final d'actes impayés semble modeste (2 % moyenne générale des actes impayés des centres DASES), il contribue au déséquilibre financier des centres de santé. Nous y reviendrons dans les préconisations finales.

Tableau n° 6 - Les éléments d'un modèle économique durable

Une amplitude d'ouverture adaptée aux besoins des patients	Une médecine générale apte à assurer la continuité des soins	Exploiter toutes les opportunités des centres de santé	Veiller aux paramètres d'activité et de productivité des médecins	Taille critique	Un niveau et un mode de rémunération adapté aux contraintes budgétaires	Un bon management général	Un taux de rejet maîtrisé	Un coût de tiers payant maîtrisé	Un ratio soignants/non soignants acceptable	Un ratio soignants/supports soignants adapté à l'activité	Une productivité du personnel non producteur d'actes acceptable
Tous les jours + Samedi matin (54h/semaine)	Nombre d'ETP permettant de couvrir toutes les plages d'ouverture + Temps de présence individuel jamais inférieur à tiers temps	Adhérer aux options de coordination	Au moins égale à la moyenne en libéral	Au moins 20 000 passages annuels	A l'acte, jamais supérieure à 40 % + congés payés	Par un cadre formé et expérimenté	Jamais supérieur à 7 %	Jamais supérieur à 4 €/acte	Proche de 1	Toujours supérieur à 1	Jamais inférieure à 3 500 actes/ETP

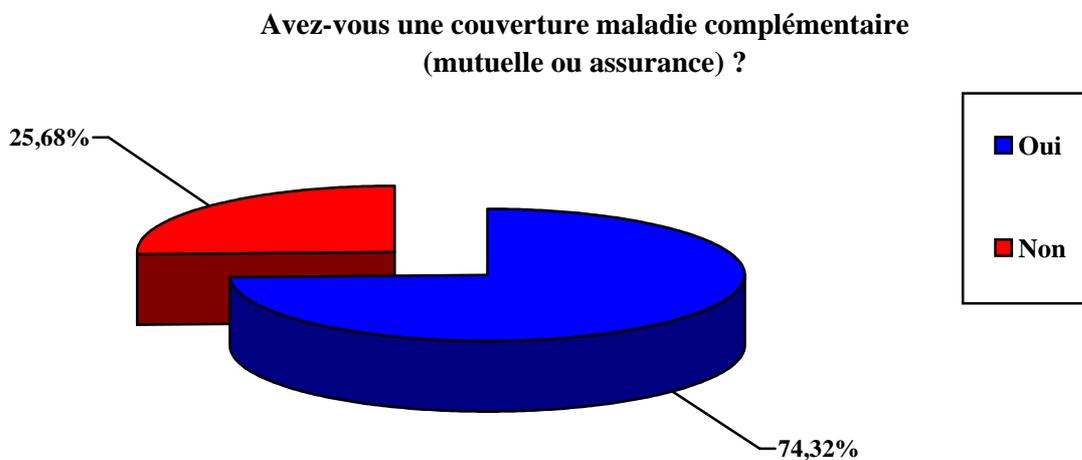
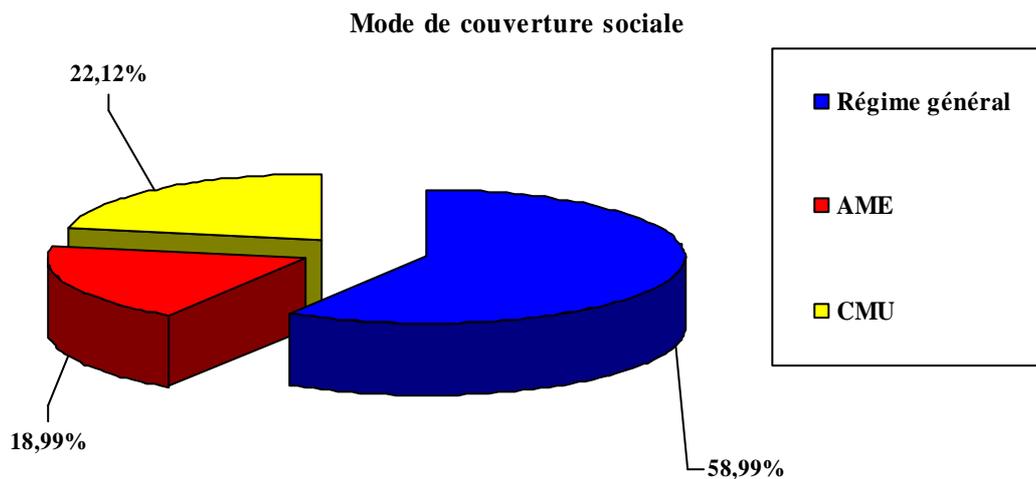
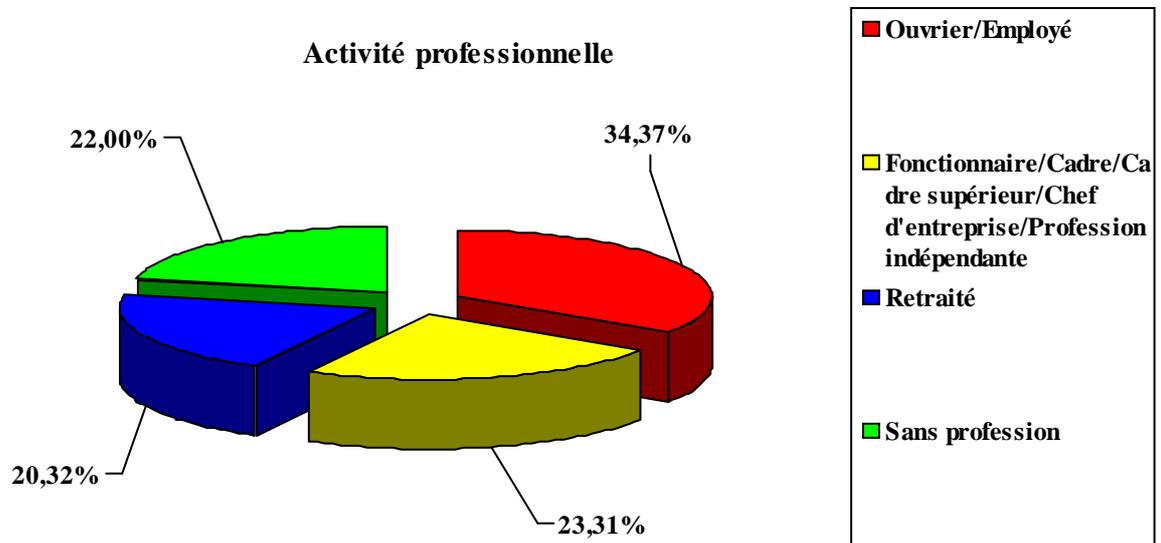
Notes - Tableau n° 6

- Nous avons rassemblé dans ce tableau les douze paramètres qui nous sont apparus être les plus pertinents pour l'équilibre économiques des centres de santé.
- Comme on peut le constater à la lecture des précédents tableaux, tous les centres polyvalents étudiés qui sont financièrement équilibrés satisfont à la plupart de ces douze critères.
- La taille critique des centres de santé est certes difficile à préciser, on constate toutefois que tous les centres polyvalents étudiés qui ont un volume d'activité inférieur à 20 000 passages annuels sont en déficit (hormis le centre n° 2 du tableau général, qui est un centre dentaire).
- 20 000 passages annuels correspondent à l'activité de quatre médecins généralistes plein temps. Compte tenu de la lourdeur de l'infrastructure de base incompressible des centres de santé (locaux, personnel d'accueil, personnel administratif pour la gestion du tiers payant, etc.), il ne nous paraît pas possible d'équilibrer ces charges avec, par exemple, l'activité annuelle de 10 000 passages de deux médecins généralistes.
- Reste le problème managérial, qui lui aussi est difficile à préciser, tant la taille et donc les problématiques des structures sont variables. Quand il s'agit de centres polyvalents à très forte activité, il nous paraît indispensable d'en confier la gestion à des techniciens ayant la qualification et l'expérience adaptées aux problématiques de gestion d'établissements de santé. C'est d'ailleurs le cas pour les centres COSEM Atlas, Opéra et Fournier. Ces gestionnaires peuvent d'ailleurs intervenir sur plusieurs sites.
- C'est un défi plus difficile pour les petites unités, mais le problème de la formation des gestionnaires doit rester présent à l'esprit des responsables avec des solutions multiples, s'il s'agit d'une structure unique, ou d'un groupe de structures, comme le réseau des centres DASES. Une solution nous paraît de toute façon à éviter, celle consistant à confier cette fonction de surcroît à un professionnel exerçant en même temps une activité soignante.

Le modèle économique établi à partir de ces douze paramètres nous paraît parfaitement transposable à tous les centres de santé, notamment à ceux du panel en difficultés financières. Il servira de base aux préconisations spécifiques proposées à chacun d'entre eux.

Les enseignements des enquêtes auprès des usagers des 18 centres de santé

Réponses agrégées des 2 267 réponses reçues



Les enquêtes réalisées à partir d'un questionnaire commun remis à 200 exemplaires à chacun des 18 centres étudiés comportaient **27 questions et une partie libre réservée aux commentaires et suggestions.**

Elles ont surtout permis de recueillir un ensemble d'informations très utiles à chaque structure (taux de réponses : 60 %).

Elles ont fait l'objet d'une interprétation personnalisée incluse dans le rapport général qui leur a été remis.

Les réponses agrégées aux deux premières questions ci-dessus permettent en outre d'avoir une idée plus précise des origines sociales de la patientèle des centres de santé.

Si l'on constate sans surprise qu'il existe un fort pourcentage de patients bénéficiaires de la CMU et de l'AME, on remarque cependant que le pourcentage de patients appartenant à des catégories professionnelles moyennes, voire aisées est loin d'être négligeable et peut être estimé à 50 %.

Ces éléments sont certes très variables d'un centre à l'autre, mais ils attestent de la grande diversité de leur patientèle et confirment les observations de leurs gestionnaires sur le changement de vocation des centres de santé devenus à présent un lieu de recours aux soins pour tous.

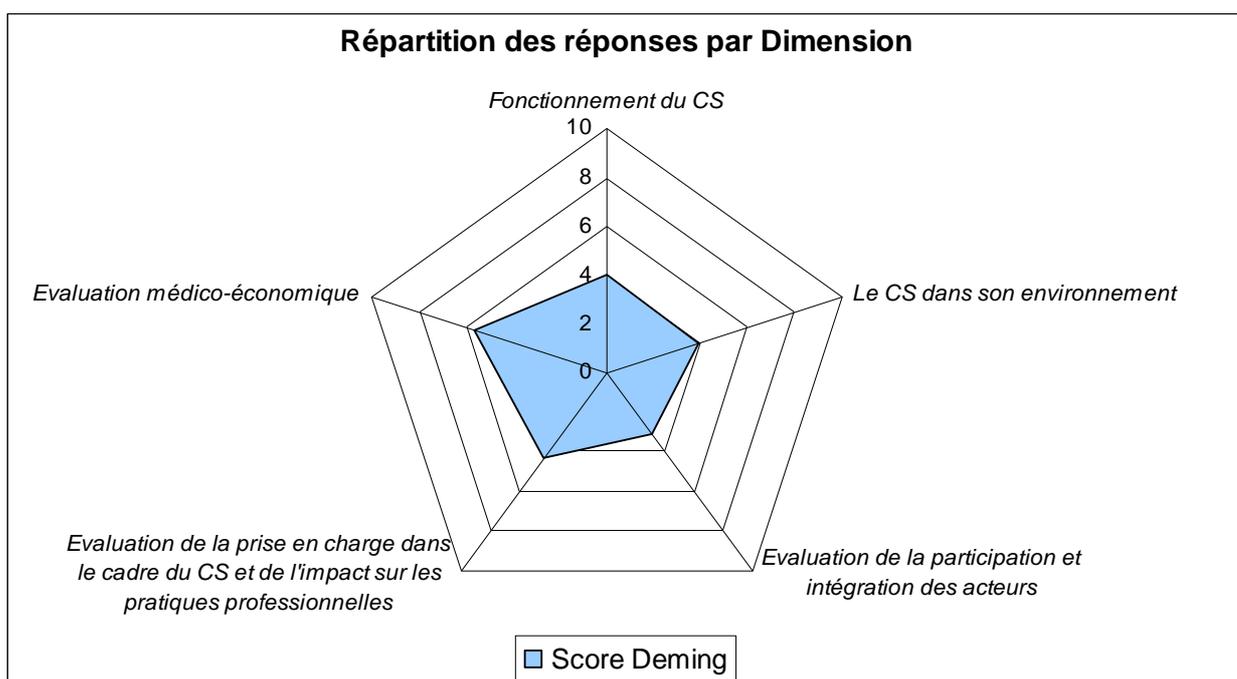
Le pourcentage de patients titulaires d'une complémentaire (74,2 %) tend à confirmer cette grande diversité sociale, même en retranchant les bénéficiaires de la CMUC.

5. Les centres de santé, une chance pour les Parisiens ?

Le premier objectif de cette étude était, d'établir un état des lieux de ce type d'offre de soins à Paris à partir d'un panel représentatif. Puis, à partir des résultats obtenus par la méthodologie utilisée, de fournir à chaque centre de santé du panel mais également à tous les centres de santé des outils de nature à améliorer leurs performances économiques et le service rendu aux patients.

5.1. Des préconisations spécifiques pour chaque centre étudié

- ➔ Un rapport a été rédigé pour chaque centre avec les éléments de la grille d'évaluation ayant permis d'établir le diagnostic organisationnel et des commentaires sur la partie financière de l'audit.
- ➔ Il comporte tous les tableaux dans lesquels leur centre apparaît en clair, afin qu'ils puissent disposer d'éléments de comparaison.
- ➔ Figure aussi dans le document l'interprétation de l'enquête réalisée auprès de leurs usagers.
- ➔ Les séances d'autoévaluation guidée réalisées auprès de leur personnel médical et administratif (exemple ci-dessous) sont également interprétées et leur fournissent des informations sur le dynamisme de leurs équipes et leur aptitude aux changements éventuels.
- ➔ Ces séances auront entre autre permis de constater que les acteurs étaient parfaitement au fait de la situation de leur centre.



- ➔ Enfin, à partir notamment du tableau récapitulatif des éléments d'un modèle économique durable, des conclusions et un ensemble de préconisations sont formulés.
- ➔ **Car, indépendamment des éléments qui constituent le handicap financier structurel des centres de santé, le déficit financier souvent constaté n'est pas une fatalité. Il peut la plupart du temps être réduit ou résorbé par l'effort de tous les acteurs.**

5.2. Des préconisations pour l'ensemble des centres de santé parisiens

➤ **Tendre vers un équilibre économique à réglementation constante**

Les éléments globaux comparatifs du tableau n° 1 et le récapitulatif du tableau n° 6 pour un équilibre durable devraient permettre à chaque structure de mieux s'adapter au contexte économique actuel des centres de santé, indépendamment des améliorations qui pourraient lui être apportées et qui seront détaillées plus avant.

Nous insisterons cependant sur les points suivants :

- ➔ la taille critique de la structure, celle-ci étant un élément essentiel de sa viabilité, les petits centres de santé devront étudier les opportunités de regroupement ;
- ➔ les jours et horaires d'ouverture, qui doivent être mieux adaptés aux besoins de la population et répondre ainsi à la fonction essentielle des centres de santé dans la délivrance de soins primaires ;
- ➔ renforcer le pôle médecine générale, premier niveau du recours aux soins, comme cela a été précisé par la Loi HPST ;
- ➔ se mettre en conformité, afin de pouvoir adhérer aux options de coordination prévues par la Convention d'avril 2003 reconduite.

➤ **Améliorer leur signalisation et leur accessibilité téléphonique**

- ➔ Compte tenu de l'état de l'offre de soins primaires à Paris et des perspectives d'évolution de la démographie médicale à court terme, les centres de santé remplissent une fonction d'utilité publique.
- ➔ A ce titre, ils doivent pouvoir bénéficier d'une signalisation municipale dans les mêmes conditions que d'autres établissements publics de santé.
- ➔ La défaillance de l'accueil téléphonique a été relevée dans toutes les enquêtes usagers des 18 centres étudiés. Il s'agissait parfois du reproche essentiel. Des solutions existent, par exemple celle consistant à sous-traiter l'accueil et la prise de rendez-vous à des sociétés spécialisées, qui est actuellement mise en place dans l'un des centres audités.

➤ **La permanence et la continuité des soins**

- ➔ Les dispositions de la Loi HPST vont permettre d'aligner les conditions de la participation des médecins des centres de santé à la permanence des soins sur celles des libéraux. Nous verrons plus avant les formes que pourrait prendre la participation des centres de santé au dispositif général de permanence des soins, mais, d'ores et déjà, des synergies pourraient être recherchées entre certains centres avec information réciproque des usagers. Par exemple, le centre Alfred Fournier réalise déjà une « nocturne » jusqu'à 21 h le mercredi, il existe un « médecin de nuit » au centre Peupliers, le centre OSE envisage une ouverture toute la journée de dimanche, etc.
- ➔ Les centres de santé devront veiller à mieux assurer la continuité des soins. Celle-ci passe par l'élargissement de leurs plages d'ouverture, comme évoqué plus haut, mais également en étant vigilants au temps d'exercice individuel de certains praticiens, notamment les généralistes. Pour ceux-ci, **les vacances inférieures à un tiers temps ne sont pas compatibles, même avec un dossier médical partagé, avec la continuité des soins en médecine générale.**

➤ **Dossier médical partagé et logiciels d'aide à la prescription (LAP)**

- ➔ La médecine d'équipe, c'est d'abord le partage des informations concernant un même patient entre **tous** les soignants d'une même structure de soins. Ce partage semble se heurter à des dispositions trop rigides du Code de déontologie médicale, qu'il conviendrait sans doute d'assouplir, si l'on veut développer les formes de prise en charge globale des patients que proposent les centres de santé et les maisons de santé.
- ➔ Le déploiement du dossier médical informatisé s'effectue encore trop lentement dans la plupart des centres de santé étudiés. Pourtant, ces structures se doivent d'être promotrices de ce moyen de partage des informations auquel pourrait être associé un LAP. L'un d'entre eux vient d'ailleurs d'être récemment labellisé par la HAS. **La sécurisation de la prescription et sa formulation systématique en DCI devront faire partie des priorités des centres de santé.**

➤ **Les délégations de tâches**

- ➔ Nous avons été frappés, au cours de cette étude, par la situation des infirmières des centres de santé. Au regard du nombre d'actes de soins qu'elles facturent à l'Assurance Maladie, leur activité paraît étonnamment réduite. Après enquête auprès des responsables des centres, il apparaît pourtant que la présence d'infirmières est indispensable au fonctionnement de l'équipe. Elles exercent des tâches de support de soins auprès d'autres praticiens, ainsi qu'une fonction importante d'accueil et de tri médicalisé des patients. Or ces fonctions ne sont actuellement ni reconnues ni financées. Nous reviendrons plus avant sur cette anomalie qui concerne tant les centres de santé que les maisons de santé.

- Pour autant il existe d'autres domaines dans lesquels la délégation de tâches est réglementairement possible, parfaitement rémunérée par l'Assurance Maladie et non pratiquée. **C'est notamment le cas pour l'ophtalmologie, le décret de compétence des orthoptistes stipule que ceux-ci peuvent réaliser les bilans des troubles de la vision sur prescription médicale :**

« Art. R. 4342-7. - Sur prescription médicale, les orthoptistes sont habilités à déterminer l'acuité visuelle et la réfraction, les médicaments nécessaires à la réalisation de ces actes étant prescrits par le médecin. » Et également, pose de lentilles ...

Compte tenu des délais d'attente pour une prescription ou un renouvellement de verres correcteurs à Paris et des tarifs pratiqués par les ophtalmologistes (85 % sont en secteur 2), **les centres de santé dans lesquels exercent des ophtalmologistes pourraient recruter des orthoptistes pour développer ce service.**

➤ **Le réseau des centres de santé parisiens**

L'une des premières constatations générales que nous avons faites au cours de cette étude était le fonctionnement autarcique des centres de santé parisiens. L'intérêt de cette étude résidera sans doute sur la meilleure connaissance réciproque qu'elle aura provoquée déjà entre les 18 centres étudiés et au-delà, nous l'espérons, entre l'ensemble des centres de santé parisiens.

- Cette reconnaissance réciproque mérite d'être capitalisée dans l'intérêt des usagers des centres de santé et, au-delà, de tous les Parisiens. Sans parler véritablement d'adressage préférentiel, il serait logique que chacun fasse profiter ses usagers d'une prestation qu'il n'est pas en mesure de proposer et qui est réalisée dans un autre centre de la Capitale. Nous avons vu plus haut l'exemple de l'ophtalmologie. Il en existe d'autres avec notamment certains centres de santé qui disposent d'un plateau technique de qualité en imagerie (Edison, Vaugirard) ou biologie (Réaumur).
- Ce type de fonctionnement en réseau des centres de santé pourrait même être largement développé dans certains arrondissements défavorisés qui constituent de vastes territoires de santé (19^{ème} et 20^{ème} arrondissements).
- Création de groupes de travail transversaux pour l'aide à la résolution de problématiques communes (télétransmission, plateforme téléphonique, mise en commun de fichiers de complémentaires, etc.).

➤ **Un partenariat à renouveler avec l'assurance maladie**

Au regard de leur vocation commune de favoriser l'égal accès aux soins de la population, l'Assurance Maladie devrait avoir un mode de relation privilégié avec les centres de santé.

Celui-ci mérite d'être amélioré dans plusieurs domaines :

- ➔ Faire figurer les centres de santé dans le fichier Ameli.
- ➔ Mieux les accompagner dans la mise en place des options de coordination et faciliter leur fonctionnement, **ces options étant les seules possibilités existantes de reconnaissance et de financement de l'offre de soins spécifique des centres de santé.**
- ➔ Enfin et surtout, mettre en place des procédures appropriées aux centres de santé pour le dispositif du parcours de soins responsable de l'essentiel des rejets.

➤ **Un partenariat à construire avec les complémentaires**

L'application en centres de santé du ticket modérateur sur la consultation du généraliste revient à facturer directement au patient non bénéficiaire de la CMUC, 6,60 €, à charge pour le patient de se faire rembourser ultérieurement par sa complémentaire. La perception de cette modique somme est une source de contraintes disproportionnées pour les centres de santé. Cela constitue parfois une gêne pour certains patients et induit de lourds frais de gestion pour chaque complémentaire.

Des solutions sont sans doute à rechercher dans l'intérêt de tous et nous recommandons de prendre l'attache de l'UNOCAM sur ce sujet.

5.3. Des synergies à développer entre les centres de santé et l'offre de soins libérale et hospitalière

➤ **L'épineux problème de la PDS à Paris**

➔ Personnalités rencontrées

- Le Docteur Dominique Monchicourt, Président de la Garde Médicale de Paris (GMP),
- Le Docteur Pierre Bonnet, Président des Urgences Médicales de Paris (UMP),
- Le Docteur Pierre Taboulet, Responsable du service des urgences de l'hôpital Saint-Louis,
- Le Professeur Jean-Christophe Mercier, Responsable des urgences de l'hôpital Robert Debré,
- Le Docteur Etienne Hinglais, Responsable des urgences de l'hôpital Tenon,
- Le Professeur Patrick Plaisance, Responsable des urgences de l'hôpital Lariboisière,
- Le Professeur Enrique Casalino, Responsable des urgences de l'hôpital Bichat,
- Le Professeur Bruno Riou, Responsable des urgences de La Pitié Salpêtrière.

➔ L'état des lieux

A Paris, les soins « non programmés » sont assurés, hors des heures ouvrables, par SOS Médecins, dans la proportion de 55 %, et par des associations de médecins libéraux, UMP, pour 25 %, et GMP, pour 20 % environ. La plupart des actes sont réalisés à domicile.

Les maisons médicales de garde sont peu présentes à Paris, compte tenu des difficultés pour trouver des locaux adaptés et des faibles moyens des associations de garde des libéraux.

On n'en recense que 4 à Paris : la maison médico-chirurgicale de la Porte de Pantin pour le nord-est de Paris, la maison médicale de garde de l'Hôpital Bellan dans le 14^{ème} arrondissement, la maison médicale de garde de la Clinique Bizet dans le 16^{ème} arrondissement et la maison médicale de garde de l'Hôpital des Diaconesses dans le 12^{ème} arrondissement.

L'Hôpital Robert Debré a organisé en son sein une maison médicale de garde vers laquelle l'infirmière d'accueil et orientation (IAO) dirige certains patients et il en est de même à l'Hôpital Lariboisière.

Toutes ces initiatives ont pu se réaliser essentiellement de par la bonne volonté de structures de soins « hébergeantes » et de façon souvent artisanale.

Il est à noter cependant que les quelques maisons médicales de garde existantes ont une faible activité due, d'une part, à l'information très insuffisante du public et, d'autre part, au fait que la plupart d'entre elles ne pratiquent pas le tiers payant.

Enfin, compte tenu de la demande croissante de la population en matière de permanence des soins, certains cabinets de médecins libéraux se sont organisés pour assurer une permanence en soirée et les week-ends, c'est le cas pour le cabinet du Docteur Alex Maire dans le 18^{ème} arrondissement et pour le cabinet Jourdain dans le 20^{ème} arrondissement.

➔ Les perspectives

De l'avis de toutes les personnalités rencontrées, l'état actuel de l'offre en matière de permanence des soins est loin d'être suffisant pour répondre à la demande actuelle et surtout pas à celle qui se profile, compte tenu de la décrue brutale de la démographie médicale précédemment décrite.

Les responsables des services d'urgences rencontrés sont unanimes sur ce point, **ils ne seront pas en mesure d'assumer une progression du nombre de passages qui risque d'atteindre 10 % par an durant les cinq prochaines années (8 % par an entre 2005 et 2008 à Bichat).**

Certains d'entre eux s'interrogent aussi sur les conséquences des projets de regroupement de certains services d'urgences (Bichat et Beaujon, Lariboisière et Saint-Louis).

Sauf à envisager d'accroître de façon considérable les moyens et le personnel médical des services d'urgences qui occupent déjà 34 % des ETP médicaux budgétés de l'hôpital (sources ARHIF), d'autres voies devront être explorées et parmi celles-ci d'augmenter notablement le nombre de maisons médicales de garde.

Si tel n'était pas le cas, faute d'une action politique vigoureuse comme il sera détaillé plus bas, la pérennisation de la situation actuelle entraînerait trois sortes de conséquences :

- Un surcoût considérable, le prix d'un passage aux urgences en CHU (hors des heures ouvrables) est estimé à 400 €, alors qu'il n'atteint pas 100 € dans les maisons médicales de garde les plus coûteuses.
- Un accroissement du déficit du nombre de lits UHCD, qui est déjà un des problèmes les plus importants des services d'urgences, notamment Bichat.
- Un changement de vocation des CHU parisiens qui deviendraient, à l'instar des hôpitaux généraux de province, des structures hospitalières de premier recours consacrant 44 % de leurs effectifs médicaux budgétés aux urgences et perdant de ce fait leur fonction de pôle hospitalier d'excellence.

➔ L'apport possible des centres de santé

Plusieurs centres de santé disposent des infrastructures qui permettraient d'accueillir une maison médicale de garde. C'est notamment le cas du centre Réaumur dans le 2^{ème} arrondissement, géré par la CPAM 75, du centre des Peupliers et du centre Edison dans le 13^{ème} arrondissement, du centre Vaugirard dans le 15^{ème} arrondissement, du centre Fournier dans le 14^{ème}, du centre Opéra dans le 9^{ème}, du centre COSEM Atlas dans le 19^{ème} et du centre de la CRAMIF dans le 19^{ème} arrondissement (liste non exhaustive).

Des discussions sont déjà en cours avec le Docteur Dominique Monchicourt, Président de la GMP et les responsables des centres Réaumur et Peupliers. Le responsable de la GMP pense qu'il ne sera pas difficile de recruter de jeunes médecins généralistes non installés pour assurer cette fonction, il reçoit déjà un nombre significatif de demandes spontanées.

➔ La position des responsables des services d'urgences

Si cette idée séduit la plupart d'entre eux, ils sont aussi unanimes à souhaiter qu'elle soit mieux précisée et que le développement des maisons médicales de garde soit assorti de garanties concernant la qualité des soins qui y seront délivrés.

Ils considèrent que si désormais les maisons médicales de garde devaient faire partie intégrante de la chaîne de permanence des soins directement associée à leurs services, il conviendrait de contractualiser leurs relations.

- ➔ Un nouveau concept de maison médicale de garde

C'est surtout la qualité des soins qui préoccupe les responsables des services d'urgences. Aussi souhaitent-ils que des protocoles soient élaborés conjointement avec les médecins de permanence et que ceux-ci s'engagent sur un programme régulier de formation médicale continue adaptée.

De leur point de vue également ces **maisons médicales de garde d'un nouveau type devront être « musclées » et disposer d'un plateau technique permettant de réaliser davantage que de simples consultations (ECG, défibrillateur, matériel de petite chirurgie et si possible radiologie simple pour la traumatologie, etc.)**.

Elles devront aussi disposer, comme le suggère le Professeur Jean-Christophe Mercier, de différents tests de dépistage rapide.

Un nouveau cahier des charges devrait pouvoir être ainsi élaboré, qui irait bien au-delà de l'actuel cahier des charges des maisons médicales de garde de la DHOS.

- ➔ Des liens organiques avec l'hôpital

Les dispositions de la Loi HPST permettent désormais aux hôpitaux publics de créer ou gérer des centres de santé. Le cadre juridique permettant une cogestion par un établissement hospitalier d'un centre de santé comportant une maison médicale de garde existe donc.

Certains responsables de services d'urgences vont plus loin et, **compte tenu de la forte demande de soins non programmés pendant les heures ouvrables évoquée plus haut, n'hésitent pas à évoquer la création de centres de santé comportant une maison médicale de garde dans leurs murs.**

- ➔ Des obstacles déontologiques et techniques à surmonter cependant

A ce jour, le stock de médecins généralistes « thésés » et non installés est estimé à près de 10 000 (*source CNOM*). On peut penser que plus de 2 000 d'entre eux doivent résider en Ile-de-France. La ressource humaine disponible existe donc, mais, en l'état des dispositions déontologiques, ces médecins ne peuvent bénéficier que d'un statut de remplaçant.

Si l'on souhaite pouvoir les recruter en grand nombre dans ces maisons médicales de garde d'un nouveau type, il conviendrait que l'Ordre des Médecins conçoive un statut adapté à ce mode d'exercice.

L'application du tiers payant dans les maisons médicales de garde se heurte à un certain nombre de difficultés, essentiellement fonctionnelles et techniques. En pratique, il ne peut se réaliser qu'avec une dématérialisation des flux, le tiers payant « papier » étant trop aléatoire pour le praticien.

Si plusieurs praticiens peuvent télétransmettre des feuilles de soins électroniques à partir d'un même poste situé dans la maison médicale de garde, les retours ARL aboutissent dans la BAL de la maison médicale de garde et/ou dans la BAL du médecin avec un risque important de double comptage d'actes. Des solutions techniques existent (carte professionnel de santé à double situation ou applicatif spécifique à installer sur le poste de la maison médicale de garde). **L'Assurance Maladie aurait tout intérêt à aider les praticiens exerçant dans les maisons médicales de garde de Paris à résoudre ce problème que l'on retrouve d'ailleurs dans toutes les maisons médicales de garde.**

➤ **Les centres de santé, lieux d'enseignement et de développement de l'éducation thérapeutique**

La Loi HPST comporte un certain nombre de dispositions destinées à favoriser son développement, l'accompagnement de patients atteints d'affections chroniques étant devenu une priorité de santé publique. Pour le diabète, dont la prévalence est estimée à 3,95 %, la situation est particulièrement préoccupante et il est avéré que seule l'éducation thérapeutique est en mesure de retarder ou éviter l'apparition des complications.

Outre le fait que l'éducation thérapeutique est encore mal définie et peu enseignée, le mode d'organisation de la médecine libérale (exercice isolé, rémunération exclusive à l'acte) se prête mal à ce type d'activité.

Seuls les réseaux thématiques offrent parfois ce type de prestations, mais ils sont confrontés à un problème d'infrastructures, l'éducation thérapeutique nécessitant des séances de groupe et l'intervention de plusieurs acteurs (diététicienne, infirmière, éducateur, médecin, podologue).

Le Professeur Corinne Isnard Bagnis de La Pitié Salpêtrière s'est penchée sur ce problème. Néphrologue de formation, elle est à l'origine de la création d'un institut d'éducation thérapeutique. Très impliquée dans les réseaux parisiens de néphrologie et diabétologie (Rapsodie et à présent Renif), déjà à l'origine de partenariats avec certains centres de santé (Edison, OSE, Gennevilliers, etc.), dans lesquels elle organise des consultations périodiques de néphrologie, elle souhaite aller plus loin.

Certains centres de santé, de par leurs infrastructures et leur volume d'activité lui paraissent être des lieux idéals pour développer et enseigner l'éducation thérapeutique notamment axée sur le diabète et ses complications.

Un ou deux sites pilotes pourraient être choisis dans un premier temps dans le 13^{ème} arrondissement (Peupliers, Edison).

5.4. Conclusion et préconisations de portée générale

Cette étude aura permis d'investiguer avec une même méthode un grand nombre de centres de santé tout en dressant un état des lieux de l'offre parisienne en soins de santé primaires et de son évolution prévisible à court terme.

Nous espérons qu'elle permettra aussi de mettre un terme à un certain nombre d'idées reçues dont sont victimes les centres de santé et les professionnels de santé qui y exercent. L'idée répandue selon laquelle des professionnels de santé d'abord animés par un certain militantisme social exerceraient dans ce type de structures essentiellement caritatives et forcément déficitaires du fait de leur mode de rémunération salarial est fausse.

Outre le fait que beaucoup de praticiens exerçant dans les structures étudiées ont parallèlement un exercice libéral, leur mode de rémunération en centre de santé est la plupart du temps un salaire entièrement proportionnel au nombre d'actes qu'ils effectuent. Ils sont donc motivés par les mêmes déterminants financiers que leurs homologues libéraux et comme les enquêtes l'ont démontré, ils délivrent aussi leurs soins à une patientèle d'origine sociale très diverse.

Enfin, concernant le déficit des centres de santé qui serait chronique et inévitable, cette étude nous aura démontré que, malgré leur handicap financier, le tiers des centres étudiés parvenaient à l'équilibre.

On peut donc en conclure que leur déficit n'est pas aussi fatal que ce qu'en disent les idées répandues même s'il apparaît aussi clairement que le modèle économique actuellement imposé aux centres de santé (honoraires au niveau conventionnel + charges induites de 25%) ne permet pas leur maintien dans de bonnes conditions et encore moins leur développement.

Car la médecine d'équipe délivrée dans des conditions permettant l'égal accès aux soins de tous a un coût.

Il serait temps d'en prendre conscience et d'en déduire par construction, qu'il en sera de même pour les maisons de santé dont on souhaite une large diffusion.

Aussi, deux séries de préconisations découlent naturellement de cette étude.

➤ Une instance de coordination pour les centres de santé parisiens

C'est paradoxalement dans la Capitale que se concentrent toutes les déviances en termes d'organisation des soins qui se sont conjuguées au fil des années : surreprésentation de la médecine spécialisée, mauvaise prévision en matière de démographie médicale, concentration d'établissements hospitaliers, difficultés d'accès aux soins de par l'application de tarifs non opposables.

2 200 000 habitants sont concernés et comme nous l'avons vu plus particulièrement les 600 000 habitants du nord-est de Paris, auxquels on peut rajouter les quelque 650 000 habitants de la partie du 93 contiguë.

Comme il a été exposé précédemment, c'est en Ile-de-France que la baisse de la démographie médicale sera la plus rapide et la plus profonde. Avec les données disponibles, on peut s'attendre à une diminution de 15 % du nombre de médecins libéraux entre 2010 et 2015.

Si cet effondrement démographique devait se confirmer, le pourcentage de consultations de médecine générale délivrées en libéral (tous secteurs d'exercice confondus) passerait de 88 % à 75 %.

Dans ces conditions, pour maintenir une offre de soins de premier recours au niveau actuel pour les Parisiens, il serait nécessaire que la part assurée par les centres de santé passe de 13 % à 25 % ce qui reviendrait à doubler leur volume d'activité ou leur nombre.

Comme on le voit, dans un tel contexte, les centres de santé parisiens constituent un élément essentiel pour tenter de conserver si ce n'est rebâtir une offre de santé primaire.

Ils justifient que soit mise en place, dans les suites de cette étude, une instance de représentation et de concertation spécifique comportant les promoteurs de l'audit : CPAM, Collectivité de Paris, AP-HP, auxquels pourraient être adjoints les principaux gestionnaires de centres de santé, notamment le mouvement mutualiste.

L'une des premières tâches de cette instance devra prioritairement concerner la communication à mettre en œuvre autour des centres de santé. L'utilisation d'outils adaptés et modernes contribuera à améliorer leur image tout en apportant des informations utiles à la population.

➤ **Développer la médecine d'équipe et mobiliser le stock de médecins non installés pour répondre aux besoins de santé publique.**

Les défis qui devront être relevés compte tenu de la baisse très importante du nombre de médecins attendue en France, notamment en Ile de France, au cours des cinq prochaines années sont considérables. En l'absence de solutions, les conséquences en termes de santé publique et d'organisation sociale, en particulier, pour les zones très urbanisées, seront majeures et le fonctionnement des hôpitaux risque d'être gravement perturbé.

Le déport massif cette fois d'une demande de soins de première intention vers l'hôpital public, déjà observé, se soldera par un surcoût considérable qui ne facilitera pas la nécessaire gestion des dépenses d'assurance maladie.

Seul le développement de la médecine d'équipe, par les économies de temps médecin qu'elle peut permettre et par les conditions d'exercice plus favorable qu'elle peut offrir aux jeunes médecins est de nature à atténuer les conséquences d'un tel scénario. Les représentants des médecins généralistes unanimes (ISNAR, IRMG) ont à plusieurs reprises insisté sur l'attrait déterminant de ces formes d'exercice sur les quelque 10 000 jeunes médecins généralistes qui ont à ce jour différé leur installation.

Les conclusions de cette étude interviennent à quelques jours de la publication du rapport du sénateur Jean-Marc Juilhard et du Professeur Guy Vallancien, commandé par Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, sur les maisons et pôles de santé.

Les centres de santé et les maisons de santé sont constamment associés dans les dispositions de la Loi HPST tant le législateur pressentait que les objectifs poursuivis par ces deux modèles d'organisation de la médecine d'équipe sont semblables.

Mais ce que cette étude, ainsi que le rapport Juilhard-Vallancien auront démontré, c'est que les problématiques et les handicaps à surmonter pour leur pérennité ou leur déploiement sont identiques aussi. C'est en tous cas le sentiment largement partagé par le Professeur Guy Vallancien, récemment rencontré.

➔ Des dépenses d'investissement souvent hors de portée des professionnels

Il existe 1 450 centres de santé en France, dont 96 à Paris. Ils se sont mis en place grâce à l'effort d'investissements consentis par les Collectivités Locales ou les mutuelles ou certaines Fondations.

Parmi les 18 centres étudiés, un tiers à peine paie un loyer qui la plupart du temps est inférieur au prix du marché. Si l'on souhaite développer les centres de santé sur Paris, les gestionnaires devront consentir des efforts supplémentaires.

Le rapport Juilhard - Vallancien a recensé environ 150 Maisons de Santé, la plupart ont du faire appel pour les investissements immobiliers, à l'effort des Collectivités Locales ou Territoriales en espèces ou en dotation de locaux (hôpitaux locaux, maisons de retraites désaffectés, etc.).

Leur large développement, récemment souhaité par le Président de la République, nécessitera l'intensification de ces efforts d'investissements qui pour l'essentiel ne pourront être assumés par les professionnels de santé.

- ➔ Des dépenses de fonctionnement non couvertes par la rémunération actuelle des actes médicaux

C'est sans doute le plus lourd handicap de ces formes d'exercice qui entrave leur développement, fait hésiter les investisseurs potentiels publics ou privés et rebute les professionnels notamment les plus jeunes. La médecine d'équipe avec application du tiers payant **systematique** a un coût que cette étude aura permis de chiffrer précisément :

- coût du tiers payant par acte : 4,38 € (soit 20 % sur un acte de généraliste) ;
- gestion des rejets et actes impayés : 5 % du chiffre d'affaires de la structure.

La pratique du tiers payant qui concerne obligatoirement les centres de santé d'aujourd'hui et les maisons de santé de demain (partie obligatoire du cahier des charges du rapport Juilhard-Vallancien) est d'abord un service pour le patient. Elle sous-entend la mise en place d'un accueil administratif et social. En effet, il est nécessaire pour chaque patient de vérifier ses droits ou de lui « dire ses droits » que souvent il ignore (AME, CMU, CMUC).

Cette simple fonction engendre un surcoût de 25 % par rapport à un exercice libéral classique.

Et l'idée simpliste consistant à revenir au paiement direct des actes dans les centres de santé et maisons de santé pour réduire leurs coûts de fonctionnement ne ferait qu'accroître le déport de la demande de soins vers l'hôpital...

- ➔ La délégation de tâches

Promue par le rapport du Professeur Yvon Berland d'octobre 2003, force est de constater qu'elle est demeurée au stade expérimental, alors que, comme nous l'avons vu, elle existe dans les faits depuis longtemps dans les centres de santé, où les infirmières jouent un rôle essentiel dans le support de soins et l'accueil médicalisé.

Les conditions démographiques imposent désormais que cet accueil médicalisé avec tri des patients soit généralisé tant dans les centres de santé que dans les maisons de santé. **Encore faut-il y associer une rémunération de ces postes infirmiers dédiés.**

- ➔ La diversification du mode de rémunération des médecins

Souhaitée depuis longtemps, expérimentée aux termes des dispositions de l'Article 44, la diversification du mode de rémunération est indispensable à l'implication réelle et pérenne des généralistes dans des actions de santé publique.

Nos réflexions sur ce sujet rejoignent encore celles du Professeur Guy Vallancien.

Cette rémunération doit être assortie à un temps dédié à des actions de santé publique (une journée par semaine) auxquelles le médecin généraliste serait spécifiquement formé et qui seraient évaluées.

➤ **Le temps des expérimentations est révolu**

Les expérimentations en matière de soins de santé primaires ont été trop nombreuses et depuis trop longtemps, faut-il rappeler qu'elles ont commencé en 1983 avec Pierre Bérégovoy ?

Hormis peut-être pour les réseaux de soins qui parviennent à se maintenir dans une certaine précarité, elles n'ont pas permis de produire des résultats à la hauteur des enjeux.

De nombreux rapports ont été consacrés aux différentes problématiques soulevées au cours de cette étude (rapports Jean-Yves Grall : *PDS et MMG* ; rapports Yves Berland : *démographie médicale et délégation de tâches* ; rapport IGAS : *centres de santé* ; étude DGS : *la participation des médecins généralistes à la mise en œuvre de la politique de santé publique* ; rapport Dominique Acker : *centres de santé* ; rapport de la Cour des Comptes : *les urgences médicales, constats et évolutions récentes* ; rapport Juilhard-Vallancien : *Maisons de santé et pôles de santé* ; étude Epidaure en cours de IRDES : *l'apport des centres de santé sur les conditions d'accès aux soins en Ile de France, etc.*).

La présente étude n'est qu'une contribution supplémentaire à la problématique générale de l'effondrement de notre infrastructure de soins primaires prévue de longue date et face à laquelle pourtant les solutions pertinentes de la médecine d'équipe, d'une meilleure organisation de la permanence des soins, d'une diversification du mode de rémunération des généralistes et des délégations de tâches ont été détaillées et proposées en vain.

Mais à présent, notamment à Paris, compte tenu de la brutale décroissance démographique, le développement de la médecine d'équipe, que ce soit sous la forme de centres de santé ou de maisons de santé est devenu une urgence sanitaire et sociale qui justifie les efforts conjugués et immédiats de tous les acteurs.

En prenant en compte les résultats de cette étude et les avis des différents acteurs rencontrés, cette action concertée pourrait revêtir la forme et les modalités suivantes :

1. **L'action préalable des Pouvoirs Publics et de l'Assurance Maladie.** Sans leur engagement complémentaire dans leurs domaines respectifs le développement de la médecine d'équipe demeurera un vœu pieux. Ils devront en premier lieu faire converger les statuts juridiques et élaborer **un cahier des charges commun aux maisons de santé et aux centres de santé**, afin d'adapter le mode de rémunération de ces structures et des professionnels qui y exercent pour permettre leur déploiement :
 - ⇒ Accorder des frais de structures forfaitaires au regard des contraintes de l'application **systématique** du tiers payant et de la dématérialisation des flux sur la base de **3 € par acte**. Les feuilles de soins électroniques représentant une économie de 1,50 € par rapport au traitement des feuilles de soins papier (rapport de la Cour des Comptes de février 2010), le surcoût pour la collectivité serait tout à fait acceptable.

- ⇒ Abonder le budget des centres de santé ou maisons de santé pour permettre la rémunération salariale des infirmières faisant office d'IAO. Leur rôle étant amené à être essentiel pour des raisons démographiques, sanitaires et économiques dans les toutes prochaines années, il s'agit d'un investissement nécessaire.
- ⇒ Rémunération forfaitaire du temps médecin consacré aux tâches de santé publique sur la base de **15 C par journée**. Cette diversification du rôle et de la rémunération des généralistes ne devrait pas se solder par un surcoût compte tenu de la diminution de leurs prescriptions qu'il engendrerait.

2. Les professionnels de santé de leur côté devront se conformer aux éléments du cahier des charges pour l'exercice en équipe pluridisciplinaire :

- ⇒ Formation spécifique des infirmières coordonnatrices.
- ⇒ Formation des professionnels de santé à l'usage des TIC (dossier médical électronique, messagerie sécurisée, utilisation de LAP).
- ⇒ Formation adaptée des médecins aux tâches de santé publique qu'ils accompliront durant leur journée dédiée.

3. Les organisations professionnelles devront accompagner ces évolutions :

- ⇒ L'Ordre des Médecins en premier lieu. La mission récemment confiée par le Président de la République au Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, le Docteur Michel Legmann, constitue un lieu de réflexion privilégié, en particulier pour **adapter le statut professionnel des médecins libéraux et le Code de déontologie à ces nouvelles formes d'exercice**.
- ⇒ Les organisations syndicales de chaque profession concernée, mais également les instances représentatives des centres de santé et des maisons de santé ont un rôle majeur à jouer, notamment par la mise en place des instances de concertation nécessaires.

4. Les conditions de la viabilité économique et de l'attractivité professionnelle de la médecine d'équipe étant ainsi réunies, les investissements immobiliers supplémentaires nécessaires à son développement pourront alors être dégagés de la part des divers gestionnaires associatifs, publics, privés, sans oublier le rôle traditionnel des OCAM dans ce domaine.

Table des abréviations et acronymes utilisés

AME	Aide médicale d'Etat
AMELI	Assurance Maladie en ligne
APHP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARHIF	Agence régionale d'hospitalisation d'Ile-de-France
ARL	Accusé de réception logique
BAL	Boîte aux lettres électronique
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPS	Carte du professionnel de santé
CRAMIF	Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France
DASES	Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé
DCI	Dénomination commune internationale
DHOS	Direction des Hôpitaux et de l'Offre de Soins
DP	Droit Permanent à Dépassement d'honoraires
DSNP	Demande de soins non programmés
ECG	Electrocardiogramme
ETP	Equivalent temps plein
FSE	Feuille de soins électronique
GMP	Garde Médicale de Paris
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Loi Hôpital Patients Santé et Territoire
LAP	Logiciel d'aide à la prescription
MECSS	Mission d'Evaluation et de Contrôle des Lois de Financement de la Sécurité Sociale
MEP	Médecin à exercice particulier
MMG	Maison médicale de garde
OCAM	Organisme complémentaire d'Assurance Maladie
PDS	Permanence des soins
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UMP	Urgences Médicales de Paris
URML IDF	Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France