Inspection générale
des affaires sociales

Les centres de santé :

Situation économique

et place dans l'offre de soins de demain

RAPPORT

Établi par

Philippe GEORGES et Cécile WAQUET,

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales,

avec la collaboration de Juliette PART, stagiaire

- Juillet 2013 -

RM2013-119P

SYNTHESE

[1] Dans un contexte où sont recherchées des formes d'exercice regroupé et coordonné de la médecine ambulatoire, ainsi que des réponses aux inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins, les centres de santé, qui offrent des soins ambulatoires pluri-professionnels en secteur 1 et en tiers payant, méritent une attention particulière. Si leur efficacité médico-économique ne peut être prouvée, leur utilité sanitaire et sociale est réelle. Il importe alors d'analyser les causes de leur fragilité financière, ce qui conduit à proposer un nouveau modèle économique, reconnaissant aux centres de santé une rémunération forfaitaire en plus du paiement à l'acte, sous réserve d'efforts de gestion. Telle est la principale orientation du présent rapport.

[2] Au nombre de 1 220 environ, les centres de santé forment un monde éclaté de par la variété de leurs activités : un tiers offre des soins exclusivement dentaires, un tiers des soins exclusivement infirmiers, tandis que les centres médicaux ou polyvalents offrent une large palette d'activités. Ils peuvent en outre être gérés aussi bien par des associations (un tiers), des mutuelles (un tiers) que par d'autres structures (caisses de sécurité sociale, établissements de santé ou communes). Si les centres dentaires et de soins infirmiers sont en général de petite taille (moins de dix équivalents temps plein) et répartis de manière assez homogène sur le territoire, les centres médicaux et polyvalents sont en général beaucoup plus grands (pouvant aller jusqu'à plusieurs centaines de salariés) et concentrés à Paris et en proche couronne, ainsi qu'autour de Lyon, Marseille et dans le bassin minier du Nord-Pas-de-Calais. Enfin, leur hétérogénéité se traduit par des différences de culture : certains centres de santé implantés dans des quartiers très déshérités sont attachés à lier leur intervention à celle d'acteurs sociaux, tandis que d'autres développent, sur la base de l'attrait du tiers payant, une pratique de niche sur des segments d'activité dégageant des marges financières (par exemple, la prothèse dentaire). D'autres enfin préfèrent se fondre dans l'offre de soins pour tous.

[3] Et cependant une forte identité réunit la plupart des centres, trouvant son origine dans une histoire de pionniers d'une médecine attentive aux exclus et le respect d'obligations communes à fort contenu social : pratique de la dispense d'avance de frais, respect des tarifs opposables de la sécurité sociale, actions sociales et de santé publique, salariat. La recherche d'une pratique médicale globale inclut une dimension de prévention individuelle et de promotion collective de la santé. La participation des usagers au fonctionnement des centres y est parfois organisée. Au sein des centres l'exercice de la médecine est un travail d'équipe qui associe personnels soignant, social et administratif ; le salariat évite la relation d'argent entre le patient et le professionnel.

[4] Au-delà de cette identité unificatrice, la mission a constaté la réelle utilité sanitaire et sociale des centres de santé. S'ils ne représentent que 2,4% des dépenses de santé ambulatoires au niveau national, ils assurent une offre de soins précieuse dans des quartiers à faible densité de professionnels libéraux et répondent aux préoccupations financières d'accès aux soins grâce aux tarifs opposables et à la pratique de la dispense d'avance de frais. Ils accueillent, de fait, en général, des populations plus précaires que la moyenne nationale des médecins libéraux. Ils répondent aux attentes d'une bonne partie des jeunes professionnels qui souhaitent travailler en équipe, être déchargés de tâches administratives, diversifier leurs activités soignantes et mieux concilier vie professionnelle et vie familiale. De ce point de vue, ils suscitent le même engouement que les maisons de santé. Enfin, les centres de santé peuvent répondre aux attentes d'une politique de santé nouvelle et plus exigeante : ce qu'il est convenu d'appeler la transition épidémiologique conduit à renforcer les mécanismes de coordination des professionnels, ce à quoi les centres contribuent déjà ; ils développent, fût-ce inégalement, des actions de prévention et de promotion de la santé et constituent un appoint utile à l'organisation de la permanence des soins ; ils peuvent enfin, avec toute la prudence liée à des données partielles, contribuer à la maîtrise des dépenses de soins.

[5] Or, financés principalement par l'assurance maladie sur la base du nombre d'actes accomplis par les personnels soignants pour la valeur que ces actes ont dans la médecine libérale, les centres de santé sont financièrement fragiles. Sur une base statistique partielle et compte tenu de la médiocre qualité des documents comptables disponibles, il apparaîtrait que les centres médicaux et polyvalents ont besoin d'un complément de ressources à hauteur de 14 % de leur budget alors que ce besoin se limite à 6 % pour les centres dentaires et infirmiers. En tout état de cause la plupart des centres de santé n'équilibrent pas leurs comptes avec les seules ressources de l'assurance maladie et ceux qui y parviennent reconnaissent la fragilité de leur situation. C'est le gestionnaire qui, au final, boucle le budget par une subvention. Pendant des années, cette intervention a masqué la situation d'impasse financière. Pour des raisons propres à chaque type de gestionnaire, la raréfaction des financements extérieurs – réductions des subventions dans le secteur associatif, normes prudentielles dans l'assurance complémentaire, limite de la pression fiscale dans les communes – ne permet plus de croire à la pérennité de cette manière de sortir de l'impasse.

[6] Cette impasse oblige à analyser les causes de la fragilité financière des centres de santé, qui tiennent à la fois aux imperfections de leur gestion et de leur modèle économique.

[7] L'analyse des centres visités et des échantillons réalisés par les études des cabinets Richard-Bouton-Consultants en 2010 pour la mairie de Paris et Référis en 2012 pour l'agence régionale de santé d'Ile-de-France souligne le rôle clef de la rigueur de gestion dans l'équilibre financier des centres de santé. A cet égard, une grande inégalité apparaît entre centres, rares étant ceux qui réunissent les critères de bonne gestion dégagés par le cabinet Coactis Santé en 2013 pour la Fédération nationale de Mutualité française. Aussi la mission ne peut-elle que constater la nécessité d'importants efforts de gestion :

- Il convient d'accroître les recettes en augmentant la plage d'ouverture horaire, en veillant au taux de remplissage des plannings des professionnels, en luttant contre l'absentéisme des patients qui n'honorent pas leur rendez-vous, en organisant des consultations non programmées qui peuvent compenser les absences, en assurant une cotation des actes conforme à la nomenclature, en mobilisant tous les financements possibles notamment pour les fonctions annexes à l'acte de soins (accueil social).
- Du côté des dépenses, il est impératif de maîtriser les dépenses de personnel − qui ne sauraient aller au-delà de 65 à 80 % des recettes d'activité − et de limiter le ratio de personnel administratif sur personnel soignant à moins de 1. Il faut établir un minimum de corrélation entre les niveaux d'activité et de rémunération du professionnel soignant, améliorer la gestion du tiers payant, envisager la mutualisation avec d'autres centres de santé et, après un diagnostic local des besoins de santé et de l'offre de soins, mettre en place des activités qui dégagent une marge financière. Les dépenses autres que celles de l'activité de soins doivent donner lieu à des budgets distincts et équilibrés.
- Une organisation adéquate doit être mise en place pour cette gestion rigoureuse. Les locaux doivent être adaptés : pas trop vastes mais permettant des circulations rationnelles. L'équipe de direction doit intégrer un responsable administratif au statut suffisamment affirmé pour que les préoccupations de bonne gestion soient prises en compte. Un système d'information doit donner les outils de suivi de l'évolution quasi quotidienne des recettes et des dépenses.

[8] Ces efforts menés déjà par certains centres sont possibles et donnent des fruits. Toutefois, la mission attire l'attention sur les limites d'une approche axée uniquement sur la gestion. D'une part, même les centres les mieux gérés doivent en général leur équilibre à une subvention ou à un heureux concours de circonstances. D'autre part, les solutions mentionnées ne conduisent pas nécessairement à l'équilibre. Par exemple, l'implantation de fauteuils dentaires dans un centre peut donner des résultats différents selon le niveau et la qualité de l'offre existant aux alentours du centre. De plus, ce qui peut être une solution au plan local ne peut constituer une réponse nationale. Pour reprendre le même exemple, outre la réserve déjà indiquée, il n'est pas de bon aloi de faire reposer le financement des centres de santé sur les limites du remboursement des actes de chirurgie-dentaire. Chaque centre doit donc faire l'objet d'une réflexion de fond sur la composition de son offre et son évolution, sur la base d'un diagnostic territorial.

[9] Si les efforts de gestion ne suffisent pas, c'est aussi parce que le modèle économique des centres de santé est structurellement boiteux.

[10] Au plan microéconomique, plusieurs facteurs de déséquilibre peuvent être mentionnés :

- Aucun mécanisme n'assure la cohérence entre les dépenses et les recettes de l'activité de soins. Les dépenses, pour l'essentiel des rémunérations et des cotisations sociales, sont souvent fixes, du fait du mode de rémunération des personnels. Or, la recette principale – le paiement des actes – varie selon l'activité du personnel soignant.
- Des charges spécifiques résultent des obligations imposées aux centres : obligation de service, principalement la gestion du tiers payant, qui ne bénéficie d'aucun financement spécifique ; obligation de fonctionnement comme l'emploi d'un personnel exclusivement salarié dont les prélèvements sociaux sont pris en charge par l'assurance maladie dans les mêmes conditions que celles des praticiens libéraux de secteur 1, alors qu'elles leur sont supérieures.
- Les dépenses propres à l'exercice regroupé peuvent être financées par une rémunération appelée « option de coordination » à laquelle les centres ne recourent toutefois qu'en petit nombre du fait de sa lourdeur de gestion.
- Des missions connexes à l'activité de soins, comme les actions sociales et de santé publique, ne bénéficient qu'exceptionnellement de financements pré-identifiés et sont cependant menées parfois sans que leur financement ait été recherché (pour cause de lourdeur de l'exercice) ou sans qu'il couvre l'entièreté de la dépense (notamment quand elle est pluriannuelle).

[11] Au plan macroéconomique, aucun mécanisme de régulation ne vient soit équilibrer le système, soit préparer les arbitrages nécessaires :

- La nomenclature des actes et leur valeur sont négociées entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux hors la présence des fédérations de centres de santé ; pour autant, leur participation à la négociation serait une source de complication que ne justifient ni le poids des centres dans le système de soins ni l'assurance d'une meilleure prise en compte des intérêts des centres de santé.
- La rémunération des libéraux se diversifie sous forme de forfaits que l'assurance maladie n'applique pas aux centres de santé ; les caractéristiques de ces forfaits, l'existence de l'option de coordination qui en serait l'équivalent, l'atonie de la vie conventionnelle sont autant de raisons du défaut de transposition que contestent les fédérations de centres de santé.
- L'absence de données robustes sur le bénéfice médico-économique du mode d'exercice des centres explique les réticences des pouvoirs publics et de l'assurance maladie à financer plus que les actes de soins.
- Il n'existe pas, comme pour les médecins libéraux qui adaptent soit leur temps de travail soit leur rémunération à leurs conditions réelles d'exercice, de mécanisme qui conduirait fédérations de gestionnaires et centres de santé à procéder à des arbitrages entre niveau de rémunération directe et indirecte des professionnels de santé et entre rémunération et temps de travail.

[12] C'est pourquoi la mission préconise de réduire l'adossement des règles de financement des centres de santé à celles des cabinets libéraux. Il n'y a d'abord aucune légitimité à un tel adossement s'agissant de deux modes d'exercice bien différents, d'autant plus que la transposition des éléments de rémunération nouveaux des médecins libéraux est bloquée par l'absence d'actualisation de l'accord national. Le secteur des centres de santé doit donc gagner son autonomie de règles de financement en mettant l'accent sur la part forfaitaire de rémunération. Il y aurait même un paradoxe à ce que cette part croisse chez les praticiens libéraux, comme en attestent les derniers accords conventionnels, alors qu'elle resterait cantonnée pour les centres de santé.

[13] Au regard de l'utilité sanitaire et sociale des centres de santé, qui enjoint aux pouvoirs publics d'assurer leur pérennité, la mission est amenée à émettre trois séries de recommandations pour les ancrer dans l'offre regroupée et coordonnée de soins ambulatoires.

[14] Il convient tout d'abord de faciliter la gestion quotidienne des centres de santé :

- en reportant sur les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires la charge d'établir les droits des patients dans la gestion du tiers payant ;
- en levant les obstacles juridiques à la participation des centres de santé à la permanence des soins et à la formation des étudiants en médecine ;
- en permettant aux médecins libéraux qui n'accomplissent des vacations que de quelques heures par mois de conserver leur statut de libéral.

[15] Il faut ensuite créer une dynamique pour accompagner les centres dans la voie d'une amélioration de leur gestion et reconnaître la spécificité de leur modèle économique. A cet effet, la mission recommande :

- de transformer l'option de coordination en un forfait de gestion regroupée qui serait systématiquement accordé aux centres de santé répondant à des critères de bonne gestion définis dans un cahier des charges ; un contrat d'optimisation de la gestion pourra être conclu entre l'agence régionale de santé et les centres en difficulté dont l'utilité sanitaire et sociale sur le territoire aurait été démontrée ;
- de ne transposer aux centres de santé que les éléments de rémunération des professionnels libéraux qui ne sont pas relatifs à la coordination des soins et de créer en contrepartie une rémunération forfaitaire spécifique, en partie commune avec les maisons de santé ; cette rémunération forfaitaire comprendrait trois étages : le forfait de gestion regroupée défini *supra*, un forfait de coordination médicale interne et externe qui serait versé par l'agence régionale de santé, et des suppléments au titre des missions d'accompagnement social et de santé publique dont le contenu serait précisé, à condition qu'elles soient financées (par la commune ou le conseil général pour les premières, l'agence régionale de santé pour les secondes).

[16] Enfin, un pilotage stratégique des centres de santé doit être mis en place et, à cet effet, la mission recommande :

- de renouveler l'accord national ;
- d'instaurer un pilotage régional en accroissant les capacités de contractualisation des agences régionales de santé ;
- de développer dans le cadre du projet d'observatoire des centres de santé une base de données, des études de fonds et une diffusion des bonnes pratiques.

Sommaire

SYNTHESE 3

RAPPORT 11

1 STRUCTURES D'EXERCICE REGROUPE DE LA MEDECINE AMBULATOIRE EN SECTEUR 1, LES CENTRES DE SANTE FORMENT UN MONDE FRAGMENTE, MECONNU ET FRAGILE 12

1.1 Des organismes très divers 12

1.1.1 L'hétérogénéité des centres visités est frappante 12

1.1.2 Des différences relatives à la nature des activités, des gestionnaires et à la taille des centres. 13

1.2 Une forme particulière d'exercice regroupé de la médecine ambulatoire 15

1.2.1 Une forme de médecine qui obéit à des obligations juridiques communes 15

1.2.2 Une organisation de la médecine fédérée autour de principes fortement affirmés 16

1.3 Une représentation éclatée et un pilotage insuffisant 16

1.3.1 Un monde à la représentation éclatée 17

1.3.2 Un monde mal connu par les pouvoirs publics 18

1.3.3 Un dénombrement et, plus généralement, une analyse difficiles. 20

1.4 Un bilan financier contrasté – un monde fragile et menacé 21

1.4.1 Il est très difficile d'avoir une vision d'ensemble globale précise de la situation financière des centres de santé. 21

1.4.2 L'analyse des comptes des centres visités par la mission met en évidence une situation financière contrastée mais globalement fragile, l'équilibre n'étant quasiment jamais atteint sans subvention extérieure ou concours de circonstances particulier. 22

1.4.3 Les centres « équilibrés » sont essentiellement des centres de soins infirmiers, dentaires et quelques centres polyvalents associatifs 24

1.4.4 Les centres sous assistance financière sont essentiellement des centres municipaux polyvalents ainsi que les centres miniers. 24

1.4.5 La raréfaction des financements extérieurs 25

2 A L'ORIGINE DE CETTE FRAGILITE : UN MODELE ECONOMIQUE IMPARFAIT ET UNE GESTION INEGALE 26

2.1 Un modèle économique imparfait 26

2.1.1 Un financement inadapté des dépenses de soins curatifs ambulatoires en secteur 1. 26

2.1.2 Une obligation de tiers payant qui, du fait de la complexité des règles de remboursement par l'assurance maladie, s'avère très coûteuse 28

2.1.3 Un modèle mal défini en ce qui concerne les missions d'actions sociales et de santé publique 33

2.1.4 Si le financement de la fonction de coordination dévolue par la loi aux centres de santé est bien prévu, il est facultatif et peu utilisé en raison de règles de mise en œuvre particulièrement complexes. 35

2.2 Une gestion très inégale et qui doit être améliorée 39

2.2.1 Trois études récentes ont analysé la gestion des centres de santé, et l'une d'elle a modélisé un prototype 39

2.2.2 Optimiser les recettes 40

2.2.3 Maîtriser les dépenses 42

2.2.4 Piloter la structure de manière stratégique 46

2.2.5 La mission appelle toutefois l'attention sur les limites d'une approche axée uniquement sur l'amélioration de la gestion. 48

3 LES CENTRES DE SANTE : UNE REPONSE AUX ATTENTES DES PATIENTS, DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET AUX IMPERATIFS DE LA MEDECINE MODERNE 49

3.1 Une garantie d'accès géographique, financier et social à des soins ambulatoires de proximité 50

3.1.1 Une présence médicale pluri-professionnelle notamment dans des quartiers défavorisés 50
3.1.2 Un accès social et financier aux soins 52
3.2 Un mode d'exercice attractif pour les professionnels de santé 55
3.2.1 Une demande de travail en équipe 55
3.2.2 Un refus de la charge administrative 57
3.2.3 Une recherche de diversification des activités 58
3.2.4 L'attrait du salariat 58
3.3 Une organisation des soins adaptées aux nécessités du système de santé 59
3.3.1 La coordination, une réponse à la transition épidémiologique 59
3.3.2 Une participation à la politique de santé publique 60
3.3.3 La permanence des soins 61
3.3.4 Une contribution à la maîtrise des dépenses ? 62

4 DES RECOMMANDATIONS POUR ANCRER LES CENTRES DE SANTE DANS UNE OFFRE DE SOINS PRIMAIRES ACCESSIBLE, REGROUPEE ET COORDONNEE 63

4.1 Faciliter la gestion quotidienne des centres de santé 63
4.1.1 Alléger la gestion du tiers payant 63
4.1.2 Lever des verrous juridiques 66
4.2 Améliorer le modèle économique des centres de santé en échange d'une amélioration de leur gestion 68
4.2.1 Inciter et aider les centres de santé à améliorer leur gestion 68
4.2.2 Redéfinir le modèle économique des centres de santé et, plus généralement, de la médecine pluri-professionnelle regroupée et coordonnée 70
4.3 Mettre en place un pilotage stratégique des centres de santé 77
4.3.1 Faire vivre l'accord national 77
4.3.2 Instaurer un pilotage régional 78
4.3.3 Développer, dans le cadre du projet d'observatoire des centres de santé, une base de données, des études de fonds et une diffusion des bonnes pratiques. 79

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION 81

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 85

LISTE DES ANNEXES 93

ANNEXE 1 : CARTOGRAPHIE DES CENTRES DE SANTE 95

ANNEXE 2 : HISTORIQUE DES CENTRES DE SANTE 97

ANNEXE 3 : RECENSEMENT DES PROJETS DE CREATION DE CENTRES DE SANTE 101

ANNEXE 4 : STRUCTURE DES DEPENSES ET DES RESSOURCES DES CENTRES DE SANTE 105

ANNEXE 5 : LES CENTRES DE SOINS INFIRMIERS 107

ANNEXE 6: LES CENTRES DE SANTE DENTAIRES 111

ANNEXE 7 : LES CENTRES DE SANTE MINIERS 113

ANNEXE 8 : LA SUBVENTION « TEULADE » 115

ANNEXE 9 : EXEMPLES DE PROTOTYPES 119

ANNEXE 10 : TABLEAU RECAPITULATIF DES CONCLUSIONS DES ETUDES DES CONSULTANTS 123

ANNEXE 11 : RECENSEMENT DES MAISONS DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLES (MSP) 125

ANNEXE 12 : L'AMELIORATION DE LA GESTION DU TIERS PAYANT DANS LES CENTRES DE SANTE PARISIENS 127

ANNEXE 13 : BUDGET TYPE D'UN CENTRE DE SANTE EQUILIBRE 129

ANNEXE 14 : LA REFORME DE LA REMUNERATION DES MEDECINS AUX ETATS-UNIS 131

SIGLES UTILISES 135

BIBLIOGRAPHIE 137

RAPPORT

[17] Par lettre de mission du 19 novembre 2012, la ministre des affaires sociales et de la santé a demandé à l'IGAS un rapport sur « la place et la situation des centres de santé » dans la perspective d'une renégociation de l'accord national entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les fédérations représentatives des centres de santé. La lettre demande « des propositions concrètes contribuant à leur pérennité et à leur inscription dans l'organisation des soins ». De fait, la consolidation des centres de santé figure parmi les douze engagements pris par le gouvernement dans le cadre du « Pacte Territoire - Santé » présenté le 13 décembre dernier par la ministre pour lutter contre la désertification médicale.

[18] La mission a été confiée à Philippe Georges et Cécile Waquet, assistés de Juliette Part, en stage à l'Inspection générale.

[19] Si l'inclusion des centres de santé dans ce pacte renforce la place que la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009 leur a accordé dans le système de santé, force est cependant de reconnaître un relatif désintérêt des pouvoirs publics pour ces structures.

[20] Deux rapports de l'Inspection générale des affaires sociales avaient certes mis en évidence, en 1999, pour les centres de santé en général, et, en 2006, pour les centres de soins infirmiers en particulier, leurs difficultés financières et la fragilité de leur équilibre économique. Un rapport de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la santé avait également procédé à un examen général de la situation des centres. Le rapport de l'IGAS de 2012 sur le Grand conseil de la mutualité (en redressement judiciaire depuis novembre 2011) a examiné la situation particulièrement délicate des centres de santé dans le département des Bouches-du-Rhône[1].

[21] L'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, dans le cadre de travaux sur la précarité, s'est penché en 2011 sur le fonctionnement et l'organisation des centres de santé ainsi que sur les caractéristiques socio-économiques de leur patientèle.

[22] Trois études récentes de cabinets de consultants témoignent d'une approche nouvelle qui consiste, face à l'impossibilité de couvrir sans fin les déficits, à étudier les conditions de gestion de ces centres : celle du cabinet Richard-Bouton-Consultants en 2010 pour les centres de santé parisiens à la demande de la Mairie de Paris, celle du cabinet Référis (publiée fin 2012) sur les centres de santé de la petite couronne d'Île-de-France, à la demande de l'agence régionale de santé, et, enfin, celle du cabinet Coactis Santé sur les centres mutualistes, à la demande de la Fédération nationale de la mutualité française (publiée début 2013).

[23] Les conclusions de ces trois études sont unanimes : pour leurs auteurs, le déficit des centres de santé ne serait pas une fatalité. En adoptant des mesures de meilleure de gestion et en améliorant les niveaux d'activité, la plupart des centres de santé pourraient se rapprocher de l'équilibre.

[24] Pour autant les charges spécifiques des centres et les imperfections de leur mode de financement supposaient d'élargir l'analyse.

[1] Rapport IGAS de 1999 sur les centres de santé (Burstin, Lalande, Merlhe), rapport IGAS de 2006 sur les centres de soins infirmiers (Léger, Mauss), rapport de la Direction de l'hospitalisation et des soins de 2007 (Dominique Acker), rapport IGAS de 2012 (Bonnet, Bruant-Bisson).

[25] A cette fin, la mission, après avoir rencontré l'ensemble des acteurs nationaux, notamment les signataires de l'accord national, a visité seize centres de santé et discuté de manière approfondie, questionnaires et documents à l'appui, avec leurs gestionnaires et responsables médicaux : quatre centres polyvalents municipaux de la petite couronne parisienne (Aubervilliers, Gennevilliers, Pantin, Nanterre), cinq centres polyvalents associatifs dont trois à Paris (Alfred Fournier, COSEM, Croix-Rouge) et deux en province (Vaux-en-Velin, Grenoble), un centre polyvalent mutualiste (Jack Senet), un centre polyvalent minier (Lens), un centre polyvalent géré par un hôpital (Houdan), deux centres médicaux dont un associatif (Belfort) et un municipal (La Ferté Bernard), un centre dentaire associatif (Bondy) et un centre infirmier associatif (Angers). La mission a également rencontré les administrations centrales concernées (direction générale de l'organisation des soins, direction de la sécurité sociale, direction générale de la santé, secrétariat général des ministères sociaux) et quatre agences régionales de santé (Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Rhône-Alpes).

[26] Elle s'est également appuyée sur les données de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), notamment les résultats d'une enquête menée fin 2012-début 2013.

[27] La mission s'est heurtée à la difficulté de la grande hétérogénéité du monde des centres de santé. Cependant, plutôt que de retenir un examen monographique de chaque type de centre, selon l'objet et la nature de leur gestionnaire, la mission s'est attachée à une vision transversale afin de tenir compte des caractéristiques communes à toutes ces structures et a privilégié une approche susceptible de créer une dynamique d'ensemble. Il en résulte que les développements du présent rapport s'adressent principalement aux centres médicaux et polyvalents. Mais nombre d'observations et de recommandations valent également pour les centres miniers, les centres de soins infirmiers et les centres de soins dentaires, dont les problématiques propres seront autant que possible soulignées.

[28] Il ressort de toutes ces investigations que les centres de santé représentent un monde fragmenté, méconnu et fragile (I), pour des raisons qui tiennent à la fois à l'imperfection de leur modèle économique et la qualité très inégale de leur gestion (II).

[29] Or, bien que difficiles à évaluer, ils apportent une réponse réelle aux attentes des patients, des professionnels de santé et aux impératifs de la médecine moderne (III).

[30] Ces constats conduisent la mission à trois séries de recommandations, pour ancrer les centres de santé dans une offre de soins primaires pluri-professionnelle, accessible, coordonnée et regroupée. Celles-ci visent à améliorer la gestion des centres, à adapter leur financement et à renforcer le pilotage de ce secteur de la médecine ambulatoire (IV).

1 STRUCTURES D'EXERCICE REGROUPE DE LA MEDECINE AMBULATOIRE EN SECTEUR 1, LES CENTRES DE SANTE FORMENT UN MONDE FRAGMENTE, MECONNU ET FRAGILE

1.1 Des organismes très divers

1.1.1 L'hétérogénéité des centres visités est frappante

[31] Quelques exemples concrets issus des seize déplacements de la mission illustrent l'hétérogénéité des centres de santé.

- Créé en 1936 et géré par la municipalité de Gennevilliers, le centre Étienne Gatineau Saillant, flambant neuf depuis sa reconstruction en 2012, ressemble à une petite clinique ambulatoire. A l'origine simple service de protection maternelle et infantile, il devient en 1950 le « nouveau centre médico-social » regroupant médecins, assistantes sociales et secrétaires médico-sociales pour répondre à la misère sociale dans une ville ouvrière où les conséquences de la guerre se font encore sentir. Il offre aujourd'hui, sur 2 040 m^2, avec 88 équivalents temps plein (ETP) dont 32 praticiens, une palette de soins très diversifiée (médecine générale, dix-huit spécialités médicales, soins dentaires, soins infirmiers, radiologie, biologie, service infirmier d'aide à domicile aux personnes âgées) ainsi qu'un service de permanence maternelle et infantile, un centre de planification et d'éducation familiale, un service de prévention (vaccination), un espace « santé jeunes ». Il assure en outre, depuis quelques mois, une permanence des soins du lundi au vendredi jusqu'à minuit.

- A l'opposé par sa taille et son activité, le centre minier médical de Lens, créé en 1975 dans un coron, comprend deux médecins, deux infirmières, un masseur kinésithérapeute et un agent d'accueil. Il est ouvert du lundi au vendredi de 8h à 17h − avec une fermeture méridienne − et le samedi de 8h30 à 12h30.

- Entre les deux, le centre médical de Belfort, géré par l'Association « Ensemble pour Notre Santé », est né en 1981 de la volonté de deux médecins généralistes, d'élus locaux et d'une association de quartier. Il s'agissait de créer une structure permettant l'accès aux soins pour tous et une prise en charge globale des problèmes de santé de l'individu. Situé en zone franche urbaine, dans un quartier socialement très défavorisé, après l'épreuve d'un redressement judiciaire en 2005, le centre compte maintenant sept médecins généralistes en équivalent temps plein et développe un projet de pôle de santé pluri-professionnel avec des professionnels de santé libéraux (généralistes, sage-femme, dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes, podologue) qui devrait ouvrir en 2014.

- Les centres de soins infirmiers de l'Association « Soins Santé » d'Angers, créée en 1971, assurent une continuité des soins sept jours sur sept et ont, par définition, plus à voir avec des services de soins infirmiers à domicile, même si des projets de rapprochement avec des médecins sont en cours pour former une offre polyvalente.

- Géré par l'association Addentis, le centre dentaire de Bondy, créé en 2009, composé de 6 chirurgiens-dentistes, 6 assistants, 3 administratifs, développe une activité prothétique importante et présente la particularité d'être fermé le mercredi et le samedi.

- Quant au tout récent centre de santé médical de la commune de La Ferté Bernard situé dans une commune marquée par une forte pénurie d'offre de soins, il ne comprend que deux médecins. Assurant des soins, *de facto*, de huit heures et demi du matin à neuf heures du soir du lundi au vendredi et le samedi matin, il s'apparente pour l'instant davantage à un petit cabinet médical qu'à un centre de santé polyvalent.

1.1.2 Des différences relatives à la nature des activités, des gestionnaires et à la taille des centres.

[32] La loi du 29 décembre 1999, modifiée par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009 (ci-après dénommée « loi HPST »), est venue appeler « centres de santé » des structures très diverses de par leur activité, leur gestionnaire, et leur taille.

[33] Ainsi, les 1 220 centres recensés par la CNAMTS dans son enquête réalisée fin 2012 sur les centres de santé présents en 2012[2] peuvent être classés de trois façons :

- en fonction de leur activité de soins, l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale distinguant quatre types de centre, regroupés dans l'enquête en trois catégories (les médicaux et polyvalents formant une même catégorie compte tenu de la proximité de leur objet) :
  - 34% sont médicaux ou polyvalents (400, gérés à 22% par des associations, 22% par des régimes de sécurité sociale, 18% par des collectivités territoriales),
  - 36% sont dentaires (425, dont 75% gérés par des mutuelles),
  - 30% sont infirmiers (359, dont 76% gérés par des associations).
- en fonction de leur gestionnaire, puisqu'en application de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, « ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé » :
  - 33% sont gérés par des associations (c'est le cas de la majorité des centres infirmiers),
  - 32% par des mutuelles (c'est le cas de la majorité des centres dentaires),
  - 12% par des caisses de sécurité sociale,
  - 9% par des établissements de santé (possibilité ouverte par la loi HPST),
  - 7% par des collectivités territoriales (communes en général),
  - 7% par d'autres organismes à but non lucratif.
- en fonction de la taille du centre qui, selon l'enquête de la CNAMTS, varie de 1 médecin à temps partiel à 323,7 ETP, la moyenne se situant à 11,4 ETP dont 7,8 ETP soignants, soit +17% par rapport à 2007 ; bien que le taux de réponse de l'enquête de la CNAMTS sur ce point ne soit que de 55%, on peut considérer que :
  - 69% des centres de santé sont « petits » (moins de dix ETP) – le taux était de 80% en 2007,
  - cette petite taille est d'abord le fait des centres de soins infirmiers (ils sont 82% à avoir moins de dix ETP) et des centres dentaires (70%), tandis que quasiment la moitié des centres médicaux ou polyvalents emploient plus de dix ETP ;
  - si les centres médicaux et polyvalents ne représentent qu'un tiers des centres de santé, leurs ETP représentent la moitié des ETP de l'ensemble des centres de santé (du moins pour les centres ayant répondu aux questions sur les effectifs) – ceci justifie, par la suite, des développements consacrés plus particulièrement aux centres de santé médicaux et polyvalents, même si les centres de soins infirmiers, les centres de soins miniers et les centres de santé dentaires font l'objet d'annexes spécifiques.

[2] Centres d'au moins 20 000 € d'honoraires ayant répondu à l'enquête de la CNAMTS, après neutralisation des doubles comptes et en tentant compte des centres n'ayant pas répondu à l'enquête ; voir *infra* la question délicate du dénombrement des centres de santé

Tableau 1 : Dispersion des effectifs (en équivalents temps plein – ETP) des centres de santé pour 55% des centres ayant répondu à l'enquête

	ETP en %	Minimum ETP	Maximum ETP	Moyenne	Part des centres employant moins de 10 ETP	Taux de réponse
Centres infirmiers	21%	1	27,0	7,2 dont 6,4 soignants	82%	62%
Centres dentaires	29%	0,9	49,9	8,8 dont 6 soignants	70%	57%
Centres médicaux/polyvalents	50%	0,4	323,7	19,6 dont 11 soignants	51%	48%
Tous centres	**100%**	**0,4**	**323,7**	**11,4** dont 7,8 soignants	**69%**	**55%**

Source : CNAMTS Enquête sur les centres de santé réalisée fin 2012

- Enfin, d'un point de vue géographique, la cartographie des centres de santé[3] fait apparaître une différence entre :
  - les centres dentaires et infirmiers, qui sont répartis sur l'ensemble du territoire, particulièrement en zone rurale pour les centres infirmiers,
  - et les centres polyvalents, qui sont concentrés en région parisienne et lyonnaise, ainsi qu'en Provence-Alpes-Côte-d'Azur et dans le Nord-Pas-de-Calais, étant précisé :
    - ✓ que plus de 25% des centres de santé se situeraient en Île-de-France, selon l'étude Référis, qui dénombrait, en novembre 2012, 302 centres en activité salariant plus de 9 000 professionnels, principalement à temps partiel : 92 centres médicaux, 60 centres dentaires, 131 centres polyvalents et 19 centres de soins infirmiers ; l'étude relève également que les centres de santé d'Île-de-France se concentrent majoritairement (82%) sur 6% de sa superficie (33% à Paris et 49% en petite couronne) ;
    - ✓ et qu'à Paris, premier département pour le nombre de centres de santé, on dénombrait en 2011, selon la CPAM de Paris, 91 centres médicaux (28), polyvalents (41) ou dentaires (22).

1.2 Une forme particulière d'exercice regroupé de la médecine ambulatoire

[34] Malgré leur grande hétérogénéité, les centres de santé relèvent de règles juridiques et de principes communs très spécifiques.

1.2.1 Une forme de médecine qui obéit à des obligations juridiques communes

[35] Tous les centres de santé sont tenus de respecter les règles définies par le code de la santé publique (article L.6323-1 notamment), le code de la sécurité sociale (L.162-32-1 et suivants) et l'accord national de 2003 destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie.

[36] Sont ainsi posées les principales obligations suivantes, portant sur la nature des missions, leurs conditions d'exercice et le mode de fonctionnement des structures :

- Exercice d'activités de soins de premier recours ambulatoires (pas d'hébergement) ;
- Application des tarifs opposables (règle qui est posée au chapitre premier de l'accord national de 2003)[4] ;

[3] Cf. cartes de la CNAMTS en annexe n°1

- Pratique de la dispense d'avance de frais au moins sur la partie assurance maladie de base ;
- Mise en œuvre d'actions sociales ;
- Mise en œuvre d'actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients ;
- Accueil de stagiaires en formation de profession de santé ;
- Elaboration d'un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique ;
- Emploi exclusif de personnel salarié, y compris pour les médecins[5].

1.2.2 Une organisation de la médecine fédérée autour de principes fortement affirmés

[37] Au-delà des règles juridiques, ce monde hétérogène trouve également une unité dans la reconnaissance de valeurs et de principes qui appartiennent à l'histoire des centres (cf. annexe n°2).

[38] On citera d'abord la préoccupation de l'accès aux soins que traduisent la présence, historique, dans des zones défavorisées et les conditions financières dont bénéficient les patients.

[39] La volonté d'exercer une médecine globale qui appréhende la personne dans son environnement conduit à mettre l'accent sur la prévention et la promotion de la santé. Cette démarche peut aller jusqu'à la pratique d'actions de santé communautaire. Dans cette perspective, le patient n'est pas un être passif mais il est appelé à prendre part à l'action de santé, y compris au plan collectif. Les usagers ne sont pas considérés comme des consommateurs de soins mais comme des acteurs de leur santé. Leur participation à la vie des centres est ainsi recherchée à travers la constitution d'associations et la présence de leurs représentants dans les instances délibératives des centres.

[40] En regard, l'exercice de la médecine est un travail d'équipe qui associe étroitement personnels soignant, social et administratif. Le caractère non lucratif des structures et le salariat cantonnent la relation d'argent entre le patient et le professionnel.

1.3 Une représentation éclatée et un pilotage insuffisant

[41] Hétérogènes malgré une identité très affirmée, les centres de santé sont l'objet d'une représentation qui reflète leur diversité et d'un pilotage par les pouvoirs publics qui ne contribue pas à une bonne connaissance de ce secteur de la médecine.

[42] Les centres sont représentés par plusieurs organisations, elles-mêmes regroupées dans le Regroupement national des organismes gestionnaires des centres de santé (RNOGCS) dont les moyens sont limités (1.3.1).

[43] En outre, ils sont mal connus des pouvoirs publics, qu'il s'agisse de l'assurance maladie ou du ministère chargé de la santé (1.3.2).

[44] Il en est résulté une difficulté d'analyse particulière pour la mission, qui explique pourquoi elle a cherché à s'appuyer sur les documents fournis par les centres visités et sur les études d'échantillons déjà réalisées par les cabinets Richard-Bouton-Consultants et Référis (1.3.3).

---

[4] Il convient en effet de rappeler que la définition du secteur 1 pour les médecins libéraux ne relève pas de la loi mais de la convention médicale.

[5] A cet égard, il convient de noter que l'article L6323-1 du code de la santé publique prévoit que « Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés », alors qu'en réalité c'est, plus largement, l'ensemble des professionnels de santé des centres de santé qui sont salariés. La loi mériterait d'être corrigée sur ce point.

1.3.1 Un monde à la représentation éclatée

[45] Chaque type de centres a une représentation propre.

[46] On compte ainsi, selon la dernière enquête de représentativité réalisée au premier trimestre 2013, dix organisations représentatives des centres de santé[6] :

- une au titre des centres médicaux, polyvalents et dentaires: la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) ;
- cinq au titre des centres de soins infirmiers : Adessadomicile, Aide à domicile en milieu rural (ADMR), la Confédération des unions régionales des centres de santé infirmiers communautaires (C3SI), la Fédération nationale des institutions de santé d'action sociale d'inspiration chrétienne (FNISASIC), l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) ;
- quatre au titre de l'ensemble des centres de santé : la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM), la Croix-Rouge française (CRF), la Fédération des mutuelles de France (FMF) et la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF).

[47] L'ensemble des candidats de l'enquête de représentativité revendique 1348 centres de santé[7]. Le tableau suivant présente – pour les centres de soins infirmiers d'une part et pour les centres médicaux, polyvalents et dentaires d'autre part, – le rapport entre le nombre de centres gérés par chaque organisme et l'ensemble des centres de santé de la catégorie concernée.

Tableau 2 : Nombre en 2011 de centres gérés par les organismes candidats à l'enquête de représentativité des centres de santé

Organisation	Année de création	Nombre de centres de soins infirmiers	Part dans l'ensemble des centres de soins infirmiers	Nombre de centres médicaux, polyvalents et dentaires	Part dans l'ensemble des centres de santé médicaux, polyvalents et dentaires
Adessadomicile	2009 (fusion : Adessa créée en 2001 + A Domicile créée en 2005)	101	19,9%	0	0%
ADMR	1945	59	11,6%	0	0%
C3SI	2005	87	17,2%	0	0%
FNISASIC	2004	43	8,5%	0	0%
UNA	1970	55	10,8%	0	0%
CANSSM	1946	5	1%	150	12,9%
CRF	1859	33	6,5%	9	0,8%
FNMF	1902	26	5,1%	486 (surtout dentaires)	41,7%
FMF	1986	3	0,6%	116	10%
FNCS	1960 (CNLCS jusqu'en 2009)	0	0%	174 (surtout municipaux)	14,9%
Ensemble		412	81,3%	936	80,3%

Source : Direction de la sécurité sociale, 2013

[6] Enquête réalisée dans la perspective de la renégociation de l'accord de 2003, étant précisé que l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale prévoit que « les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à cinq ans par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents ».

[7] Soit plus de 80% de l'ensemble des centres recensés par la CNAMTS en 2011 mais 10% de plus que le dénombrement total effectué par la CNAMTS en 2012. Pour une compréhension de cette différence, voir point 1.3.3.

[48] Ces organisations représentatives se réunissent régulièrement au sein du Regroupement national des organisations gestionnaires de centres de santé (RNOGCS) qui s'est constitué de manière informelle au début des années 1990.

[49] Si le RNOGCS s'est mobilisé pour obtenir une meilleure reconnaissance des centres de santé à travers divers textes juridiques[8], il ne dispose pas d'une base documentaire solide sur les centres de santé qui permettrait de connaître précisément le nombre de centres et d'obtenir des données sur leurs activités et leur situation économique.

[50] Cette situation est assez certainement liée aux manques de statistiques disponibles dans les centres eux-mêmes. De fait, la mission s'est heurtée, dans certains cas, à une difficulté pour accéder à certaines données d'ordre économique et comptable.

1.3.2 Un monde mal connu par les pouvoirs publics

[51] Les pouvoirs publics connaissent les centres de santé par deux canaux principaux :

- celui du financement, assuré principalement par l'assurance maladie qui, via la CNAMTS ou la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale[9], rémunère les centres de santé essentiellement sur la base d'un financement à l'acte selon les mêmes tarifs que ceux applicables aux professionnels de santé libéraux et selon des modalités précisées dans le cadre d'un accord national conclu pour cinq ans avec les organisations représentatives des centres de santé (les détails de ce financement sont exposés dans la deuxième partie du rapport) ; cet accord, conclu pour la première fois le 19 novembre 2002 et publié au Journal officiel du 19 avril 2003, a été reconduit tacitement en 2008 et a fait l'objet de quelques avenants mineurs (deux en 2004, un en 2007 et un en 2009) ; arrivant à échéance le 19 avril 2013, il a été tacitement reconduit au printemps 2013 ;
- celui du contrôle[10], assuré par les agences régionales de santé (ARS), auxquelles les centres de santé doivent envoyer leurs projets de santé[11] mais qui ont, depuis la loi HPST, perdu leur pouvoir d'agrément des centres de santé[12].

[8] Décrets de 1991 relatifs aux conditions d'agrément des centres de santé, aux conditions de prise en charge de soins délivrés en centre de santé et aux modalités de compensation d'une partie des cotisations sociales ; loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 reconnaissant les centres de santé dans le code de la santé publique ; loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009 élargissant aux établissements de santé la possibilité de gérer un centre de santé et confirmant la place des centres de santé dans l'organisation du système de santé.

[9] Cf. L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale : « La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral ou en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social ainsi que, à compter du 1er janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article ». Et L. 162-32-1 : « Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à cinq ans par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents ».

[10] Cf. L. 6323-1 du code de la santé publique, dixième alinéa : « En cas de manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins dans un centre de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut enjoindre au gestionnaire du centre d'y mettre fin dans un délai déterminé ; en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou de non-respect de l'injonction, prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité du centre, assortie d'une mise en demeure de prendre les mesures nécessaires ; maintenir cette suspension jusqu'à ce que ces mesures aient pris effet ».

[11] Cf. II de l'arrêté du 30 juillet 2010 : « Le projet de santé est arrêté par le gestionnaire du centre de santé qui associe l'ensemble des professionnels du centre et le porte à la connaissance du directeur général de l'agence régionale de santé, lors de l'ouverture du centre et lorsqu'il fait l'objet de modifications portant notamment sur son activité, son implantation ou son gestionnaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé en accuse réception ».

[12] Qui résultait de l'article 23 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

[52] Aucune remontée d'informations comptables ou financières précises n'étant demandée, en dehors de celles qui figurent dans les rapports d'activité, de qualité très inégale, ni la CNAMTS, ni les directions du ministère de la santé n'ont développé une expertise particulière sur les centres de santé qui, au niveau national, ne représentent que 2,3% des dépenses totales de soins de ville et 2,4% des remboursements de soins ambulatoires par l'assurance maladie[13].

[53] La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé avait prévu, à l'article L. 6323-2 du code de la santé publique, la création d'une « instance nationale présidée par le ministre chargé de la santé, regroupant notamment les représentants de l'Etat, des caisses nationales d'assurance maladie, des gestionnaires et des professionnels soignants des centres de santé », « afin de permettre une concertation sur toutes les dispositions réglementaires qui peuvent concerner les centres de santé, ainsi qu'une réflexion sur les projets innovants sanitaires et sociaux qu'ils pourraient mettre en place». Un décret en Conseil d'Etat devait fixer les conditions de fonctionnement ainsi que la liste des membres admis à participer aux travaux de cette instance nationale.

[54] Mais, alors que la mise en place de cette instance était attendue par les représentants des centres de santé, recommandée par le rapport de l'IGAS de 2006 sur les centres de soins infirmiers et par le rapport de Dominique Acker de 2008, et qu'un projet de décret avait été préparé par la direction des hôpitaux et de l'organisation des soins[14] (devenue direction générale de l'organisation des soins, DGOS), elle n'a jamais eu lieu et l'article L. 6323-2 a été abrogé par la loi HPST. En effet, le ministère a considéré inopportune la représentation d'un seul des dispositifs des soins de premier recours, le noyau dur de la loi HPST reposant plutôt sur la reconnaissance des missions (le premier recours aux soins) indépendamment de la nature des opérateurs qui peuvent être divers divers (cabinets libéraux, centres de santé, maisons ou pôles de santé, anciens hôpitaux locaux ...).

[55] Toutefois, un projet d'observatoire des centres de santé est en cours. À l'instar de l'observatoire des maisons de santé déployé en 2012[15], la DGOS pilote un groupe de travail notamment composé de représentants d'ARS, de la CNAMTS et de l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) et dont l'objet est de définir le cahier des charges de ce futur observatoire des centres de santé qui, à partir des bases de données déjà existantes, sera complété des informations utiles au suivi des centres de santé (personnel, activités, financement, etc.). Les travaux préparatoires au développement de cet observatoire sont en cours pour un déploiement au cours de l'année 2014.

[56] Par ailleurs, un groupe de concertation des centres de santé, organisé par la DGOS, se réunit régulièrement depuis janvier 2013 (cinq séances tenues à ce jour). Il est composé de représentants des gestionnaires, des professionnels de centres de santé, de représentants des ARS et de représentants du ministère (direction de la sécurité sociale – DSS – et DGOS). Le groupe a pour objet d'accompagner les évolutions des centres. Une feuille de route a été élaborée à partir de thèmes transversaux (l'évolution des missions de centres de santé, le modèle économique des centres, etc.) et de sujets plus ponctuels (permanence des soins ambulatoires, rémunération des maîtres de stage en centres de santé, etc.).

---

[13] Selon la CNAMTS, les honoraires des centres de santé s'élevaient à 1 080 M€ en 2011, soit 2,3% des 45 672 M€ de consommation totale de soins de ville (médecins, auxiliaires médicaux, dentistes, analyses de laboratoires et cures thermales) évaluée par la DREES, dans les Comptes nationaux de la santé 2011, page 131, pour l'année 2011 ; par ailleurs, selon la CNAMTS, le montant total des dépenses des centres de santé remboursées par l'assurance maladie s'élevait en 2011 à 625 M€, soit 2,4% des 26 126 M€ de dépenses de soins de ville (médecins, auxiliaires médicaux, dentistes, analyses de laboratoires, hors transports de malades) remboursées par l'assurance maladie en 2011 (cf. rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2013). Nous verrons cependant plus loin qu'au niveau local les centres de santé peuvent représenter une part beaucoup plus importante de l'offre de soins ambulatoires.

14 Il prévoyait, pour le fonctionnement, deux réunions annuelles et, pour la composition, dix-sept membres : cinq membres de droit : le directeur général de la santé, le directeur de l'hospitalisation et des soins, le directeur de la sécurité sociale ainsi qu'un représentant de la CNAMTS et des directions régionales des affaires sanitaires et sociales ; douze membres nommés par le ministre chargé de la santé représentant, d'une part, les gestionnaires des centres, d'autre part, les personnels médicaux et non médicaux, ainsi qu'un représentant des usagers et une personnalité qualifiée.

15 Par instruction n°DGOS/PF3/DREES/DMSI/2012/135 du 28 mars 2012

1.3.3 Un dénombrement et, plus généralement, une analyse difficiles.

[57] La mission a cherché à effectuer le comptage des centres de santé, afin d'en mesurer l'évolution et de mesurer la dynamique de cette offre de soins.

[58] Elle s'est cependant heurtée à d'importantes difficultés, tenant au contenu des différentes bases de données détenues par la CNAMTS et par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

[59] Les centres de santé ont en effet d'abord été répertoriés par les agences régionales de l'hospitalisation ; ils le sont depuis 2010 par les agences régionales de santé dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

[60] Mais ils sont également inventoriés par l'assurance maladie dans la base BERF (base établissement référentiel) et dans le système national d'informations inter-régions d'assurance maladie (SNIIRAM).

[61] Or, aucune de ces bases ne donne les mêmes chiffres, ce qui a conduit la CNAMTS, la DREES et la DGOS, à conduire des travaux en 2012-2013 pour comprendre les écarts et formaliser les règles d'enregistrement des centres de santé dans FINESS.

[62] Deux raisons principales sont avancées pour expliquer ces écarts :

- pour certains centres de santé polyvalents (83), il a été créé un numéro FINESS par type d'activité (soit 183 numéros FINESS), ce qui conduit à identifier un même centre plusieurs fois ;
- certains établissements ont été enregistrés à tort comme des centres de santé, alors qu'il s'agit en réalité de centres anti-tuberculeux, de centres de médecine sportive ou de centres d'examens de santé.

[63] Ces travaux, qui ont également associé quelques ARS, l'ASIP Santé (Agence des systèmes d'informations partagés de santé) et les ordres des médecins et des chirurgiens-dentistes, vont conduire prochainement à la publication d'une instruction qui organisera un suivi périodique par la DREES et la DGOS des opérations de « toilettage » effectuées par les ARS.

[64] L'enquête de la CNAMTS auprès des CPAM recense environ 1 440 centres de santé en 2012, y compris miniers, en données brutes. Mais si l'on annule l'effet des numéros FINESS multiples, après appariement avec le SNIIRAM pour éviter les doubles comptes, on dénombre 1 184 centres ayant au moins 20 000 € d'honoraires en 2012 en France entière. En tenant compte de 96 centres n'ayant pas répondu, l'enquête compte 1 220 centres de santé ayant au moins 20 000 € d'honoraires.

[65] Il est délicat de comparer ce dénombrement à ceux de 1995 (1460)[16], 2010 (1665) et 2011 (1672), dans la mesure où le seuil retenu pour ces deux dernières années était deux fois inférieur (10 000 €) et où, à un même centre, pouvaient correspondre plusieurs numéros FINESS.

[66] Néanmoins, il semble que le nombre de centres de santé n'ait pas décru.

[67] De fait, la mission a constaté que peu de centres fermaient définitivement. Ceux qui ferment donnent ensuite lieu à des créations. C'est qu'en effet là où ils sont les centres de santé sont en général indispensables compte tenu de la défaillance de l'offre de soins libérale.

[16] Chiffre actualisé à 1439 hors DOM en 2004. Mais ce recensement était à la fois un majorant (puisqu'il ne faisait pas apparaître les regroupements d'activité) et un minorant (puisqu'il ne tenait pas compte des centres du régime minier qui, en 1995, n'étaient pas ouverts aux ressortissants des autres régimes et n'avaient pas fait l'objet d'un agrément ; ces centres étaient au nombre de 234 entités dont 164 centres polyvalent, et 42 centres médicaux).

[68] En outre, selon la FNCS, plus de soixante-dix projets seraient en cours (cf. annexe n°3), mais à des degrés d'avancement très variés, dont :

- cinquante médicaux ou polyvalents ;
- dix dentaires ;
- un centre de soins infirmiers.

1.4 Un bilan financier contrasté – un monde fragile et menacé

1.4.1 Il est très difficile d'avoir une vision d'ensemble globale précise de la situation financière des centres de santé.

[69] Afin de disposer d'une vision d'ensemble de la situation financière des centres de santé, la mission a demandé à la CNAMTS de dresser un tableau récapitulatif des budgets des centres de santé ayant répondu à son enquête.

[70] La CNAMTS a pu synthétiser la structure des dépenses et des recettes de 50% des centres, les autres n'ayant pas donné de réponses permettant l'analyse (cf. en annexe n°4, analyse de la structure des dépenses et des ressources des centres de santé selon l'enquête de la CNAMTS). Ce résultat met en évidence une différence importante entre centres médicaux ou polyvalents, d'une part, et centres dentaires et infirmiers, d'autre part :

- pour les centres médicaux et polyvalents (recettes de 1,6 million € en moyenne), la part de sources de financement autres que l'assurance maladie, les organismes complémentaires ou les assurés serait en moyenne de 14% ; il s'agit notamment de recettes versées par les collectivités territoriales ;
- pour les centres infirmiers (recettes de 300 000 € en moyenne) et les centres dentaires (recettes de 870 000 € en moyenne), cette part serait inférieure à 6%.

[71] En l'absence de commentaires détaillés, ces chiffres doivent être interprétés avec beaucoup de précaution. En effet, comme la mission a pu le constater, rares sont les centres qui parviennent à présenter des documents comptables précis et lisibles. Si les centres associatifs y sont contraints de par leur statut juridique, tels n'est pas le cas de nombreux centres municipaux qui sont même parfois en grande difficulté pour identifier les charges de personnel de leur centre, faute de budget autonome, même s'il faut noter que certains centres municipaux sont dotés d'un budget autonome (Aubervilliers depuis 2012, même si le centre de santé reste intégré à la direction de la santé publique de la ville) ou d'une comptabilité analytique très claire (Gennevilliers), et que la plupart sont en progrès sur ce point (par exemple Pantin).

[72] Quoiqu'il en soit, on constate un décalage structurel entre les recettes provenant de la facturation des soins et les dépenses globales des centres de santé ainsi qu'une difficulté plus grande des centres médicaux ou polyvalents, qui sont aussi plus souvent des centres municipaux, à équilibrer leurs comptes.

[73] Afin d'avoir une vision plus précise de la situation financière des centres de santé, la mission s'est penchée sur les résultats de l'étude du cabinet Référis. Cette étude montre que sur les trente centres étudiés, vingt-cinq présentent un résultat d'exploitation négatif. Comme le note l'étude, « la poursuite de leur activité dépend donc fortement de la capacité des gestionnaires à financer une subvention d'équilibre et ce d'autant plus que la notion de résultat d'exploitation est pour certains d'entre eux partielle, certains gestionnaires ne répercutant pas la totalité des charges sur les centres de santé (coûts des locaux, maintenance informatique) ».

[74] De même, sur les dix-huit centres de santé parisiens étudiés par le cabinet Richard-Bouton-Consultants, douze nécessitaient une subvention d'équilibre de la part de leur gestionnaire.

[75] L'analyse détaillée des comptes des centres visités par la mission confirme cette impression générale.

1.4.2 L'analyse des comptes des centres visités par la mission met en évidence une situation financière contrastée mais globalement fragile, l'équilibre n'étant quasiment jamais atteint sans subvention extérieure ou concours de circonstances particulier.

[76] Le tableau suivant indique, pour quelques exemples de centres de santé dont la mission a pu se procurer des données comptables, le niveau général des dépenses, ainsi que la manière dont les comptes sont équilibrés.

Tableau 3 : Niveau, en pourcentage du budget du centre, du déficit ou de la subvention d'équilibre dans les centres rencontrés

Centre	Dépenses (ordre de grandeur en €)	Niveau et nature de l'excédent ou de la subvention d'équilibre	Commentaire
Centre associatif polyvalent en grande ville	**6,2 millions**	Pas de subvention d'équilibre, excédent de 8% du budget	Centre qui bénéficie de locaux dont il est propriétaire de longue date ; bénéficie également d'une importante activité de biologie et de vaccination ; activités importantes de prévention subventionnées à hauteur de leur coût
Centre associatif polyvalent en grande ville	**42 millions**	Pas de subvention, excédent de 0,5% du budget	L'équilibre est atteint grâce à un niveau d'activité extrêmement élevé (900 000 passages par an, ouverture 72 heures par semaine). Pas d'activité de santé publique
Centre associatif polyvalent en zone urbaine défavorisée	**13 millions**	Excédent jusqu'en 2011 (0,4% du budget) ; prévision de déficit pour 2012 et 2013 (de 2% et 3% des dépenses)	Association comprenant centres médicaux, polyvalents, dentaires, infirmiers, radiologie et IRM, excédentaire jusqu'en 2011 grâce aux activités d'IRM (près d'un cinquième du budget). La diminution des tarifs de radiologie a conduit à une diminution importante de presque de moitié des recettes de cette activité
Centre municipal médical en ville	**261 000**	Équilibre de l'activité de soins (et même léger	Tout petit centre mais activité importante compte tenu de la

moyenne		excédent de 1%) mais il faut tenir compte de la contribution de la ville (locaux, informatique…) de l'ordre de 20%	pénurie de l'offre de soins dans la ville
Association de plusieurs centres de soins infirmiers en milieu mixte, urbain et rural	**4 millions** au niveau de l'association, dont 2 millions au niveau du centre	Petite subvention de la ville au titre de la prévention (moins de 5%) + mise à disposition de locaux par la ville	Association globalement équilibrée même si l'un des centres est déficitaire.
Centre dentaire associatif en banlieue de grande ville	**2,4 millions**	Centre excédentaire de 5% jusqu'en 2011	Excédent lié à l'importance de l'activité prothétique (70% du chiffre d'affaires) et à la mutualisation des fonctions de support avec d'autres centres
Centre polyvalent en grande ville	**4,7 millions**	Subvention d'exploitation de 3,2%. Déficit égal à 15% du budget	
Centre médical associatif en zone urbaine sensible	**1,3 million**	Subventions du conseil général et de la mairie à hauteur de 10% des dépenses + ARS (ENMR + CPOM) = au total 21% du budget	Centre médical qui ne peut s'équilibrer que grâce aux subventions et aux ENMR 1 et 2 ainsi que par un niveau de rémunération des médecins assez faible en comparaison aux autres centres de santé.
Centre polyvalent associatif en zone urbaine sensible	**5 millions**	Subventions (ville + conseil général + État) dont le total égale 32% du budget	Centre polyvalent qui ne s'équilibre que grâce aux subventions et aux ENMR 1 et 2 ainsi que par un niveau de rémunération des médecins assez faible (en moyenne 3500 €) en comparaison des autres centres de santé.
Centre polyvalent associatif en grande ville	**2 millions**	Subvention du gestionnaire à hauteur de 25% du budget	
Centre municipal en banlieue	**5 millions**	Subvention municipale de 36% (en plus des subventions de santé publique, insuffisantes, et des ENMR 1et 2)	Centre municipal qui s'est engagé depuis 2008 dans un effort d'amélioration de l'organisation et de l'efficience

Centre municipal polyvalent en banlieue	**8,9 millions**	Subvention d'équilibre de 27%, qui s'ajoute aux subventions de prévention obtenues par la municipalité (28%)	Centre qui malgré une gestion rigoureuse ne s'équilibre qu'avec d'importantes subventions obtenues par la ville, en plus de la subvention d'équilibre de la ville.
Centre municipal polyvalent en banlieue	**5,5 millions**	Subvention municipale de 39% du budget	
Centre municipal polyvalent en banlieue	**6 millions**	Subvention d'équilibre de la ville estimée entre 33% et 45%	Grandes difficultés pour présenter des documents comptables

Source : Documents communiqués par les centres – traitement IGAS

1.4.3 Les centres « équilibrés » sont essentiellement des centres de soins infirmiers, dentaires et quelques centres polyvalents associatifs

[77] Trois types de centres de santé parviennent à s'approcher de l'équilibre : les centres de soins infirmiers, les centres de santé dentaires et certains centres de santé polyvalents associatifs bénéficiant de conditions favorables.

- Après avoir subi une période très difficile liée à la revalorisation, en 2002, des salaires des infirmiers, sans augmentation parallèle des actes effectués, les centres infirmiers (cf. annexe n°5) ont vu leur situation s'améliorer. Mais en général, ils sont intégrés à une structure qui développe d'autres activités (telles que des services de soins infirmiers à domicile), qui permettent au gestionnaire, grâce à une mutualisation des moyens, d'approcher l'équilibre.
- Les centres dentaires bénéficient de la possibilité de développer des activités hors nomenclature (prothèses notamment) qui permettent de compenser le déficit enregistré sur les soins conservateurs (cf. annexe n°6). Toutefois, il convient de noter que tous les centres dentaires ne sont pas équilibrés, loin de là (seulement 50% le sont selon l'enquête de la CNAMTS).
- Quant aux centres polyvalents, rares sont ceux qui parviennent à l'équilibre. En tout état de cause, il s'agit alors de centres associatifs ayant développé une gouvernance propice à une gestion très rigoureuse et au moins l'une des caractéristiques suivantes :
  - une taille très importante,
  - la propriété des locaux,
  - la possibilité de s'appuyer sur une activité dégageant des marges,
  - un appel au mécénat.

1.4.4 Les centres sous assistance financière sont essentiellement des centres municipaux polyvalents ainsi que les centres miniers.

[78] La plupart des centres municipaux polyvalents ne s'équilibrent que grâce à une importante subvention d'équilibre de la commune, qui représente souvent au moins un tiers des recettes.

[79] Mais c'est aussi le cas de certains centres associatifs qui, pourtant bien gérés (comptabilité analytique, tableaux de bord), n'atteignent l'équilibre que grâce à de multiples subventions provenant non seulement de la ville, mais également du conseil général et de l'ARS.

[80] La situation très délicate de certains centres mutualistes et des centres miniers doit également être soulignée (cf. annexe n°7 sur les centres du régime minier).

[81] En tout état de cause, force est de constater que, même après une phase très difficile voire un risque de fermeture, les centres se maintiennent, témoignant de leur intérêt pour la population.

1.4.5 La raréfaction des financements extérieurs

[82] Les gestionnaires des centres de santé doivent aujourd'hui faire face à de nouvelles contraintes financières.

[83] Les associations sont soumises à la rigueur de la distribution des subventions publiques et leurs fonds propres ne permettent pas le financement de déficits structurels. Seules des activités excédentaires extérieures au centre permettent d'attendre l'effet de mesures de meilleure gestion, voire de redressement.

[84] Les collectivités territoriales n'échappent pas à la nécessaire maîtrise des finances publiques, d'autant plus qu'elles se sont vues confier des compétences nouvelles ces dernières années. Si l'offre de soins de soins de proximité constitue pour elles une priorité politique, elles ne peuvent la conforter ou la développer qu'en s'efforçant d'en réduire le coût.

[85] Les mutuelles gestionnaires de centres de santé sont de leur côté confrontées à de nouvelles contraintes depuis la réforme du code de la mutualité, intervenue en 2001 à la suite de la transposition des directives « assurance »[17], qui ont imposé la séparation des activités des mutuelles au nom du principe de spécialisation. Alors que les activités assurantielles et non assurantielles des mutuelles étaient auparavant confondues au sein des mêmes structures juridiques, le nouveau code la mutualité a imposé la création de structures juridiques autonomes réalisant respectivement des activités d'assurance et des activités non assurantielles[18]. Même si ce principe de spécialisation n'est pas entendu de manière absolue et rigide[19], les directives communautaires n'ayant pas établi de barrière étanche entre les activités d'assurance et les autres activités des mutuelles, il oblige les gestionnaires mutualistes de centres de santé à une gestion plus rigoureuse que par le passé. En effet, sans être interdits, les flux financiers des mutuelles du livre II vers les mutuelles du livre III sont taris par l'exigence de normes prudentielles élevées en matière d'assurance.

[86] C'est dans ce contexte de raréfaction des financements extérieurs que plusieurs études ont été conduites sur les conditions de viabilité économique et de pérennité financière des centres de santé : étude du cabinet Richard-Bouton-Consultants pour la mairie de Paris ; étude du cabinet Référis pour l'ARS d'Île-de-France ; étude du cabinet « Coactis santé » pour la FNMF.

---

[17] Directives n°73-239/CEE du 24 juillet 1973 modifiée relative à l'assurance vie et n°73/267/CEE modifiée relative à l'assurance non vie

[18] Cette séparation s'est d'ailleurs traduite par la structuration même du code de la mutualité par la création de deux livres bien distincts, le livre II et le livre III, le livre I conservant quant à lui les dispositions, essentiellement de gouvernance, communes à toutes les structures mutualistes quelle que soit la nature de leur activité.

[19] Tout d'abord, le III de l'article L. 111-1 du code de la mutualité autorise les mutuelles du livre II à proposer des prestations entrant dans le cadre de la prévention des risques de dommages corporels ou de réalisations sanitaires et sociales à titre accessoire à un contrat souscrit par leurs membres participants et à leurs ayants droit. Inversement, si une mutuelle de livre II ne peut réaliser, même à titre accessoire, une activité d'assurance, elle peut en revanche, sous les mêmes conditions (caractère accessoire et lien direct avec les risques couverts), conclure avec d'autres organismes assureurs, non régis par le code de la mutualité, des conventions de mise à disposition de ces prestations au profit de leurs souscripteurs. Ensuite, le code de la mutualité n'interdit nullement le financement d'une mutuelle de livre III par une mutuelle de livre II, dés lors que sont respectées les conditions suivantes : personne morale distincte ; engagement financier de la mutuelle de livre II effectué sur son patrimoine libre (fonds hors réserves prudentielles réglementaires) ; les éventuels excédents dégagés sur les activités d'assurance doivent être réinjectés dans l'activité d'assurance et ne peuvent sortir pour financer les activités de soins ; la responsabilité de la mutuelle de livre II dans la mutuelle de livre III ne pouvant excéder son apport (L. 111-4 du code de la mutualité) ; pendant les cinq années qui suivent sa création, l'apport d'une mutuelle de livre II fondatrice d'une mutuelle de livre III ne peut être utilisé à d'autres fins que celles déterminées dans le plan de financement.

2 A L'ORIGINE DE CETTE FRAGILITE : UN MODELE ECONOMIQUE IMPARFAIT ET UNE GESTION INEGALE

[87] La mission a cherché à analyser les causes de la fragilité économique des centres de santé et d'un déficit apparaissant difficile à éviter.

[88] A cet effet, elle a tout d'abord étudié le modèle économique des centres de santé, tel qu'il résulte du cadre juridique les régissant : la cohérence est-elle assurée entre les missions que la loi confère aux centres de santé et les moyens qu'elle met à leur disposition ? La mission a constaté que le modèle économique des centres de santé souffrait de quatre imperfections (2.1).

[89] Ensuite, la mission a cherché à comprendre pourquoi, au-delà de ces contraintes externes liées à l'imperfection du modèle, certains centres étaient moins éloignés de l'équilibre que d'autres. Elle a constaté, en se penchant sur les modalités de gestion, très inégales d'un centre à l'autre, que peu de centres parvenaient à remplir tous les critères d'une bonne gestion, ces derniers devant cependant être définis avec subtilité (2.2).

2.1 Un modèle économique imparfait

[90] L'analyse des quatre grandes catégories de fonctions ou de missions dévolues par la loi aux centres de santé et des ressources dont ils disposent conduit au constat que le modèle économique des centres de santé souffre de quatre imperfections :

- la cohérence entre les dépenses et les recettes n'est pas parfaitement bien assurée en ce qui concerne la mission de soins (2.1.1) ;
- les centres de santé sont tenus de pratiquer la dispense d'avance de frais selon des modalités imposées par l'assurance maladie qui s'avèrent très coûteuses (2.1.2) ;
- le modèle souffre d'un manque de définition du contenu des missions d'accompagnement social et de santé publique qui incombent aux centres de santé et des recettes en cohérence avec ces missions (2.1.3) ;
- si le financement de la fonction de coordination dévolue aux centres de santé est bien défini, il est peu mobilisé du fait de règles de mise en place très complexes (2.1.4).

[91] Comme on l'a vu *supra*, la raréfaction de ce type de financement d'équilibre conduit à analyser plus précisément les imperfections du modèle économique afin de rechercher d'autres modes de régulation plus solides, qui pourraient aussi servir à d'autres modes d'exercice regroupé.

2.1.1 Un financement inadapté des dépenses de soins curatifs ambulatoires en secteur 1.

[92] Les dépenses de soins curatifs des centres de santé sont représentées par la masse salariale (rémunération et cotisations sociales) des professionnels soignants et administratifs, par les dépenses de matériel médical, les frais de déplacement et les frais de structure engagées au titre de leurs activités de soins en secteur 1. Elles sont financées sur la base d'un paiement à l'acte qui prend la forme d'un versement par l'assurance maladie au centre, à charge pour ce dernier de rémunérer son personnel salarié, non seulement administratif mais aussi soignant.

[93] Or ce financement de l'activité de soins en centre de santé par le produit de la valeur des actes reconnue pour les médecins libéraux se heurte à trois limites : l'absence de cohérence garantie entre le niveau de rémunération du personnel et le niveau de financement des actes ; à la différence des libéraux, l'absence d'éléments de rémunération en sus du prix de l'acte ; le mode de calcul de la prise en charge partielle des cotisations sociales.

2.1.1.1 Aucune corrélation n'est imposée entre le niveau de rémunération des professionnels de santé et leur niveau d'activité.

[94] Les personnels des centres de santé sont des salariés y compris, de par la loi, les médecins (septième alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique).

[95] Mises à part les règles élémentaires du droit du travail qui s'appliquent à tous, c'est une variété de situations juridiques qui régit la rémunération des professionnels. Certains relèvent d'un accord d'entreprise ou d'une convention collective d'entreprise ou de branche, d'autres des grilles de traitement de la fonction publique territoriale ou hospitalière, d'autres encore ne sont régis par aucun texte. Il n'existe donc pas de statut unique pour le personnel, ce que justifient les différences de nature juridique des gestionnaires.

[96] Qu'il existe ou non un texte, le salaire fixe fut longtemps la règle dans les centres de santé. Il n'y a, en ce cas, aucun lien, entre le niveau de recettes que génèrent les personnels soignants par l'accomplissement de leurs actes et le montant de la rémunération, à la différence de ce qui se passe pour la médecine libérale, dont les centres empruntent pourtant le mode de financement.

[97] Aussi de nombreux gestionnaires, notamment du secteur mutualiste et associatif, ont entrepris de modifier les règles de rémunération soit en instaurant une part variable de rémunération calculée en fonction du nombre d'actes effectués, soit en calculant l'intégralité de la rémunération selon ce nombre d'actes.

[98] Cette évolution se heurte à une forte opposition de la part de ceux qui considèrent que c'est le modèle social des centres qui est ainsi remis en cause, à la fois parce que les patients qui requièrent de longues consultations pénalisent le professionnel et parce que les temps de coordination deviennent des activités non rémunérées au risque d'être négligées.

[99] Il importe également de noter que le statut de médecin salarié des centres de santé conduit, pour un même niveau de revenu net de cotisations sociales, à un coût du travail 1,4 fois supérieur à celui d'un médecin libéral, compte tenu de l'écart des taux de cotisations sociales (de l'ordre de 45% du coût total du travail pour un salarié et de l'ordre de 25% pour un médecin libéral).

[100] Cette analyse conduit à mettre en avant l'importance d'une politique de rémunération qui assure, pour le centre, la corrélation entre dépenses et recettes et qui tienne compte, pour le salarié, d'un arbitrage entre rémunération directe et rémunération différée par le jeu du financement de la protection sociale.

2.1.1.2 Une application partielle des éléments de rémunération des médecins libéraux

[101] Le financement des activités de soins est calé sur celui des libéraux, mais de manière partielle, puisque les centres de santé ne bénéficient pas de tous les éléments de rémunération des libéraux, à savoir :

- le forfait affection de longue durée (ALD) de 40 € par patient et par an,
- le forfait non ALD médecin traitant de 5 € par patient et par an,
- le forfait personnes âgées de 5 € par consultation d'un patient âgé de plus de 85 ans,
- la majoration pour consultation de suivi de sortie d'hospitalisation,
- la rémunération sur objectifs de santé publique,
- l'indemnisation au titre de la prévention et du dépistage du cancer colorectal,
- la prise en charge des tests de l'angine virale,
- l'aide à l'installation dans les zones déficitaires.

[102] La CNAMTS estime à 13 millions le manque à gagner pour les centres de santé de l'absence de transposition des seuls trois forfaits (ALD, non ALD, personnes âgées).

[103] Certes, à l'inverse, les centres de santé bénéficient d'un financement que n'ont pas les libéraux : l'option de coordination, mise en place par l'accord national du 19 avril 2003.

[104] Mais, comme on le verra plus loin, d'une part, son objectif dépasse celui de coordination médicale telle que définie pour les forfaits ALD, non ALD et personnes âgées ; d'autre part, sa mise en œuvre est particulièrement complexe, ce qui explique qu'elle soit peu utilisée.

2.1.1.3 Une transposition forfaitaire de la prise en charge des cotisations sociales en secteur 1 (« subvention Teulade »).

[105] Les professionnels de santé libéraux qui exercent en secteur 1 bénéficient d'une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales. Elle se traduit par une réfaction des taux applicables aux rémunérations perçues par chaque professionnel. Le niveau de cette réfaction varie selon les professions.

[106] Dans les centres de santé, un dispositif analogue, prévu à l'article L.162-32 du code de la sécurité sociale, a été mis en place par décret du 15 juillet 1991. Dans ce qui est apparu à la mission, faute d'obtenir des explications claires, comme un souci de simplification, cette prise en charge consiste en une subvention – appelée couramment « subvention Teulade » – égale à 11,5% de la rémunération brute des professionnels de santé.

[107] Ce taux uniforme et applicable à tous les centres de santé a été calculé comme une moyenne des taux de prise en charge constatés, pour chaque profession libérale, pondérée par la composition moyenne des équipes médicales et paramédicales de l'ensemble des centres. Or, selon la composition des équipes, ce taux moyen peut être supérieur ou inférieur à ce que serait la prise en charge des cotisations dans un cabinet libéral. Ainsi le taux serait-il de 8% dans un cabinet libéral de dentistes et de 17,7% dans un cabinet libéral de médecins généralistes (cf. annexe n°8).

[108] Cette manière de faire illustre les limites de la transposition des éléments de rémunération établis pour les personnes physiques à une personne morale.

[109] Par ailleurs, il faut bien garder à l'esprit l'objectif de cette aide pour les médecins libéraux : il s'agit bien d'une contrepartie financière de leur exercice en secteur 1, prenant la forme d'une prise en charge partielle des cotisations sociales, qui revient donc en réalité à une aide quasiment forfaitaire.

2.1.2 Une obligation de tiers payant qui, du fait de la complexité des règles de remboursement par l'assurance maladie, s'avère très coûteuse

[110] Tous les centres de santé polyvalents, médicaux et infirmiers ont fait état à la mission de la complexité et du coût de la gestion du « tiers payant » qui varie de 6% à 11% des recettes d'activité des centres visités.

2.1.2.1 Le tiers payant, une obligation pour les centres de santé

[111] Ce terme est couramment utilisé pour désigner en réalité la dispense d'avance de frais que les centres de santé sont tenus de pratiquer en application de l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale : « Les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie ».

[112] Si les centres de santé ne sont ainsi juridiquement tenus qu'au tiers payant sur la part obligatoire, beaucoup pratiquent en réalité le tiers payant intégral, c'est-à-dire également sur la part remboursée par les organismes complémentaires en santé. C'est le cas de 90% des centres de l'étude Référis et de douze des seize centres visités, alors même qu'il est une source de contrainte supplémentaire (cf. *infra*).

[113] Il convient de préciser que le tiers payant n'est obligatoire pour les médecins libéraux que dans certains cas (bénéficiaires de la CMU-c, de l'aide à la complémentaire santé (ACS), du régime des accidents du travail ou des maladies professionnelles) et qu'il est pratiqué, de fait, dans 41% des cas d'ALD et 30% des cas de maternité. Aussi, sans être une obligation systématique pour les médecins libéraux, 30% de la totalité des actes facturés par ces derniers sont en tiers payant, ce taux allant même jusqu'à 52% en Seine-Saint-Denis (source : CNAMTS, deuxième semestre 2012).

2.1.2.2 Un coût variable mais globalement mal maîtrisé

[114] Les études réalisées par les cabinets Richard-Bouton-Consultants (RBC) pour la mairie de Paris en 2010 et Référis en 2012 pour l'ARS d'Île-de-France ainsi que par la mission, mettent en évidence des coûts très variables, comme le résume le tableau ci-après :

Tableau 4 : Montant, en € par acte, du coût du tiers payant pratiqué dans les centres de santé

Étude	moyenne	minimum	maximum	Taux de rejet	Taux d'impayés	Commentaires
RBC	4,38	0,65	9,41	10%	2%	<3€ sur 8 centres
REFERIS	7 à 9 *	1,18-1,42*	22,13-27,07*			*y compris impayés
IGAS		1,2	3,5	2% à 8%	4% environ	

Source : Études RBC, Référis, et documents des centres visités par l'IGAS – traitement IGAS

[115] Les écarts importants entre centres s'expliquent sans doute en partie par les imperfections dans le calcul de ce coût, tous n'y ayant pas nécessairement intégré exactement les mêmes postes de dépenses. Ces chiffres doivent donc être pris avec précaution.

[116] Au-delà des chiffres, la mission a cherché, dans chaque centre, à évaluer le plus précisément possible, dans la limite des informations disponibles, les différentes composantes du coût de la gestion du tiers payant, c'est-à-dire de l'ensemble des procédures qui aboutissent au paiement des actes.

[117] Ces procédures induisent deux types de coûts, d'une part de personnel (salaires des personnels chargés de l'élaboration des feuilles de soins, de leur envoi aux caisses puis du traitement des retours d'information), d'autre part de fonctionnement (système d'information).

[118] Ces coûts peuvent être décomposés en deux phases de travail, comprenant chacune quatre étapes :

- le coût de l'accueil individuel du patient (« *front office* », détaillé au point 2.1.2.3) : présentation de la carte d'assuré social à l'accueil ; vérification, voire mise à jour, des droits par l'agent d'accueil ; facturation individuelle des actes à l'issue de la séance de soins ; éventuellement, encaissement du ticket modérateur et remise d'une attestation de paiement ;
- le coût de la facturation globale par une équipe dédiée (« *back office* », détaillé au point 2.1.2.4) : récupération des facturations individuelles pour l'envoi groupé vers les différents organismes primaires d'assurance maladie et, le cas échéant, vers les organismes complémentaires ; contrôle des paiements de l'assurance maladie ; gestion des rejets ; relance des impayés ; rapprochement des paiements attendus avec les paiements réels en trésorerie.

2.1.2.3 Le coût de la vérification des droits et de l'établissement de la facturation individuelle par les agents d'accueil

[119] La vérification des droits est une étape très importante, puisqu'elle détermine le niveau de remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Ainsi, pour une consultation classique chez un médecin généraliste à 23 €, le coût pour l'assurance maladie variera selon les droits du patient : 16,10 € (70%) si le patient a un médecin traitant, 6,90 € (30%) s'il n'a pas de médecin traitant, 23 € (100%) s'il est bénéficiaire de la CMU-c, du dispositif d'ALD ou s'il s'agit d'une femme enceinte depuis plus de six mois.

[120] Lorsque l'assurance maladie réceptionne la facture, elle vérifie que les droits sont exacts au vu de ses propres informations. Si tel n'est pas le cas, en général, elle rejette la facture ; à défaut, elle la règle sur la base de ses informations. Compte tenu de la lourdeur procédurale et de la complexité administrative qu'implique la gestion de tels rejets (cf. *infra*), l'étape de la vérification des droits est particulièrement cruciale.

[121] Pour que cette étape soit effectuée correctement, il faut que les agents qui, dans les centres municipaux, sont en général des agents de catégorie B (secrétaire administratif), maîtrisent toutes les règles relatives aux droits à l'assurance maladie, règles qui, au fil du temps, sont devenues assez complexes et qui évoluent vite. Ceci suppose une bonne circulation de l'information et un bon niveau de formation des agents.

[122] Mais il faut en outre que les agents soient en mesure de vérifier ces droits.

[123] Si l'assuré a sa carte Vitale, cette dernière contient les informations relatives à l'existence d'un médecin traitant et d'un motif d'exonération de ticket modérateur. Mais ces informations ne pourront être utiles qu'à condition qu'elles puissent être lues par le centre de santé (ce qui n'est le cas que des lecteurs 1.40), qu'elles soient à jour (ce qui suppose une borne de mise à jour de la carte Vitale − qui, à la différence des pharmacies, n'est pas mise gratuitement à disposition des centres de santé) et que le processus de mise à jour soit fiable (ce qui n'est pas garanti car il est réalisé à partir de répliques d'écran qui, elles-mêmes, ne sont pas mises à jour instantanément).

[124] En outre, le rythme des opérations de renouvellement des droits n'est pas suffisamment rapide pour qu'il n'y ait jamais de période de rupture des droits.

[125] Si l'assuré n'a pas sa carte Vitale, soit qu'il l'ait oubliée, soit qu'il l'ait perdue, soit encore qu'il en attende la délivrance, il faut procéder à la vérification des droits d'une autre façon. La plupart des centres de santé ont alors recours au site ameli.fr de l'assurance maladie qui n'est cependant pas d'une grande fiabilité car la mise à jour est décalée par rapport à l'événement, ainsi que l'ont indiqué l'ensemble des gestionnaires administratifs rencontrés.

[126] Il arrive donc bien souvent que les agents d'accueil s'en remettent aux déclarations des patients, sans pouvoir vérifier de manière efficace cette information. Le centre adresse donc à la caisse une facture sur la base du parcours de soins ou d'une exonération totale de ticket modérateur, sans que cela corresponde à la réalité des droits de l'assuré. Dans cette transmission erronée, les torts peuvent être partagés ; en effet, si l'assuré croit être à jour de ses droits, car il a effectué les démarches nécessaires pour signaler un changement de domicile ou faire une demande de renouvellement de CMU-c, par exemple, le délai d'instruction des formalités administratives est tel qu'à la date de facturation, les droits ne sont pas nécessairement ouverts.

[127] En tout état de cause, sans carte Vitale, le flux ne peut être électronique, mais seulement sous forme « papier », ce qui alourdit la gestion (cf. *infra*).

[128] Dans la plupart des centres visités, ce coût de vérification des droits prend environ 20% à 50% du temps de travail des agents d'accueil et représente près de la moitié du coût total.

[129] La charge de cette vérification a conduit à expérimenter, à Paris, le recours, par les centres de santé, à l'outil de consultation des droits des assurés « CDR », mis jusqu'ici à disposition des établissements de santé, qui permet de vérifier, sans une carte Vitale, les droits des assurés de manière beaucoup plus efficace, grâce à des informations beaucoup plus nombreuses et précises[20].

2.1.2.4 Le coût de la gestion des factures, des rejets et des impayés par l'équipe dédiée à la facturation

[130] La gestion de la facturation suppose la mise en place d'une équipe dédiée à cette tâche tant la procédure est complexe, notamment lorsque la facturation ne peut pas être établie de manière électronique.

[131] Mais même dans le cas d'une facturation électronique, les flux − celui produit à partir de la carte Vitale et celui émanant de la carte du professionnel de santé (CPS) − ne sont, en général, pas synchronisés : la feuille de soins électronique est produite à partir de la carte de professionnel d'établissement (carte « CPE ») et de la carte Vitale du patient, puis validée par la signature du professionnel de santé avec sa carte CPS qui, seule, permet de sécuriser la procédure et de garantir le paiement[21] (à condition que les droits indiqués soient exacts).

[132] Cette complexité, qui contribue à retarder l'envoi de la facture, est doublement pénalisante pour le centre de santé : d'une part, elle accroît le risque d'écart entre les droits enregistrés au moment de l'acte de soins et les droits enregistrés au moment du paiement par la caisse, et donc le risque de rejets ; d'autre part, elle retarde d'autant le paiement. A cet égard, il convient de noter que dans les établissements de santé expérimentant la facturation directe (projet « FIDES ») qui facturent, comme les centres de santé en général, en lieu et place des professionnels de santé, la procédure est beaucoup plus simple : même si l'expérimentation n'est pas suffisamment montée en charge pour apprécier son efficacité, force est de constater que la transmission de la facture se fait directement, sans carte Vitale et sans validation par le professionnel de santé, par un flux dit « B2 », la facturation étant établie à partir de l'outil CDR. Il n'y a jamais de facturation « papier » (cf. *infra*).

[133] La facturation sous forme « papier » demeure importante puisque l'étude Référis établit que, sur trente centres, dix-huit seulement avaient un taux d'activité télétransmise supérieur à 70%, soit faute de carte Vitale, soit faute de carte CPS[22]. Cette facturation papier ne donne pas de garantie de paiement compte tenu de la charge de travail qu'elle représente pour les caisses qui donnent la priorité aux flux électroniques. Aussi des relances sont parfois nécessaires pour obtenir le paiement. Un des centres visités indique que 99% des feuilles de soins papier ne sont tout simplement pas payées.

[134] Une fois la facturation effectuée, le centre doit gérer les retours de l'assurance maladie : paiement, rejet ou impayé.

---

[20] Développé en 2009 par le GIE SESAM VITALE pour les établissements de santé, ce service en ligne permet d'interroger en direct les droits à jour des patients affiliés à seize régimes d'assurance maladie obligatoires couvrant 97% des patients (régime général, régime agricole, régime des indépendants, régime des fonctionnaires…). Sont accessibles les informations suivantes : droits de base, exonération du ticket modérateur, CMU et CMU-c avec les dates de droits, déclaration du médecin traitant avec son nom. Pour l'utiliser, il suffit d'une carte de professionnel d'établissement et de son lecteur. Cette consultation permet de réduire le risque financier attaché à l'oubli de la carte Vitale, à l'arrivée de patients par les urgences, aux doutes sur l'identité de la personne, aux départs précipités des patients, etc. En septembre 2011, plus de 940 groupements d'hôpitaux et près de 400 cliniques privées utilisaient CDR.

[21] Les flux synchronisés sont en pratique assez rares dans les centres de santé puisque c'est en général l'établissement, et non le professionnel, qui procède à la facturation, ce qui correspond à un flux désynchronisé, qui n'est sécurisé que lorsque le professionnel de santé valide (en général une fois par semaine) les factures avec sa carte CPS.

[22] Lorsque l'assuré n'a pas sa carte Vitale, la facturation ne peut être réalisée de manière uniquement électronique ; soit elle est faite par le professionnel de santé en production dégradée : flux électronique (grâce à la CPS du professionnel) et envoi « papier » − bordereau et feuille de soins −, soit elle est faite par l'établissement sous forme « papier « exclusivement, quand le professionnel n'a pas de carte CPS, ce qui n'est pas survient notamment compte tenu des délais d'envoi des cartes CPS aux professionnels qui s'installent.

[135] Si les rejets ne représentent qu'environ 2,4% des factures en moyenne selon l'étude Référis (avec une médiane à 2,2% et un écart allant de 0% à 9%) mais sont plutôt de l'ordre de 4% selon les données des centres visités, ils prennent beaucoup de temps en gestion. En effet, ils supposent de comprendre la cause du rejet (dont les libellés sont variables selon les caisses et souvent peu explicites[23]) avant de refaire la facture qui intervient alors sous forme « papier ». Les principales causes de rejet sont les suivantes :

- erreurs lors de la facturation liées au parcours de soins (pas de médecin traitant, contrairement à ce que le centre a indiqué ; majoration non applicable ; exonération du ticket modérateur non prise en compte ; mauvais choix de contexte de parcours de soins…) ; c'est de loin la première cause de rejet dans l'ensemble des centres ;
- absence de date de facturation (ce qui peut provenir en réalité d'une défaillance du logiciel informatique de l'assurance maladie) ;
- facturation sur la base d'un accident du travail inconnu par la caisse (car la déclaration de l'employeur n'est pas encore arrivée à la caisse) ;
- assuré inconnu de la base de données de la sécurité sociale (il s'agit en général d'un assuré dont le nom est mal écrit ou dont la date de naissance est erronée ou qui a changé de caisse et ne figure donc plus dans la caisse à laquelle la facture a été adressée).

[136] L'analyse comparative des différents centres visités montre néanmoins que la qualité de la gestion du tiers payant varie selon les départements, et donc selon les caisses d'assurance maladie, celle de Paris s'étant particulièrement investie dans le sujet, avec un référent et une équipe dédiée. Beaucoup de centres se plaignent de l'organisation variable selon les caisses, de la difficulté de trouver un interlocuteur, de l'impossibilité, sur les plates formes téléphoniques, de pouvoir poser plus de cinq questions par appel.

[137] Il faut en outre une personne pour vérifier la cohérence entre les retours de l'assurance maladie au centre de santé et le virement de l'assurance maladie au service comptable du centre. Or, comme il s'agit de lots en masse, qui ne se recoupent pas, cet exercice est extrêmement difficile. Dès lors que l'écart entre recettes virtuelles et recettes réelles est inférieur à 1% néanmoins, le problème est souvent considéré comme négligeable.

[138] Enfin, on constate un taux d'impayés de 3% en médiane selon l'étude Référis (avec un écart de 0 à 12%).

[139] Dans cette procédure de gestion, la complexité s'explique également par la multiplicité des interlocuteurs, qui sont aussi nombreux qu'il y a de régimes et de caisses, chacun ayant sa propre organisation et sa propre façon de gérer le tiers payant.

2.1.2.5 La problématique des organismes complémentaires en santé

[140] Sur les seize centres visités, douze pratiquent le tiers payant intégral, bien qu'il soit une source supplémentaire de difficultés pour les centres. Quelques-uns le pratiquent également, mais seulement avec les organismes complémentaires avec lesquels les relations sont aisées.

[141] Les centres municipaux de Paris ne pratiquent ainsi le tiers payant pour la part complémentaire qu'avec les mutuelles assurant une gestion intégrée des couvertures de base et complémentaire (c'est le cas des mutuelles étudiantes comme la LMDE, ou du secteur public comme la MGEN, la mutuelle de la RATP ou la MNH). Un projet de conventionnement avec des plateformes de tiers payant (tels que Almérys, Viamédis, Isanté, SP santé) est en cours pour les mutuelles en gestion séparée.

[23] Exemples de libellés d'erreurs : « Assuré absent de la BDO », « Non utilisation du dernier matricule », « Incompatibilité assu-nat/régime », « ETM connue BDO non transmise », « soins suite sans date exam valide », « structure date presc. Incorrecte », « majoration non justifiée », « rubrique bucco-dentaire absente », « écart taux demandé/taux calculé », « MT dema > MT calc hors parcours en TP », « majoration MCS-AME »...

[142] La gestion du tiers payant est encore plus complexe lorsqu'elle est pratiquée pour la part complémentaire, pour cinq raisons principales :

- tout d'abord, les organismes complémentaires sont multiples (plus de 600) ; c'est donc autant de conventions à élaborer et d'interlocuteurs avec lesquels avoir des relations ; dans l'étude Référis, sur 30 centres de santé, le nombre d'organismes conventionnés était de 60 en médiane, avec un maximum de 330. Quatre centres sont conventionnés avec au moins 150 mutuelles ;
- les données informatives ne figurant pas sur la carte Vitale du patient, le centre doit, en l'absence de site internet dédié aux droits complémentaires, saisir les données manuellement ;
- les règles de remboursement du ticket modérateur sont très variables d'un organisme à l'autre ; or, les informations sur ces règles sont mal connues ; ceci est particulièrement problématique pour les traitements dentaires et prothétiques ;
- les règles de fonctionnement du tiers payant sont également très variables ; certains organismes ne prennent pas la peine de signaler un rejet, se contentant de ne pas payer ; d'autres n'indiquent pas leur refus de pratiquer le tiers payant ;
- les facturations ne se font pas toujours en format électronique.

[143] Au total, la mission considère que l'obligation de tiers payant, telle qu'elle est mise en œuvre actuellement, constitue une charge de travail chronophage et coûteuse pour les centres de santé et que, n'étant pas financée, elle obère le modèle économique des centres de santé. Toutefois, comme on le verra plus loin, des moyens de réduire ce coût, sans financement supplémentaire, existent, comme le montrent le travail réalisé par la CPAM de Paris avec les centres de santé de la ville de Paris ainsi que la pratique du tiers payant dans les pharmacies et dans les établissements de santé dans le cadre de la facturation directe.

2.1.3 Un modèle mal défini en ce qui concerne les missions d'actions sociales et de santé publique

[144] Les missions d'actions sociales, de santé publique, de prévention, d'éducation thérapeutique, d'éducation à la santé, sont imposées par la loi [24] aux centres de santé, sans que des financements particuliers soient prévus.

2.1.3.1 Actions sociales : un contenu et un financement très variables selon les centres

[145] Cette fonction est une obligation juridique et une réalité sociale. De fait, en recevant une population plus précaire, plus fragile (cf. troisième partie), les centres de santé sont conduits, que ce soit dans le cadre de l'accueil ou de la consultation, à « accompagner » certains patients dans leurs démarches sociales d'accès aux droits.

[146] Mais, faute de définition précise, les formes de l'accompagnement social sont à la fois diverses et d'ampleur inégale. Leur expression minimale se traduit par la vérification et la mise à jour des droits au moment de l'accueil dans le cadre de la procédure du tiers payant (cf. *supra*).

[147] Ce souci d'accès aux droits, notamment des plus démunis, peut conduire à mettre à disposition des traducteurs, comme à Aubervilliers pour la population chinoise, ou des médiateurs, à Belfort, pour les immigrés d'origine turque.

---

24 Premier et cinquième alinéas du L. 6323-1 CSP : Les centres de santé « mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales » et « élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. »

[148] Certains centres offrent également les services d'une assistante sociale.

[149] Cette fonction d'accompagnement influe aussi sur le processus de soins et tout d'abord sur la durée de consultation. Comme l'indique le centre de santé de Belfort qui a réalisé une étude sur le sujet dans le cadre des travaux de l'IRDES sur les centres de santé, « on peut émettre l'hypothèse que 15% des consultations ont une durée ''prolongée ''» pour des motifs qui tiennent aux problèmes sociaux, psychologiques, linguistiques, des patients. « Ces 15% de consultations nécessitent donc un temps médical supplémentaire. Le temps supplémentaire est estimé au regard des divers recueils [de temps de travail] à environ la moitié d'une consultation habituelle. Par ailleurs, l'activité annuelle du centre de santé, d'une moyenne globale de près de 2,9 actes à l'heure, n'est possible que parce que les consultations prolongées qui concernent essentiellement certains médecins sont elles-mêmes compensées par une activité plus rapide des autres médecins ».

[150] Le centre de santé de Belfort donne plusieurs exemples de consultations plus longues pour des raisons d'ordre social, comme par exemple le cas de M. N, 74 ans, rencontré au décours d'une visite à domicile auprès de son épouse grabataire et auquel le docteur prescrit des radiographies en raison de douleurs lombaires importantes. M. N est illettré et n'est pas en mesure de prendre un rendez-vous, le docteur le fait donc à sa place ; l'analyse des résultats conduisant à la nécessité de consulter un urologue ainsi que de pratiquer des examens complémentaires, le docteur fait appel à la coordinatrice d'appui d'une association qui prendra les rendez-vous pour lui, l'appellera la veille pour vérifier qu'il sera prêt et l'accompagnera même parfois aux consultations.

[151] Les centres de santé ne disposent d'aucun financement spécifique pour remplir cette mission, qui dépend donc de la capacité des gestionnaires à la supporter. C'est ce qui justifie, dans l'un des centres visités, la subvention accordée par le conseil général et le centre communal d'action sociale (13,5%). Une étude complémentaire serait nécessaire pour justifier que le montant de cette subvention correspond précisément au coût de la fonction d'accompagnement social assurée par le centre.

2.1.3.2 Santé publique : des actions de prévention, d'éducation thérapeutique, d'éducation à la santé plus ou moins bien assurées et financées

[152] Ces missions sont souvent à l'origine de la création des centres avant 1945.

[153] La plupart des centres de santé polyvalents municipaux ainsi que certains centres associatifs mènent des actions de santé publique dont le centre municipal d'Aubervilliers montre la grande variété :

- vaccinations gratuites,
- bilans bucco-dentaires gratuits 6, 9, 12, 15 et 18 ans (opération « M'T dents »),
- dépistage organisé du cancer du sein,
- centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (alcool, tabac, drogues, jeux…) (CSAPA),
- centre de planification et d'éducation familiale (CPEF),
- centre d'information et de dépistage de la drépanocytose,
- consultation de victimologie (accueil des femmes victimes de violences),
- dépistage de l'apnée du sommeil,
- dépistage des complications du diabète,
- éducation thérapeutique du diabétique,
- éducation thérapeutique de l'asthme,
- programme de vaccination des populations migrantes d'origine chinoise,
- interventions d'éducation bucco-dentaire dans les écoles.

[154] Un tel panorama mêle des dispositifs qui bénéficient d'un financement spécifique (comme les vaccinations gratuites financées par le conseil général ou le programme de prévention bucco-dentaire organisé par l'assurance maladie) et des actions pour lesquelles le gestionnaire doit rechercher un financement, selon les cas, auprès des ARS ou des collectivités territoriales.

[155] Or, les gestionnaires s'accordent à dire que cette recherche est coûteuse et fastidieuse. Elle ne procure, en outre, le plus souvent, que des financements précaires en contradiction avec la longue durée que nécessite ce type d'actions.

[156] Selon l'implication des personnels en place et les capacités de financement du gestionnaire, la dimension de santé publique sera alors plus ou moins développée.

[157] Dans un centre communal important, les dépenses relatives à ces missions s'élèvent, dans un budget global de 5 millions €, à 861 000 €, soit 17% du budget, en regard desquelles les recettes se montent à hauteur de 582 000 € seulement, ne couvrant donc que 68% de la charge. Le déficit généré par ces missions représente ainsi 15% du déficit du centre.

[158] Un grand centre associatif recourt aux dispositifs pré-financés pour conduire des actions de santé publique. Il abrite ainsi :

- un centre de dépistage anonyme et gratuit du sida et des hépatites B et C (CDAG),
- un centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST),
- un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF).

[159] Ces trois « centres » sont financés par quatre opérateurs différents (mairie, caisse primaire d'assurance maladie, ARS, conseil général) et les dépenses ne sont engagées qu'à hauteur de ces financements, les budgets étant ainsi équilibrés.

[160] En tout état de cause, la mission a constaté l'absence de cadrage de la part du ministère en matière d'actions de santé publique des centres de santé. En dehors des programmes bénéficiant d'un financement décidé au niveau national (« M'T dents », dépistage organisé du cancer), la plupart des actions de santé publique relèvent de l'initiative des centres sans objectifs précis ni évaluation.

[161] Le cas de l'éducation thérapeutique est un peu différent. En effet, l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENRM) a conduit certains centres (de même que certaines maisons de santé) à la mise en place d'actions, qui ont fait l'objet d'une évaluation.

[162] Mais de nombreux autres centres n'entreprennent aucune action, faute de contenu plus précis des obligations et de circuits de financement identifiés.

2.1.4 Si le financement de la fonction de coordination dévolue par la loi aux centres de santé est bien prévu, il est facultatif et peu utilisé en raison de règles de mise en œuvre particulièrement complexes.

2.1.4.1 Si le financement de la fonction de coordination des centres de santé est prévu par la loi, il n'est que facultatif dans l'accord.

[163] La loi mentionne à deux reprises la fonction de coordination des soins conférée aux centres de santé. En application du cinquième alinéa de l'article L. 6323-1 CSP, « les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique » et, selon l'article L. 162-32-1 CSP, l'accord national entre l'UNCAM et les organisations représentatives des centres de santé « détermine […] les mesures jugées appropriées pour […] garantir la qualité et la coordination des soins ».

[164] Comme le précise l'accord de 2003, cette fonction de coordination des soins se réfère à l'organisation spécifique des centres de santé. Ainsi, le premier paragraphe du titre II, relatif aux options conventionnelles relatives à la coordination de soins, dispose que « les centres de santé médicaux, polyvalents, dentaires et infirmiers sont susceptibles de mettre en place, du fait même de leur structure, une organisation spécifique capable d'assurer la coordination des soins, élément essentiel de l'amélioration du système de soins. Les parties signataires conviennent de définir les conditions d'exercice permettant au centre de santé dit « optant » d'assurer la coordination des soins. Au travers de cette option, qui reste facultative, les parties signataires entendent favoriser la qualité des soins, la prévention et les actions de santé publique, le suivi médical et la continuité des soins, l'amélioration des conditions d'accès aux soins, l'optimisation des dépenses de santé ».

[165] Concrètement, l'accord précise que « les conditions d'organisation et de coordination des soins relèvent de la responsabilité du gestionnaire du centre de santé » et définit les critères permettant d'apprécier cette fonction de coordination :

- pour les centres médicaux :
  - désignation par l'assuré d'un médecin généraliste coordinateur chargé de tenir, pour les assurés adhérant à l'option, un document médical de synthèse accessible à l'ensemble de l'équipe soignante prenant en charge le patient,
  - participation à la permanence et à la continuité des soins,
  - mise en place d'un système de réponse concernant les demandes de visite à domicile,
  - développement d'une approche globale du patient intégrant la prévention,
  - élaboration d'un plan de soins pour les malades en ALD,
  - mise en place d'un document de liaison.

- pour les centres dentaires, l'objectif étant « le développement des soins de prévention et des soins conservateurs afin de réduire ou de retarder le recours aux soins prothétiques » :
  - désignation d'un chirurgien-dentiste coordinateur,
  - mise en place d'un dossier dentaire pour les assurés adhérents, conforme aux recommandations de la Haute autorité de santé et comprenant notamment un bilan bucco-dentaire, un plan de prévention personnalisé, les informations nécessaires à la liaison entre le centre de santé et les autres intervenants médicaux, des bilans périodiques, un carnet personnel d'information et de liaison (avec notamment des informations financières sur les traitements envisagés).

- pour les centres de soins infirmiers, l'objectif étant d' « assurer la permanence et la continuité des soins et de participer à des actions de prévention » :
  - une organisation interne spécifique permettant la planification de l'intervention de l'ensemble des infirmières du centre de santé, l'utilisation d'un dossier « patient » spécifique ainsi que d'un carnet de transmission interne entre infirmiers, une réunion d'équipe et un dispositif permettant la continuité des soins,

- une organisation avec l'offre de soins extérieure au centre (convention avec l'hospitalisation à domicile, l'hôpital…)
- la participation à des actions de formation continue ainsi qu'à des actions de prévention et de promotion de la santé.

[166] La rémunération de cette option de coordination est fixée par l'accord à un forfait de coordination égal à :

- 46 € par patient adhérent dans les centres médicaux ;
- 80 € par patient (50€ de forfait initial et 30 € de forfait de suivi) dans les centres de santé dentaires ;
- de 7 622 à 19 391 € selon le nombre d'ETP professionnels de santé dans les centres de soins infirmiers.

[167] Ainsi, le droit actuel prévoit explicitement un financement spécifique de la fonction de gouvernance médicale et administrative d'un centre de santé, permettant d'assurer la coordination, la permanence, la qualité et la continuité des soins. Il faut reconnaître qu'un tel financement n'est aujourd'hui pas assuré pour les médecins libéraux, autrement que par le biais du module 1 des expérimentations relatives aux nouveaux modes de rémunération prévues par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Toutefois, l'accord entre l'UNCAM et les représentants des professionnels de santé mentionné à l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 pourra instaurer une rémunération d'équipes de proximité.

[168] De fait, concrètement, si la mission n'a pas été en mesure, faute de documents suffisants, de chiffrer son coût, la gouvernance médicale et administrative d'un centre de santé prend du temps. Au centre de Belfort par exemple, elle se traduit par : un binôme composé du médecin directeur et du responsable administrative et financière ; un comité de direction qui se réunit mensuellement, composé des deux membres du comité de pilotage et de deux médecins ; un conseil d'administration qui se réunit une fois par trimestre ; cinq commissions (qualité des soins, organisation des soins – planning, ménage, ressources humaines, accueil…–, santé publique et prévention, informatique médicale, hygiène, gestion des impayés et tiers payant,) ; le développement d'une culture d'entreprise et la mobilisation des médecins sur les résultats collectifs…

[169] Une organisation du même type a été observée par la mission dans plusieurs centres visités. La mission a en outre constaté qu'une telle gouvernance permettait de se rapprocher plus facilement de l'équilibre financier.

2.1.4.2 Mais la complexité des règles de procédure prévues par l'accord de 2003 conduit à une importante sous-utilisation de ce financement

[170] La lourdeur des règles de mise en place de l'option de coordination a été soulignée par les études Référis et Coactis Santé et exprimée par tous les responsables des centres santé visités :

- Pour les centres médicaux et dentaires :
  - adhésion de l'assuré pour un an seulement, via un formulaire à remplir, l'assuré devant également demander expressément le renouvellement ; chaque année le suivi du renouvellement de l'adhésion par le patient est géré manuellement par les centres de santé ;
  - désignation d'un médecin ou chirurgien-dentiste coordinateur ;
  - le plan de prévention personnalisé prévu au protocole ne se génère automatiquement que pour les centres de santé dotés du dossier médical informatisé ; en l'absence de système d'information, le praticien doit donc renseigner deux supports distincts ;

- Pour tous les centres :
  - versement du forfait en deux temps : première moitié au moment de l'adhésion du patient (ou du centre pour les centres de soins infirmiers), deuxième moitié à l'issue d'une durée d'un an à compter de l'adhésion du patient (ou du centre pour les centres de soins infirmiers), à condition que celle-ci soit toujours effective à cette date, ce qui suppose de relancer les patients régulièrement ;
  - la facturation de ces subventions n'est pas automatisée (pas de télétransmission) : elle s'opère en renseignant une feuille de calcul électronique dont le suivi est difficile.

[171] Cette lourdeur procédurale explique son faible recours, du moins pour les centres médicaux et dentaires.

[172] Selon l'enquête réalisée par la CNAMTS fin 2012, si 95% des centres de santé ont adhéré à l'accord national de 2003 et si 74% des centres de soins infirmiers sont adhérents à l'option de coordination (la procédure pour les centres de soins infirmiers étant plus simple à mettre en place) :

- seuls 28% des centres dentaires utilisent l'option de coordination ;
- et 56% des centres médicaux ou polyvalents seulement recourent à l'option médicale. Parmi ces centres, 75% des centres médicaux ou polyvalents n'adhèrent qu'à une seule option (dans 74% des cas l'option médicale) et 25% aux deux.

[173] Selon l'étude Référis, sur les trente centres de l'échantillon, seulement neuf avaient mis en place l'option de coordination. Et, sur les dix-huit centres de l'étude RBC, seuls quatre l'avaient mise en place. Parmi les seize centres visités par la mission, seulement six l'avaient mise en place.

[174] En outre, il importe de tenir compte, au-delà du pourcentage de centres mettant en œuvre l'option de coordination, le pourcentage de patients couverts : même lorsque le centre recourt à l'option de coordination, les patients du centre n'y adhèrent pas nécessairement. Ainsi, dans l'un des centres visités, seuls 1826 patients sur 3622 susceptibles de le faire ont répondu à la proposition de signer l'option de coordination. Ce faible taux s'explique par des changements d'adresse, ou le défaut de lecture du courrier (lettre non identifiée, illettrisme…).

[175] Le montant versé par l'assurance maladie au titre des options de coordination est donc très inférieur à ce qu'il pourrait être et ne représente que 0,7% des ressources des centres de santé selon l'enquête de la CNAMTS réalisée en 2012.

[176] Il s'élève à 14,8 millions € en 2012, en baisse de 1,3% par rapport à 2011 :

Tableau 5 : Montant de l'option de coordination versée en 2012 en millions d'euros

	Montants versés en 2012	Evolution 2011/2012
Option de coordination de soins dentaires	3,3	4,4%
Option de coordination de soins médicaux	6,8	-1,2%
Option de coordination de soins infirmiers	4,7	-5,2%
Total	14,8	-1,3%

Source : CNAMTS, 2012

[177] Le ratio entre le coût actuel et le coût théorique de l'option de coordination est ainsi estimé par la CNAMTS à environ 5,5% pour les options médicales et dentaires et à 66% pour l'option de coordination de soins infirmiers.

2.2 Une gestion très inégale et qui doit être améliorée

[178] Afin d'étudier la gestion interne des centres de santé et de mesurer la marge dont ils disposent pour améliorer leurs comptes, la mission s'est interrogée sur la pertinence d'études dont les conclusions ont pu être perçues par certains comme excessives (2.2.1). Si elle a constaté dans ses visites une gestion inégale au regard des trois principaux critères de bonne gestion d'un centre que sont l'optimisation des recettes (2.2.2), la maîtrise des dépenses (2.2.3) et l'organisation adéquate (2.2.4), elle souhaite également attirer l'attention sur les limites d'une approche uniquement axée sur la gestion (2.2.5).

2.2.1 Trois études récentes ont analysé la gestion des centres de santé, et l'une d'elle a modélisé un prototype

2.2.1.1 Trois études récentes ont analysé la gestion des centres de santé

[179] Dans le contexte de raréfaction des financements extérieurs et de la fermeture de certains centres, trois études ont analysé la gestion des centres de santé pour définir leurs conditions de viabilité économique :

- l'étude de février 2010 réalisée par Richard-Bouton-Consultants sur la place des centres de santé dans l'offre de soins parisienne, portant sur dix-huit centres de santé, commandée par la Ville de Paris et la CPAM de Paris ;
- l'étude d'octobre 2012 réalisée par le cabinet Référis pour l'ARS d'Île-de-France afin d'accompagner les centres de santé dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique, portant sur trente centres des départements des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne (94) (vingt-trois municipaux, six associatifs et un centre géré par une CPAM) dont plus de la moitié situés en ZUS, à la limite d'une ZUS ou dans une commune signataire d'un CUCS ;
- les études de décembre 2011, avril et octobre 2012 menées par le cabinet Coactis Santé pour la Fédération nationale de la mutualité française sur le prototype économique d'un centre de santé médical, polyvalent, dentaire ou infirmier, c'est-à-dire, toutes choses égales par ailleurs, les critères de gestion permettant la viabilité économique d'un centre de santé équilibré.

[180] Leurs enseignements sont doubles :

- Les données recueillies par les études de RBC ainsi que de Référis font état d'une très grande hétérogénéité des résultats, mettant en évidence des modalités de gestion très diverses selon les centres ; les investigations de la mission sur le terrain confirment cette grande hétérogénéité.
- Les outils d'une bonne gestion existent ; les études RBC et « Coactis santé » définissent les indicateurs à respecter pour gérer de manière satisfaisante un centre de santé.

2.2.1.2 Le cabinet Coactis a modélisé un prototype s'appuyant sur des hypothèses robustes permettant de dégager des critères de bonne gestion

[181] Le cabinet Coactis a construit un prototype économique fondé sur la modélisation des critères de bonne gestion et de bonnes pratiques, permettant de définir les conditions humaines, techniques, organisationnelles et financières garantissant la pérennité économique, d'une part d'un centre de santé médical ou polyvalent, d'autre part d'un centre de santé dentaire et, en outre, d'un centre de soins infirmiers (cf. annexe n°9).

[182] Les hypothèses retenues apparaissent suffisamment robustes pour être considérées par la mission comme pertinentes pour la définition du prototype et des critères de bonne gestion.

[183] Elles sont en effet le résultat d'une analyse très précise des recettes, des tarifs et des coûts de dix activités médicales[25] et paramédicales, des coûts administratifs ainsi que des bonnes pratiques observées. Ces travaux ont donné lieu à un paramétrage de plus de six mille lignes de calcul, sur la base d'hypothèses validées auprès des centres de santé, et au calcul d'un point mort[26] pour chaque activité. L'étude s'est appuyée, dans ce cadre, non seulement sur des échanges avec des gestionnaires de centres mutualistes et non mutualistes, mais aussi sur la base de données « Eco-santé » (pour la connaissance des honoraires et le nombre d'actes par praticien et par an) et sur les travaux réalisés par la DREES (activité et emplois du temps des médecins libéraux, mai 2010) et par l'assurance maladie (sur les tarifs et les actes).

[184] Toutefois, ainsi que le précise l'étude en préambule, ce prototype constitue une modélisation approfondie du fonctionnement d'un centre de santé, uniquement dans le cadre de la création d'un centre, dans des conditions optimales de gestion. Il est ainsi conçu « comme un outil de création de centres, non comme un outil de gestion de centres existants, dont bien évidemment le fonctionnement réel ne peut réunir toutes les conditions optimales évoquées précédemment ».

[185] Cette étude a cependant permis de dégager également des solutions d'accompagnement et d'amélioration de la situation économique des centres existants, à travers un guide des bonnes pratiques.

[186] La mission a confronté ces analyses au « terrain ». Elle confirme l'hétérogénéité des pratiques et la nécessité de rechercher les critères d'une bonne gestion des centres de santé. Les paragraphes qui suivent récapitulent donc le constat des disparités de pratique entre centres, les critères de bonne gestion à retenir et, sur certains points, apportent quelques nuances, pour chacun des trois grands axes d'amélioration possibles :

- l'optimisation des recettes,
- la maîtrise des dépenses,
- l'organisation du centre.

2.2.2 Optimiser les recettes

[187] L'analyse des centres visités montre de fortes disparités dans les critères d'optimisation des recettes. Sont détaillés ci-après, pour chaque critère, le constat des disparités entre centres et l'objectif à atteindre.

[25] Médecine générale, gynécologie, ophtalmologie, ORL, cardiologie, radiologie, dermatologie, omni-pratique dentaire, orthodontie, implantologie.

[26] Niveau d'activité permettant, grâce à la marge réalisée, d'avoir les moyens de payer toutes les charges de l'exercice ; c'est le niveau d'activité minimum à partir duquel la brique devient rentable.

2.2.2.1 Une large plage d'ouverture horaire

[188] L'étude de Richard-Bouton-Consultants estime à 54 heures l'amplitude d'ouverture hebdomadaire optimale. L'étude Coactis recommande une amplitude de 55 heures (9h30 par jour sans interruption − 9h-18h30 ; « nocturne » jusqu'à 21h un jour de la semaine ; ouverture le samedi matin − 9h-13h). Le principe est une ouverture la plus souple possible afin d'absorber les coûts fixes et de répondre au mieux aux attentes des patients et des professionnels (notamment ceux qui préfèrent pratiquer le mi-temps). Elle recommande également une ouverture cinquante semaines par an en médecine générale et quarante-cinq semaines par an pour les spécialités.

[189] Or, en pratique, les amplitudes horaires hebdomadaires sont très variables d'un centre à l'autre :

- de 33 h à 66 h par semaine sur les trente centres de l'étude Référis ;
- de 30,5 h à 65 h par semaine sur les dix-huit centres de l'étude Richard-Bouton-Consultants.
- de 39 heures à 72 heures dans les centres visités par la mission, étant précisé qu'il n'est pas rare que les médecins dépassent les horaires et que, par ailleurs, quelques centres assurent un « nocturne ».

2.2.2.2 Une productivité horaire suffisante, ce qui suppose un bon taux de remplissage des plannings et des possibilités de consultations non programmées

[190] Afin d'assurer une productivité horaire suffisante, l'étude Coactis recommande :

- un nombre moyen d'actes par heure minimal : quatre en médecine générale, ophtalmologie et dermatologie, trois en gynécologie, ORL et cardiologie, de un à cinq en radiologie selon le type de radiographie ;
- et un taux de rendez-vous effectifs proche de 100% à partir de la troisième année (indicateur très important, puisque les tests de sensibilité réalisés dans le cadre de cette étude montrent qu'une diminution de dix points de ce taux en médecine générale fait passer le point mort en médecine générale de 13 à 22 cabinets à Paris et de 6 à 8 cabinets en province) ; cela suppose de procéder à une relance systématique des patients avant chaque rendez-vous, de vérifier les droits en amont, de remplir un questionnaire sur les patients et de diversifier les formes de prise de rendez-vous (courriels, « sms », internet, sur place) ; il est également conseillé de prendre des consultations non programmées, notamment en médecine générale, en radiologie et en chirurgie-dentaire ainsi que de tenir une liste de patients en attente de rendez-vous rapide ; le recours à une plateforme externalisée pour la prise de rendez-vous peut permettre la professionnalisation de cette fonction.

[191] Or, en pratique :

- le nombre de consultations de généralistes par heure varie de 2,9 à 4, voire 6 ;
- la gestion de l'observance des rendez-vous est inégale ; la plupart des centres visités ne pratiquent pas la relance systématique avant la date, même si la mission a constaté une certaine évolution.

2.2.2.3 Un adressage interne et externe

[192] Afin d'augmenter la fréquentation du centre, l'étude Coactis Santé recommande aux centres non seulement d'intensifier l'adressage interne, mais aussi de développer une politique de communication auprès de leurs partenaires (hôpitaux, cliniques, médecins libéraux, réseaux de santé, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, centres de PMI…) afin que ces derniers leur adressent des patients.

[193] En pratique, on constate que les centres équilibrés ou proches de l'équilibre ont bien compris l'intérêt d'une telle dynamique, clairement mise en avant dans leur présentation. Ainsi, le centre Alfred Fournier oriente systématiquement les patients qui viennent consulter dans le cadre du CIDDIST ou du CDAG vers les consultations de médecine générale ; de même l'orientation vers le laboratoire d'analyse est systématique. La Fondation du Dispensaire général de Lyon, qui regroupe plusieurs centres de santé médicaux, polyvalents, dentaires, infirmiers et de radiologie, a développé une large campagne de communication sur ses activités telles que le CLIF (centre lyonnais d'imagerie féminine) ou l'IRM du centre de Vaulx-en-Velin.

2.2.2.4 Une bonne cotation des actes

[194] Comme le montre l'étude Référis, beaucoup de centres de santé perdent de l'argent en raison d'un codage inexact des actes, les règles de cotation étant, il est vrai, devenues plus complexes. En ce sens, la déconnexion entre le montant de la rémunération et le niveau d'activité ne contribue guère à effectuer la cotation de manière rigoureuse.

[195] A cet égard, quelques centres ont développé des bonnes pratiques qui mériteraient d'être étendues, comme l'indication sur les fiches de codage de la valeur de l'acte. Une concertation sur ces pratiques est nécessaire pour convaincre du bien fondé d'une démarche qui vise, indépendamment du mode de rémunération des médecins, à garantir la pleine rentrée des recettes dues aux centres.

2.2.2.5 Mobiliser tous les financements possibles

[196] L'étude Coactis Santé recommande la mise en place systématique de l'option de coordination qui apparaît comme « un véritable levier » pour la médecine générale : cette option « génère 60 000 € de recettes par cabinet en troisième année » ; « le test de sensibilité montre que sans ce forfait la médecine générale ne peut s'équilibrer ».

[197] Or, en pratique, si certains centres ont bien compris l'intérêt d'une telle opportunité, d'autres, comme on l'a vu *supra*, y ont renoncé du fait, comme le reconnaît l'étude d'ailleurs, « de sa complexité administrative et organisationnelle ».

[198] Par ailleurs, l'étude Coactis recommande le financement dédié de certains personnels, par exemple une assistante sociale par la ville pour offrir une prise en charge sanitaire et sociale coordonnée.

2.2.3 Maîtriser les dépenses

2.2.3.1 Maîtriser les dépenses de personnel, notamment administratif

[199] Selon l'étude Coactis Santé, les charges de personnel doivent représenter entre 65 et 80% des recettes d'activité et le ratio personnel administratif (hors auxiliaires) sur personnel soignant, calculé en ETP, doit être inférieur à 1.

[200] En pratique, ce ratio est loin d'être vérifié dans tous les centres. Selon l'étude Référis, s'il est, en médiane, de 0,71, il peut aller jusqu'à 7,71, reflétant l'importance du personnel administratif dans certains centres municipaux ou mutualistes.

[201] Selon cette même étude, le ratio de masse salariale totale sur les recettes d'activité se situe en moyenne à 128% et varie de 72% à 257%, ce qui témoigne d'un réel problème d'adéquation entre le niveau de rémunération et le niveau d'activité. Seuls quatre centres arrivent à couvrir leur masse salariale totale par les recettes de leurs activités. De fait, sur les trente centres, vingt-et-un rémunèrent les praticiens à la vacation, donc sans lien avec l'activité ; cinq exclusivement au pourcentage des recettes encaissées.

[202] Sur trente centres de santé, seuls quatorze arrivent à couvrir la masse salariale des équipes médicales généralistes et spécialistes par les recettes de leurs activités, la moyenne se situant à 95% de masse salariale du personnel médical couvert par les recettes d'activité. Pour l'activité dentaire, seize centres parviennent à couvrir la masse salariale incluant les assistants dentaires grâce à l'activité ; en effet, certains centres ont fixé les tarifs à des niveaux très bas ; l'étude montre que l'activité dentaire ne permet pas forcément d'atteindre l'équilibre. Le ratio est meilleur en imagerie : 74%.

2.2.3.2 Etablir une corrélation entre niveau d'activité et niveau de rémunération du personnel soignant

[203] Les trois études sont unanimes sur ce point : la rémunération des praticiens doit dépendre de l'activité ; elle devrait ainsi, selon l'étude Coactis Santé, être égale, pour 35 heures hebdomadaires, à :

- 40% des actes (+10% de congés payés et 3% du montant de l'option de coordination) soit 3 850 € nets par mois (35 heures) en médecine générale[27],
- 35% pour un spécialiste (4 550 € nets par mois en gynécologie),
- 15% en radiologie conventionnelle (6 450 € nets par mois) ;
- 30% en omni-pratique dentaire et 25% en prothèses (4 600 € nets par mois)

[204] Or, de nombreux centres conservent une rémunération à la vacation, indépendante du niveau d'activité des praticiens : sur les seize centres visités, la moitié appliquait une rémunération fixe.

[205] Toutefois, des solutions intermédiaires ont été constatées :

- certains centres assortissent une rémunération à l'acte du versement d'un forfait pour temps de réunions ;
- d'autres tempèrent la rémunération fixe par une part variable en fonction de l'activité.

2.2.3.3 Maîtriser le coût du tiers payant

[206] Comme on l'a vu *supra*, le coût du tiers payant peut être maîtrisé, ce qui suppose de modifier l'organisation des relations avec les caisses d'assurance maladie.

[207] Si les études Richard-Bouton-Consultants et Coactis Santé recommandent un coût n'excédant pas 3 € par passage[28], les investigations de la mission conduisent à recommander une organisation permettant de passer à un niveau inférieur, entre 1,5 et 2 € par passage.

[208] En effet, aussi bien l'exemple des pharmacies que celui de la facturation directe à l'hôpital montre que des procédures plus simples seraient possibles.

---

[27] Chiffre cohérent avec les données de la DREES et de l'IRDES : le revenu net moyen d'un médecin généraliste est estimé à 71 320 € en 2010 (cf. DREES, *Études et résultats*, n°786, décembre 2011) pour un temps de travail estimé entre 52 et 60 heures par semaine ; ramené à 35 heures, on obtient entre 3466 et 4000 €.

[28] Ce coût prend en compte 65% du temps d'accueil, les temps de traitement des rejets, des relances et des créances irrécouvrables ainsi que les coûts informatiques associés.

➤ L'exemple des pharmacies montre que la mutualisation de la gestion du tiers payant permettrait de réduire son coût.

[209] Les pharmacies passent quasiment toutes par une plateforme de tiers payant, qui se charge des relations avec tous les régimes de base et tous les régimes complémentaires. Selon l'organisme Résopharma, qui organise des échanges électroniques entre les professionnels de santé et les organismes de base et complémentaires d'assurance maladie, cela leur coûterait environ un centime par facture.

[210] Si cette plateforme, en général, ne traite pas les rejets[29], c'est avant tout parce que la problématique des rejets est mineure dans les pharmacies et assez différente de celle des centres de santé :

- les rejets ne représentent que 1% du chiffre d'affaires des pharmacies, dont l'activité ne consiste en effet pas seulement à vendre des médicaments remboursés par la sécurité sociale ;
- à la différence des règles de prise en charge des actes de soins dispensés par les professionnels de santé, la prise en charge des médicaments par l'assurance maladie ne dépend pas du parcours de soins, ce qui limite le nombre d'informations nécessaires à la facturation ;
- la convention de la plateforme de tiers payant avec l'assurance maladie prévoit une garantie de paiement si la carte Vitale est à jour.

[211] En tout état de cause, la gestion des flux et des rejets prend une heure de préparateur par jour soit 600 € par mois, soit, étant donné que l'on compte environ 2 500 factures par mois, 24 centimes par facture.

[212] Donc au total le coût du tiers payant par facture serait de l'ordre de 25 centimes dans les pharmacies, soit dix fois moins que dans les centres de santé.

➤ L'expérimentation de la facturation directe à l'hôpital peut également servir d'exemple.

[213] Vingt-huit établissements de santé dont trois CHU sont engagés dans le projet de facturation directe à l'hôpital (FIDES)[30]. Même si le recul n'est pas tout à fait suffisant pour une évaluation, cette expérimentation semble présenter, en matière de consultations externes, de nombreux avantages pour gérer le tiers payant :

- le flux est toujours électronique, même sans carte Vitale : les établissements facturent, comme les centres de santé en général, en lieu et place des professionnels de santé, mais selon une procédure beaucoup plus simple : le flux se fait directement, sans carte Vitale, et sans validation par le professionnel de santé, par un flux dit « B2 », la facturation étant établie à partir de l'outil CDR ; l'établissement n'a ainsi jamais de recours à une facturation papier ;
- la vérification des droits se fait à partir de l'outil CDR, qui est la source d'informations la plus fiable ; un projet est en cours pour permettre une connexion directe de CDR au logiciel de facturation de l'assurance maladie ;

[29] Certains le font, mais à un prix élevé. 1000 € par an.

[30] Le projet FIDES s'inscrit dans le prolongement de la tarification à l'activité. Conformément aux préconisations d'un rapport IGAS-IGF de 2008 et en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, les établissements de santé anciennement sous dotation globale devront tous, à compter de 2016, passer d'une déclaration d'activité mensuelle et anonymisée via le PMSI à une facturation individualisée directe des séjours et de l'activité externe au fil de l'eau adressée aux caisses d'assurance maladie obligatoires, soit un envoi de 70 millions de factures par an. Les établissements devront être vigilants car toute facture présentant une anomalie sera rejetée et non payée par l'assurance maladie. La qualité des données est donc un enjeu fort pour les établissements. À la suite d'un appel à projets, cinquante-cinq établissements pilotes ont été retenus à l'automne 2010 pour participer à l'expérimentation FIDES. Au 1er avril 2013, pour les actes et consultations externes, vingt-huit établissements sont déjà en facturation directe au fil de l'eau.

- le dispositif s'appuie, s'agissant des caisses de base, sur une caisse pivot unique qui répartit les facturations entre les caisses concernées et transfère les paiements des caisses à l'établissement de santé ;
- le dispositif permet un rapprochement automatique entre les titres émis par le service et les paiements par l'assurance maladie qui parviennent au service (grâce au logiciel HELIOS, application de gestion comptable et financière des collectivités locales et établissements publics locaux, mise en place dans toute la France pour la fonction publique) ;
- pour la gestion du tiers payant de la part complémentaire, un projet intitulé « remboursement aux organismes complémentaires » (ROC), porté par les trois « familles » d'organismes, a pour objectif de mutualiser la relation avec les établissements de santé. Les travaux doivent aboutir en 2015. Concrètement, un serveur unique permettrait de renseigner l'établissement de santé sur le niveau de prise en charge garanti par les différents organismes complémentaires pour les différentes prestations et cette information vaudrait garantie de paiement par l'organisme complémentaire auquel une demande de remboursement électronique serait envoyée.

[214] Même si l'on constate à ce stade un taux de rejet moyen qui serait de l'ordre de 5% (deux tiers en raison d'une mauvaise mise à jour des droits ou d'informations erronées sur le parcours de soins ; un tiers en raison de problèmes « techniques » de facturation, notamment en matière de biologie médicale ; l'ensemble de ces erreurs étant lié en partie au décalage entre CDR et les bases de l'assurance maladie), on peut penser que les évolutions en cours et la montée en charge du dispositif pourraient conduire à un taux inférieur. En tout état de cause, la procédure apparaît plus simple que dans les centres de santé.

[215] Dans la mesure où, pour la facturation, les centres de santé ont plus de points communs avec les établissements de santé qu'avec des cabinets libéraux, on pourrait s'interroger sur l'opportunité d'aligner la procédure de facturation des centres de santé sur celle des établissements de santé (flux B2).

2.2.3.4 Maîtriser les autres postes de dépenses, en particulier celles relatives aux achats, notamment pour les prothèses dentaires

[216] L'étude Coactis Santé formule des recommandations sur les dépenses relatives aux consommables médicaux (2% des recettes, sauf pour les prothèses dentaires et l'implantologie où le taux s'établit à 23%), à l'immobilier, aux équipements matériels et aux autres charges (télé-secrétariat, traitement des déchets, affranchissement, contrôle en radiologie, contentieux dentaire…).

[217] Comme le montre l'étude Référis, de manière générale, les achats ne sont pas optimisés, notamment en l'absence de centrale d'achat. Ainsi, le ratio médian des achats liés aux activités médicales et dentaires sur les recettes est de 14%, soit un ratio jugé élevé, aucun centre de l'échantillon n'ayant recours à une centrale d'achat spécialisée en santé.

[218] Par ailleurs, l'étude relève des tarifs des prothèses dentaires très variables d'un centre à l'autre. Parmi les 27 services dentaires des centres de santé de l'échantillon, huit pratiquent des tarifs correspondant à ceux de la CMU-c ou en dessous pour au moins un acte de prothèse, ceci pour favoriser l'accès aux soins. Et seulement six ont augmenté leurs tarifs de prothèses entre 2011 et 2012. Un centre de santé a fait le choix de ne proposer que de la pédodontie sur ses trois fauteuils dentaires, dans le cadre d'une stratégie de santé publique (prévention bucco-dentaire auprès des plus jeunes), les conséquences sur les recettes ont été immédiates du fait de temps de consultation plus longs.

[219] Le chiffre d'affaires des radiologues présente un rapport de 1 à 8 selon les centres de santé, en raison notamment de niveaux d'activité inégaux, le temps de présence des radiologues étant inégal par suite de difficultés de recrutement.

[220] Selon l'étude Coactis, les frais de siège (direction générale, ressources humaines, services juridique, comptable et financier) ne doivent pas dépasser 6% des recettes d'activité ; il convient donc de mutualiser au maximum les fonctions de support.

2.2.4 Piloter la structure de manière stratégique

2.2.4.1 Une vigilance permanente sur tous les pans d'activité

[221] De manière générale, comme le résume l'étude, « la gestion d'un centre de santé nécessite de la part du gestionnaire une vigilance accrue sur un ensemble de points très éclectiques. En particulier, il doit connaître parfaitement la structure de recettes et de coûts de son centre de santé, suivre quotidiennement les paramètres clés de son centre de santé avec une logique d'entreprise, travailler sur l'augmentation des recettes, en fonction des besoins territoriaux, car de façon générale, plus le niveau de recettes est important plus il est facile d'équilibrer un centre de santé. Le management tant des professionnels de santé que des administratifs est la clé de motivation et d'implication des salariés du centre de santé. Un recul et une remise en cause régulière de ses activités et de son organisation sont nécessaires pour s'adapter aux besoins locaux et à une réglementation mouvante ».

[222] Cette attitude correspond à celle de certains directeurs de centres visités par la mission, mais pas de tous.

2.2.4.2 Un diagnostic territorial préalable et un portefeuille d'activités équilibré

[223] Il est tout d'abord indispensable de s'assurer de l'adéquation entre l'offre du centre et la demande en soins dispensés par le centre sur son territoire, à partir d'un diagnostic territorial à la fois de la démographie et de l'état de santé de la population, mais également de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale locale ainsi que de l'aménagement global du territoire. Ce diagnostic, indispensable pour la création d'un centre, mérite d'être réalisé régulièrement, afin d'adapter l'offre à la demande, ce qui est indispensable pour remplir les conditions d'activité minimale.

[224] Ce diagnostic permet de déterminer précisément l'offre de soins du centre de santé, étant précisé que l'étude recommande de combiner les activités dont les tarifs sont peu élevés (médecine générale, qui ne peut s'équilibrer seule) et celles qui dégagent une marge financière (chirurgie dentaire, laboratoire de biologie, cardiologie, ophtalmologie, gynécologie).

[225] La mission a pu constater que certains centres avaient bien compris l'intérêt d'une telle démarche, en développant des activités de radiologie ou de biologie, qui contribuent à l'équilibre et sont utiles au territoire.

[226] L'étude indique que les cabinets dentaires peuvent être équilibrés en raison de recettes plus élevées, notamment en orthodontie. Toutefois, ce n'est pas toujours le cas, notamment lorsque des contraintes sociales pèsent sur le niveau des tarifs.

2.2.4.3 Une organisation adéquate

[227] L'organisation du centre est également essentielle.

[228] La configuration des lieux est déterminante. La visite des centres est à cet égard très instructive. Il est certain que la multiplication de lieux de soins en des endroits très variés sans cohérence d'ensemble n'est pas propice aux économies. A l'inverse, des cabinets réunis au même endroit autour d'un secrétariat d'accueil central permettent de concentrer en un seul lieu toutes les tâches administratives d'accueil.

[229] Au-delà de la configuration des lieux, c'est l'organisation administrative elle-même qui est déterminante.

[230] La mission confirme, de par ses visites, que la présence, dans l'équipe de direction, d'un véritable gestionnaire ayant une formation financière et comptable est indispensable. De même, sont nécessaires des outils de pilotage, à commencer bien évidemment par un budget autonome, un compte de résultat, une comptabilité analytique et, en cas de création ou d'opération d'investissement importante, un plan de financement.

[231] L'étude Coactis Santé recommande également la présence d'un coordinateur chargé d'optimiser la tenue du planning, de relancer les patients, de gérer les situations difficiles, notamment pour la mise à jour des droits.

[232] Parmi les centres visités par la mission, rares sont ceux qui étaient en mesure de remplir ces critères.

[233] Par ailleurs, peu de centres organisent une délégation de tâches dès que la spécialité le permet (médecine générale/infirmier ; sage femme / gynécologue ; orthoptiste / ophtalmologiste… ; cela double la rentabilité en ophtalmologie et ORL).

[234] Enfin, certains centres insistent, à juste titre, sur l'intérêt d'informer les équipes des centres sur le fonctionnement de la structure, les conditions de sa pérennité dans le respect des valeurs qui la fondent, et de les inciter à travailler au moins à mi-temps dans le centre.

2.2.4.4 Un système d'informations performant permettant la coordination des soins et l'amélioration de l'organisation administrative

[235] La mise en place dans le centre d'un système d'information performant qui permette à la fois d'assurer la gestion du tiers payant (avec alerte sur les patients débiteurs pour les relancer, alerte sur les fins de droits, paramétrage poussé des contrats d'assurance complémentaire et base de données à jour), la prise de rendez-vous et la tenue du dossier patient partagé et informatisé, est indispensable.

[236] Depuis la loi « Fourcade » du 10 août 2011, les professionnels de santé exerçant dans les maisons de santé et dans les centres de santé et adhérant au projet de santé peuvent partager l'ensemble des informations des patients qu'ils prennent en charge, sous réserve du consentement exprès du patient (alinéa 8 de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique). Un guide méthodologique a été mis à disposition des professionnels de santé pour faciliter la mise en œuvre de ce partage d'information[31].

[31] Par instruction n°DGOS/PF3/2012/384 du 12 novembre 2012 relative au guide méthodologique relatif à la circulation, en centres et maisons de santé, des informations concernant la santé des patients

[237] Sur mission conjointe de la DGOS et de la DSS, l'ASIP Santé a réalisé fin 2011 une étude fonctionnelle définissant les fonctionnalités attendues du système d'information des structures d'exercice coordonné (partage des informations entre professionnels de santé, extraction de données médicales à des fins statistiques, épidémiologiques ou d'évaluation des pratiques). Une expérimentation a été lancée en mai 2012 pour, d'une part, vérifier la faisabilité du déploiement d'un système d'information en conformité avec l'étude fonctionnelle et permettre l'essaimage de l'expérimentation vers les autres structures pluri-professionnelles en 2013 et, d'autre part, structurer le marché des solutions logicielles adaptées aux besoins de l'exercice coordonné via la labellisation de solutions logicielles. Cinq régions participent à l'expérimentation, avec un total d'une vingtaine de structures (maisons et centres de santé). La procédure de labellisation des éditeurs menée par l'ASIP a conduit au 30 juin 2013 à l'attribution du label « e-santé » à trois éditeurs à ce jour. L'achèvement de l'expérimentation interviendra fin 2013.

2.2.4.5 Des tableaux de bord de suivi de l'activité du centre

[238] La mission a constaté que les centres approchant l'équilibre disposaient de tableaux de bord journaliers et hebdomadaires permettant de donner une vision précise de la situation économique et financière du centre et d'alerter le gestionnaire en cas de dérapage pour prendre rapidement des mesures correctives. Les principaux indicateurs à contrôler sont les suivants :

- les recettes d'activité et le nombre de passages, qui permettent de constater le niveau d'activité du centre par rapport aux objectifs fixés ;
- le taux d'absentéisme des patients ;
- le délai de rendez-vous, qui permet d'évaluer la pression plus ou moins importante de la demande et de mesurer l'attractivité du centre sur les patients ;
- le taux d'activité des praticiens ;
- le taux d'absentéisme des personnels ;
- le nombre de volets d'option conventionnelle signés par les patients;
- le taux d'adressage interne ;
- le taux d'actes techniques, d'actes prothétiques et d'actes hors nomenclature, qui permet de mesurer, non plus le niveau d'activité mais sa nature ;

[239] L'étude Coactis Santé recommande également des analyses annuelles complètes pour comprendre la formation de l'activité et du résultat financier ; étude de la patientèle ; examen des relations avec les partenaires du centre ; étude détaillée de chaque poste de coût ; enquête de satisfaction ; bilan social ; analyse du parc d'équipement lourd…

[240] Au total, la mission confirme les résultats de l'étude Coactis Santé, qui recoupent largement ceux de l'étude de RBC (cf. annexe n°10) : d'importantes marges d'amélioration sont possibles dans la gestion des centres de santé ; l'option de coordination apparaît comme un élément décisif dans l'équilibre du centre, le niveau de remboursement des actes ne pouvant assurer à lui seul l'équilibre, notamment en médecine générale.

2.2.5 La mission appelle toutefois l'attention sur les limites d'une approche axée uniquement sur l'amélioration de la gestion.

[241] Comme l'a bien précisé le cabinet Coactis Santé, le prototype décrit est valable pour la création d'un centre dans des conditions optimales. Il ne peut être considéré comme un objectif à atteindre, dans le cadre du modèle économique actuel, pour les centres existants.

[242] Le modèle reste cependant fragile car il suppose de mixer des activités alors que :

- elles ne sont pas toujours forcément opportunes (tout dépend du diagnostic territorial),

- elles peuvent voir leurs tarifs diminuer (cf. biologie et radiologie),
- elles ne dégagent pas nécessairement de marges si l'objectif est celui de la prévention et, s'agissant des centres dentaires, si la priorité appartient aux soins conservateurs plutôt que restaurateurs.

[243] De ce point de vue, les soins dentaires ne sont pas nécessairement rentables.

[244] A l'inverse, la mission a constaté, sans pouvoir, du fait de l'objet de ses travaux, pousser plus loin ses investigations, que certains centres dentaires ou polyvalents adoptaient des pratiques qui éliminaient certains types de patients et développaient un recours aux prothèses dentaires pouvant apparaître excessif au regard de l'objectif de « réduire ou de retarder le recours aux soins prothétiques » inscrit dans l'accord de 2003. La mission souhaite ainsi appeler l'attention sur les risques que comporte un pilotage axé uniquement sur l'optimisation des paramètres de gestion du centre.

[245] Certes, des efforts de gestion permettent de se rapprocher de l'équilibre. De fait, tous les centres qui ont fait des efforts de gestion ont amélioré leurs comptes (de l'ordre de 10% en cinq ans dans un centre visité par la mission).

[246] Mais ces efforts doivent être d'abord guidés par le souci de pragmatisme et d'adéquation de l'offre à la demande de soins sur le territoire.

[247] En outre, les trois études référencées passent trop vite sur les missions d'accompagnement social et de santé publique des centres de santé, qui font partie de leur identité.

[248] Enfin, si l'idée d'adapter la rémunération à l'activité est légitime, elle risque aussi de conduire à des niveaux de rémunération peu élevé et donc peu incitatifs. Un équilibre doit donc être trouvé.

[249] Les causes de la fragilité financière des centres de santé étant maintenant bien identifiées (à la fois externes aux centres et imputables à leur gestion interne), il convient de s'interroger sur l'utilité sanitaire et sociale des centres de santé pour la médecine de demain.

3 LES CENTRES DE SANTE : UNE REPONSE AUX ATTENTES DES PATIENTS, DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET AUX IMPERATIFS DE LA MEDECINE MODERNE

[250] La mission a cherché à évaluer la réponse des centres de santé aux trois grands défis lancés à notre système de soins : difficultés d'accès aux soins, nouvelles aspirations des jeunes professionnels de santé, transition épidémiologique.

[251] Les centres de santé permettent-ils de relever ces défis ? Sont-ils situés dans des zones moins denses ? Accueillent-ils une population plus précaire ? Répondent-ils aux aspirations des jeunes professionnels de santé ? Favorisent-ils la coordination des soins ? Qu'apportent-ils en termes de santé publique ?

[252] Les résultats des études réalisées par l'IRDES et, bien qu'ils se soient penchés de manière moins approfondie sur la question de l'évaluation, par les cabinets RBC et Référis, ainsi que les visites de terrain de la mission, conduisent au constat que les centres de santé, de par leurs caractéristiques (localisation dans des zones souvent défavorisées et moins dotées en offre de soins, accueil d'une population plus précaire que la moyenne, exercice en secteur 1, pratique du tiers payant, exercice salarié et regroupé de la médecine ambulatoire, accomplissement de missions d'accompagnement social et de santé publique) apportent des réponses pertinentes à ces défis même si, sur certains aspects, ils n'ont pas le monopole de cette utilité et que leur apport est parfois difficile à quantifier.

3.1 Une garantie d'accès géographique, financier et social à des soins ambulatoires de proximité

3.1.1 Une présence médicale pluri-professionnelle notamment dans des quartiers défavorisés

[253] Si l'offre de soins que représentent les centres de santé au plan national est faible (en valeur, 2,3% des dépenses totales de soins de ville en 2011[32] , étant précisé que 1,9 million de patients, soit 5% de la population, a consulté au moins une fois un centre de santé polyvalent en 2011[33]), elle constitue, sur certains territoires, la principale offre disponible, au moins aux conditions d'accès décrites *supra*, dispense d'avance de frais et tarifs opposables.

[254] En effet, si la France n'a jamais compté autant de médecins (217 000 médecins dont 101 000 généralistes au 1er janvier 2012), offrant une densité médicale de 334 médecins pour 100 000 habitants (dont 157 généralistes – parmi lesquels 100 généralistes libéraux[34]), sa démographie médicale se caractérise également par d'importantes disparités territoriales, moins d'ailleurs entre régions[35] qu'entre bassins de vie.

[255] C'est ce que met bien en évidence une étude de la DREES et de l'INSEE[36], qui a mesuré l'accès aux soins au niveau local des communes : en 2010, l'accessibilité potentielle localisée des médecins généralistes libéraux[37] est en moyenne de 71 ETP pour 100 000 habitants, mais elle est inférieure à 31 ETP pour 100 000 habitants pour les 5% d'habitants ayant l'accessibilité la plus faible et supérieure à 111 pour les 5% d'habitants ayant l'accessibilité la plus élevée.

[256] En outre, parmi les zones les moins bien couvertes, figurent des territoires où les populations sont les plus fragiles. Comme l'indique ainsi le rapport 2012 de l'Observatoire national des zones sensibles (ONZUS), « le moindre accès aux soins des habitants des zones urbaines sensibles peut aussi s'expliquer par le déficit de professionnels de santé de ces quartiers. Ce déficit a été illustré dans les précédents rapports de l'ONZUS, qu'il s'agisse des médecins généralistes, mais surtout spécialistes, ou des autres professions de santé, particulièrement les infirmiers. En 2007, la densité des médecins généralistes en ZUS était inférieure de 47 % à celle observée dans les agglomérations urbaines abritant des ZUS et de 74 % concernant les spécialistes. Celle des infirmiers en ZUS était inférieure de 63 % à celle observée dans les agglomérations urbaines abritant des ZUS. Ces écarts de densité sont à analyser au regard d'une tendance de ces professionnels à s'installer en centre-ville. La prise en compte des professionnels exerçant dans un rayon de 150 mètres autour des ZUS contribue parfois à relativiser ce déficit par rapport au reste du territoire, mais elle ne le comble jamais complètement. Par exemple, en 2007, si on élargit la zone à 150 mètres au delà des limites du quartier, l'écart de densité des infirmiers se réduisait à 27 % et celui des médecins exerçant en hôpitaux passait même de 75 % à 28 % »[38].

---

[32] Cf. pour le calcul de ce taux, note n°10 dans la première partie du rapport

[33] Source CNAMTS

[34] Source DREES, Document de travail, Série statistiques, n°167, *Les médecins au 1er janvier 2012*, février 2012

[35] Cinq régions présentent une densité inférieure de plus de 15% à la moyenne nationale contre dix en 1990 : Picardie, Centre, Haute-Normandie, Champagne-Ardenne, Pays-de-la-Loire, deux une densité supérieure de plus de 15% à la moyenne nationale : Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Île–de- France

[36] DREES, Etudes et résultats, n°795, *L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux*, mars 2012

[37] L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) propose une approche renouvelée et améliorée de l'accès aux médecins généralistes libéraux, prenant en compte l'offre et la demande de soins à l'échelle de la commune. Elle est calculée, à quelques précisions près (notamment pour tenir compte de la structure par âge de la patientèle), comme la somme des rapports entre le nombre de professionnels de santé présents dans les communes les moins éloignées (distance parcourue en 15 minutes au maximum) des communes des patients et le nombre de patients vivant dans ces communes.

[38] Rapport de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles, 2012, page 150

[257] Les causes de la raréfaction de l'offre de soins de premier recours dans les quartiers « difficiles » sont assez clairement identifiées : prise en compte des handicaps sociaux dans l'acte de soins, moindre capacité à adapter son revenu, insécurité.

[258] Les centres de santé détiennent à cet égard quelques réponses de par leur localisation. Comme le résume l'étude Épidaure-CDS menée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)[39], « 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 qui sont défavorisées. »

[259] De fait, comme l'indique l'ARS Île-de-France en commentant les résultats de l'étude Référis, les centres de santé « contribuent à compenser partiellement dans certaines zones les fragilités de l'offre, comme l'illustre le cas de la Seine-Saint-Denis, où selon la CPAM 93, au premier semestre 2010, ils représentaient 8,3 % des dépenses ambulatoires d'honoraires, d'actes d'auxiliaires médicaux et de biologie. De même, à Paris, où selon la CPAM 75, les centres de santé réalisent 15 % des consultations en ambulatoire »[40].

[260] L'observation de la localisation des centres visités par la mission conforte cette analyse. Même si certains centres de santé sont situés dans des zones plutôt bien dotées (comme par exemple le centre Jack Senet dans le XIVème arrondissement), la plupart se trouvent dans des zones médicalement moins bien dotées que la moyenne nationale. Quelques exemples :

- À Aubervilliers, où le centre de santé compte 31 soignants ETP, la densité médicale est de 70 médecins généralistes pour 100 000 (contre 114 en Seine-Saint-Denis et 140 en Île-de-France), 18 spécialistes pour 100 000 (contre 49 en Île-de-France), 35 dentistes (contre 69 en Île-de-France), 22 masseurs-kinésithérapeute (contre 81 en Île-de-France), 29 infirmiers (contre 46 en Île-de-France). Ainsi, le centre de santé d'Aubervilliers est la garantie du maintien d'une offre de premier recours secteur 1 pour de nombreuses spécialités (ophtalmologie, gynécologie, radiologie, soins dentaires dont prothèses à tarifs très bas).
- À Grenoble, avec ses 30 médecins, l'Association de gestion des centres de santé de Grenoble (AGECSA) propose les services de 9% des médecins de la ville et couvre 9% des patients ; elle couvre 50% des patients dans les quartiers en ZUS.

[261] Plus généralement, ce sont les perspectives de démographie médicale qui sont préoccupantes. La réduction du *numerus clausus* intervenue dans les années 1990, conjuguée à d'importants départs à la retraite, conduisent à prévoir une diminution des effectifs médicaux d'ici 2020. L'évolution repartira ensuite à la hausse sous l'effet du relèvement du numerus clausus dans les années 2000. Ainsi, on devrait assister à une diminution de 10 à 13% des effectifs de médecins jusqu'en 2019 ou 2024, et de 16% d'ici 2030 pour les dentistes, ceci dans la meilleure des hypothèses[41].

[262] A cet égard, toutes les études (enquêtes du CNOM auprès des internes, rapport d'Elisabeth Hubert sur la médecine de proximité, datant de 2010) montrent que l'amélioration des conditions d'exercice, et en particulier l'exercice regroupé, permet d'agir sur la répartition géographique des professionnels de santé. A ce titre, les centres de santé contribuent donc à atténuer les inégalités territoriales d'offre de soins.

[263] Comme l'indique l'étude de RBC, « 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 ».

---

[39] Étude Epidaure – Evaluation de l'apport des centres de santé en termes d'accès aux soins et de réduction des inégalités de santé Yann Bourgueil, Julien Mousquès, IRDES – Avril 2011 (réalisée sur un échantillon de vingt-et-un centres de santé).

[40] Cf. dossier de presse de décembre 2012 sur l'étude réalisée par le cabinet Référis à la demande de ARS de l'Île-de-France, page 2.

[41] Source : DGOS

3.1.2 Un accès social et financier aux soins

[264] Si les centres de santé apportent une réponse géographique au défi des inégalités territoriales d'offre de soins, ils permettent également d'apporter une réponse à la problématique de l'accès social et financier aux soins, dans un contexte d'accroissement des dépassements d'honoraires, en particulier pour les spécialistes. Comme le montre les chiffres de la DREES dans les comptes nationaux de la santé 2011, la part des généralistes en secteur 2 (ou non conventionnés) reste limitée (12% en 2011), mais celle des spécialistes est passée de 38% en 2001 à 42% en 2011.

[265] En outre, comme le rappelait déjà le rapport de l'IGAS sur les dépassements d'honoraires médicaux de 2007, « le montant des dépassements dans le secteur à honoraires libres a doublé en moins de quinze ans en valeur réelle ». La DREES évalue le montant global des dépassements d'honoraires toutes spécialités confondues à 2,5 milliards d'euros en 2011 (soit environ 12% des revenus de l'ensemble des médecins, 21 000 € en moyenne par médecin, 17% des revenus des spécialistes et 32% des revenus des chirurgiens) contre 900 millions en 1990. Le taux de dépassement des médecins en secteur 2 a progressé de près de 7 points entre 2000 et 2010 pour l'ensemble des spécialistes et de plus de 11 points pour les chirurgiens sur la même période.

[266] Ce constat est préoccupant, dans la mesure où il est désormais clairement établi que le renoncement aux soins ou le report de ces soins dans le temps pour raisons financières est étroitement lié aux pratiques tarifaires des professionnels de santé[42] et que les taux de pauvreté et de chômage ont augmenté sur la période récente : le taux de pauvreté s'établit à 14,1 % en 2010, soit une hausse de 0,6 point entre 2009 et 2010[43] et le taux de chômage à 10,4 % au premier trimestre 2013 sur la France métropolitaine, soit une hausse de 3 points par rapport à 2008, selon l'INSEE[44].

[267] Dans ce contexte, les centres de santé, de par leurs deux obligations centrales – la dispense d'avance de frais et le respect des tarifs opposables – garantissent aux patients un accès financier facilité aux soins primaires.

[268] De fait, le profil socio-démographique des patients des centres de santé atteste de leur rôle particulier auprès de populations moins favorisées. C'est ce qu'établit l'étude Epidaure déjà citée.

[269] Ainsi, comparativement à la population générale[45], les patients qui recourent à un médecin généraliste en centres de santé sont :

- en moyenne légèrement plus jeunes (45 ans contre 48 ans) ;
- moins diplômés (21 % ont un diplôme de niveau équivalent ou supérieur à deux années après le baccalauréat contre 24 % ; 29 % sont sans diplôme contre 14 %) ;
- plus nombreux à se déclarer inactifs (53 % contre 39 %) ;
- et, quand ils sont actifs, à l'être à temps partiel (22 % contre 17 %) et de façon subie (57 % contre 44 %) ;
- 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 %) ;
- plus nombreux à déclarer un état de santé moyen à très mauvais (46 % des enquêtés contre 29 % dans la population générale).

[42] IRDES, Questions d'économie de la santé, n°170, *Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique*, novembre 2011

[43] INSEE, *INSEE Première*, n° 1412, « Les niveaux de vie en 2010 », septembre 2012. Le seuil de pauvreté est calculé par rapport à la médiane des niveaux de vie. Les seuils traditionnellement retenus par l'Insee et l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) sont fixés à 60 % ou à 50 % du niveau de vie médian. Le seuil à 60 % est celui privilégié en France et en Europe. Le taux de pauvreté au seuil de 60 % de la médiane des niveaux de vie s'établit à 14,1 % en 2010. Ainsi, 8,6 millions de personnes vivent avec moins de 964 euros par mois.

[44] Communiqué de presse de l'INSEE du 6 juin 2013

[45] Telle que permet de la connaître l'enquête « soins et protection sociale » (ESPS) également réalisée par l'IRDES.

[270] L'enquête permet d'estimer que près des deux tiers des patients en centres de santé sont précaires au sens du score Epices[46] contre un peu plus d'un tiers dans la population générale. Ce résultat est également vrai pour les consultants en soins dentaires qui sont proches, en termes sociodémographiques et de précarité, de la population qui consulte en médecine générale, même si ces centres couvrent des territoires plus vastes et des populations moins défavorisées.

[271] Qu'il s'agisse de l'étude Epidaure, de l'étude Référis, de l'étude Richard-Bouton-Consultants, ou des centres visités par la mission, force est de constater que les centres de santé sont en général implantés dans des zones où la population est plus précaire que la moyenne. Sans aller jusqu'à une analyse aussi fine que celle que permet le score Epices pour évaluer le niveau de précarité d'une population, les statistiques de la CNAMTS sont éloquentes : en 2011, alors que le taux de CMU-c approchait les 7% dans la population générale, les bénéficiaires de la CMU-c représentaient 13,5% de la patientèle des centres de santé polyvalents, 10% des centres de santé dentaires et médicaux (mais seulement 3,5% des centres de soins infirmiers), les taux pouvant atteindre respectivement 57% (centre polyvalent du Kremlin-Bicêtre), 82% (centre dentaire d'Aubervilliers), 42% (centre médical de Dijon), et 26% (centre de soins infirmiers de Calais).

[272] L'étude Référis illustre ce constat : sur les trente centres étudiés, trois accueillent une patientèle comprenant plus de 20% de CMU-c (le taux variant de 1% à 59%), la médiane se situant à 14% de bénéficiaires de la CMU-c. L'étude fait également apparaître une surreprésentation des patients bénéficiaires de la CMU-c au sein des centres de santé : 13% dans les centres des Hauts-de-Seine contre 2,9% pour les communes de ces centres ; 17% contre 6,14% en Seine-Saint-Denis et 10,7% contre 2,4% dans le Val-de-Marne.

[273] Les constats de la mission sont analogues, comme en attestent quelques exemples : 26% de CMU-c et 6% d'aide médicale d'Etat (AME) au centre d'Aubervilliers, 23% et 5% au centre de la Croix Rouge HAXO, 18% et 4% au centre de Pantin, 12,5% et 3% au centre de la Croix-Rouge-Olympiades, 26% de CMU-c au centre associatif de Belfort, 15% de CMU-c dans les centres de santé de l'AGECSA à Grenoble, 12% au COSEM, 10% au centre de santé de La-Ferté-Bernard, 5,5% à Nice (mais 20% sans protection complémentaire en santé).

[274] Toutefois, la mission appelle l'attention sur trois points conduisant à relativiser l'importance des centres de santé dans l'accueil des populations précaires.

[275] D'une part, certains centres de santé accueillent peu de patients précaires. C'est le cas par exemple du centre Jack Senet à Paris dans le quatorzième arrondissement, ou de celui de Levallois, dont la patientèle comprend à peine 5% de bénéficiaires de la CMU-c.

[276] D'autre part, la patientèle des centres de santé n'est jamais exclusivement précaire. Comme le note l'étude Richard-Bouton-Consultants sur les centres de santé de la ville de Paris, « si l'on constate sans surprise […] un fort pourcentage de patients bénéficiaires de la CMU-c 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% ».

[277] Enfin, et surtout, les centres de santé ne sont pas les seuls offreurs de soins ambulatoires à soigner des populations précaires.

[46] Cf. IRDES, Questions d'économie de la santé, n °165, *Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ?*, mai 2011 : Le score Epices est un indicateur développé par le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé qui permet de donner une mesure multidimensionnelle de la précarité ou de la fragilité sociale. Il va au-delà des indicateurs socio-administratifs habituellement utilisés, comme l'attribution de minima sociaux. Il repose sur onze questions tenant compte des déterminants matériels et psychosociaux de la précarité qui permettent de calculer un score pouvant varier de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximale). Une personne est considérée comme précaire à partir d'un score égal à 30,17.

[278] Selon une étude de l'IRDES[47], en 2006, la part de patients bénéficiaires de la CMU complémentaire est supérieure à 10 % − soit un niveau fréquent dans les centres de santé – chez un quart des médecins libéraux.

[279] Une étude de la CNAMTS réalisée à la demande de la mission sur l'année 2012 a permis d'affiner ces résultats et de montrer que 27 343 médecins libéraux de secteur 1, soit 26,2% des médecins libéraux de secteur 1, recevaient dans leur patientèle au moins 10% de bénéficiaires de la CMU-c. Ainsi, en secteur 1, 34% des médecins généralistes, 15,8% des spécialistes et 22,2% des dentistes ont au moins 10% de bénéficiaires de la CMU-c dans leur patientèle.

[280] Ces taux sont encore plus élevés dans certains départements ou arrondissements de Paris: 78,7% des médecins généralistes dans le dix-neuvième, 76,2% dans le dix-huitième, 75% en Seine-Saint-Denis, 59,6% dans le Nord-Pas-de-Calais et 38% en Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

[281] La CNAMTS indique également que 13,4% des généralistes libéraux de secteur 1 ont au moins 20% de bénéficiaires de la CMU-c parmi leurs patients.

[282] Si les professionnels de santé libéraux accueillent parfois autant, voire davantage, de patients CMU-c que les centres de santé, ils n'ont pas la possibilité d'offrir à cette population, qui mérite une attention particulière, le même accompagnement social que celui offert par les centres de santé.

[283] L'IRDES rappelle les caractéristiques de cette population précaire, dont l'état de santé est plus dégradé que la moyenne : difficultés pour recourir aux soins, tant en raison de « refus » de soins de la part de certains professionnels à l'égard des bénéficiaires de la CMU-c[48], qu'en raison de difficultés financières (souvent liées à l'absence de couverture complémentaire) qui peuvent, dans certains cas, conduire à des comportements de renoncements aux soins, ou de report dans le temps.

[284] Selon les données issues de l'ESPS 2010[49], les populations précaires sont en effet particulièrement sujettes aux renoncements aux soins, qui concernent 20,4% des bénéficiaires de la CMU-c et 33% des personnes sans protection complémentaire en santé. Ces renoncements sont concentrés sur le secteur dentaire (pour 56%), celui de l'optique (pour 12%) et sur les consultations de spécialistes (pour 9%), secteurs pour lesquels d'importants dépassements sont pratiqués.

[285] Ces populations précaires nécessitent donc une offre de soins adaptée, que proposent justement les centres de santé.

[286] Au-delà de l'obligation de respecter les tarifs opposables de la sécurité sociale et de pratiquer la dispense d'avance de frais, la loi confère en effet aux centres de santé une mission d'accompagnement social. De fait, bien que variable dans son contenu, puisqu'elle peut aller jusqu'au financement, dans le centre, d'une assistante sociale (cf. *supra*), cette fonction prend au moins la forme de la vérification des droits du patient, condition nécessaire au paiement du centre par la caisse d'assurance maladie. Cette vérification est souvent l'occasion de régulariser des situations qui ne sont pas à jour, ou de révéler aux patients leur éligibilité à des droits qu'ils ignoraient, tels que, par exemple, la CMU-c ou l'ACS, deux dispositifs qui permettent de diminuer, quasi totalement pour la CMU-c, et de manière importante pour l'ACS, le coût des soins restant *in fine* à la charge des patients. Les centres de santé permettent donc également d'améliorer l'accès aux droits sociaux des patients.

---

[47] IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 130, « Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux ? », mars 2008

[48] Cf. Fonds CMU, Cinquième rapport d'évaluation de la loi CMU, novembre 2011, chapitre consacré aux refus de soins, pages 108 à 118

[49] Enquête « santé protection sociale » (ESPS) de l'IRDES, portant sur l'année 2010 et parue en juillet 2012 sur le renoncement aux soins. Enquête du Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (CETAF) sur le renoncement des bénéficiaires de la CMU-c.

[287] En outre, cette population en général plus précaire que la moyenne est, pour partie, sujette à un retard dans l'accès aux soins, à des difficultés pour entrer dans le circuit de prise de rendez-vous, à un investissement moins important dans sa santé. Ceci peut la conduire à négliger le suivi d'un parcours tracé par le généraliste si elle se heurte à des ruptures de prise en charge. Le caractère pluri-professionnel des centres de santé est donc fondamental. Il offre un accès à toutes les professions de santé et assure une prise en charge globale du patient. Le rendez-vous avec une infirmière, un dentiste, un radiologue ou un autre spécialiste sera pris à la fin de la consultation du généraliste et ce rendez-vous pourra se tenir dans le centre même. Certes, une telle garantie de continuité dépend de la taille et de l'offre de services du centre. C'est la raison qui appelle à recommander une configuration minimale de centre de santé (cf. *infra*).

[288] Enfin, la sensibilité des soignants aux difficultés sociales de leurs patients, pour n'être pas mesurable, n'en est pas moins réelle dans la quasi totalité des centres visités par la mission.

3.2 Un mode d'exercice attractif pour les professionnels de santé

[289] L'exercice en centre de santé présente un quadruple avantage pour les professionnels de santé : un exercice professionnel regroupé, un allègement de la charge de travail administrative, une diversification des activités et le statut de salarié. Si la mission a centré ses investigations sur les médecins, elle a recueilli de façon plus fragmentaire des indications de même nature auprès des infirmières.

3.2.1 Une demande de travail en équipe

[290] Tous les interlocuteurs de la mission ont indiqué la préférence des jeunes médecins pour un exercice « regroupé » de la médecine. Les représentants des étudiants en médecine, des internes de médecine générale, des jeunes installés et des remplaçants – que la mission a rencontrés – convergent pour affirmer qu'il s'agit d'une aspiration croissante des jeunes générations.

[291] Mais c'est également une tendance générale que l'on observe dans les faits, puisque l'exercice en groupe des généralistes libéraux est aujourd'hui majoritaire.

[292] Comme le note une étude réalisée par l'INPES et l'IRDES en 2010[50] à partir du baromètre « santé médecins généralistes » de 1998, 2003 et 2009, sur la base d'échantillons représentatifs au plan national, la part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de moins de 30% au début des années 1980 à 43 % en 1998 et à 54 % en 2009.

[293] « Cette augmentation est particulièrement marquée chez les médecins de moins de 40 ans qui sont près de huit sur dix à travailler en groupe. Les médecins généralistes exerçant en groupe travaillent pour les trois quarts d'entre eux dans des cabinets exclusivement composés de médecins généralistes et/ou spécialistes. Ces cabinets rassemblent en majorité deux ou trois praticiens. Le regroupement semble par ailleurs transformer le rythme de travail hebdomadaire des généralistes sans pour autant modifier leur volume d'activité sur la semaine : les généralistes exerçant en groupe déclarent en effet travailler plus souvent moins de cinq jours mais réaliser plus d'actes par jour que les médecins exerçant seuls. La pratique de groupe est également associée à un mode d'exercice qui laisse une plus grande place à la formation, l'encadrement des étudiants et s'appuie également plus fréquemment sur l'outil informatique ».

[50] IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n°157, « La dynamique de regroupement des médecins généralistes de 1998 à 2009 », septembre 2010

[294] « Nos résultats montrent que la politique de santé – dont la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) constitue une étape importante – peut ainsi s'appuyer sur les préférences des jeunes médecins pour la pratique collective afin de réorganiser les soins ambulatoires. Si les médecins se regroupent principalement entre eux, ce sont les conditions de l'exercice pluriprofessionnel qui doivent être définies pour garantir, à terme, un large éventail de services accessibles en médecine de ville et mieux répartis sur le territoire ».

[295] La volonté de rompre l'isolement, notamment dans les zones rurales, le partage d'interrogations sur le diagnostic et le traitement pour un malade, l'échange d'informations, l'enrichissement des pratiques, la possibilité de mieux organiser son temps, sont autant de motivations qui poussent les jeunes professionnels à choisir ce mode d'exercice.

[296] La création, en 2007, du statut de pôles de santé et de maisons de santé pluri professionnelles, en cours de développement (286 maisons de santé déjà créées et 309 projets en cours selon la DGOS ; cf. annexe n°11) s'inscrit dans cet objectif de promouvoir ce mode d'exercice regroupé et pluri professionnel de la médecine ambulatoire.

[297] Bien que beaucoup plus anciens, les centres de santé participent pleinement à cette forme d'exercice de la médecine. Certains envisagent d'ailleurs de travailler avec d'autres médecins libéraux, comme le centre de santé de Belfort, par exemple, dans le cadre d'un pôle de santé pluri professionnel[51].

[298] Toutefois, ce développement de l'exercice regroupé de la médecine reste en France beaucoup moins avancé que dans d'autres pays européens. Comme l'explique une note d'analyse du Conseil d'analyse stratégique de décembre 2011[52], les expériences étrangères des pays scandinaves et anglo-saxons démontrent l'intérêt d'un renforcement des soins primaires par un exercice collectif et pluri professionnel de la médecine, qui permettrait en effet de réduire le recours à l'hôpital, garantissant ainsi une meilleure efficience de l'offre de soins. Dans ces pays, les structures d'exercice collectif et pluri professionnel sont prédominantes et le champ d'intervention des infirmiers particulièrement large.

[299] Ces coopérations ont permis de répondre à une pénurie globale ou localisée de médecins, de réduire le recours indu à l'hôpital, de diminuer les coûts et d'améliorer la qualité des services et l'accès aux soins. L'exercice collectif permet en effet d'optimiser l'organisation du temps de travail, d'améliorer la productivité et d'assurer la qualité et continuité des soins. Le transfert du médecin à l'infirmier de certaines activités réduit les délais d'attente, améliore les conditions d'exercice des médecins et répond à des besoins jusqu'ici non satisfaits, comme l'éducation thérapeutique. Les compétences du médecin et de l'infirmier sont utilisées de manière optimale pour les malades[53].

[300] Mais cela n'est possible que parce que, dans ces pays, les pouvoirs publics incitent fortement au regroupement des professionnels :

- centres de santé en Suède et Finlande (structures de soins primaires financées et gérées publiquement mais posant problèmes de recrutement, de rémunération et de gestion);
- regroupement en cabinet privé au Québec (gérés par un groupe de médecins généralistes indépendants et rémunérés à l'acte, au forfait ou à la capitation, ils emploient des infirmiers

[51] Projet prévu pour 2014 devant réunir, outre les médecins du centre de santé, des médecins libéraux : trois kinésithérapeutes, deux infirmiers, un sage femme, huit médecins généralistes, deux dentistes et un podologue, avec tiers-payant intégral et dossier médical partagé.

[52] Conseil d'analyse stratégique, *Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Les coopérations entre professionnels de santé*, décembre 2011

[53] Le rôle de l'infirmier dans ces pays peut aller très loin, par ordre croissant : appui technique (soins pour plaies et autres traumatismes légers, vaccinations) ; suivi des malades chroniques ; conseil ; éducation thérapeutique ; planification des soins ; analyse des examens de contrôle ; réajustement de la thérapeutique ; soins de première ligne (prévention, diagnostic et traitement de problèmes de santé courants) et même, dans certains cas ,point d'entrée dans le système de soins (évaluation de l'état de santé et réorientation vers le médecin ou l'hôpital). Le rôle du médecin est recentré sur son cœur de métier, ses missions étant essentiellement curatives : stratégie initiale, épisodes aigus.

et du personnel administratif afin de dispenser des services à la population inscrite auprès du cabinet et bénéficient d'aides financières) ;

- cabinets de médecine générale au Royaume-Uni (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, dentistes, pharmaciens…) au moyen d'une politique très volontariste, avec aides financières et octroi de locaux ;
- au Canada plusieurs autres catégories professionnelles (travailleurs sociaux, pharmaciens, psychologues, nutritionnistes…) sont venues progressivement enrichir le binôme initial médecin-infirmier.

[301] En outre, la plupart de ces pays ont également défini un nouveau cadre d'exercice du métier d'infirmier en reconnaissant juridiquement de nouvelles compétences aux infirmiers par la création de statuts spécifiques dans une logique non pas de substitution mais de complémentarité[54].

[302] Cette évolution est largement comprise puisque la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), par la voix de son président, Michel Chassang, considère qu' « un médecin sur deux est isolé dans son cabinet. Cet isolement n'est ni bon pour lui, ni pour les patients qui font souvent des kilomètres pour se soigner […] Il faut inventer un modèle économique. Le médecin responsable du cabinet doit devenir un chef d'entreprise. La médecine de ville doit passer du stade artisanal au stade entrepreneurial.»[55]

3.2.2 Un refus de la charge administrative

[303] Le déport de la charge de gestion d'un cabinet sur un secrétariat médico-social constitue un attrait pour des jeunes professionnels qui constatent combien cette charge pèse sur les horaires de travail de leurs aînés au risque, au mieux, de l'ennui, au pire, de l'épuisement professionnel.

[304] Cet avantage est d'autant plus important que les jeunes praticiens ont constaté combien la gestion d'un cabinet devenait plus lourde et source de tension du fait de la complexité des réglementations. De plus, ils ne s'estiment pas préparés au cours de leurs études à accomplir de telles tâches.

[305] Cette lourdeur de gestion est accrue par l'apparition croissante de procédures de coordination et de protocoles.

[306] Même si les données disponibles sont peu nombreuses, selon une analyse de l'IRDES[56], les généralistes déclarent travailler en moyenne entre 52 et 60 heures par semaine, réparties de la façon suivante : 61 % de leur temps de travail hebdomadaire serait consacré aux activités de soins dans le cadre libéral, 19 % aux activités de soins hors cadre libéral et 20 % aux activités autres que celles directement dédiées aux soins.

[307] Ainsi :

- 43 heures seraient consacrées aux activités de soins (33 heures de consultations et visites dans le cadre libéral, 2 heures dans le cadre salarié, plus de 6 heures à la permanence des soins et 2 heures par semaine pour les actes non rémunérés dont conseils téléphoniques et consultations gratuites)
- entre 4,5 heures et 6,5 heures seraient réservées aux activités administratives hebdomadaires,
- 1,5 heure à la gestion des rendez-vous

[54] Par exemple, au Royaume-Uni : infirmiers diplômés d'État, infirmiers spécialisés en santé publique et infirmiers spécialisés en soins mère-enfant, infirmiers ayant des compétences nécessaires pour poser des diagnostics, prescrire et interpréter des tests, émettre des ordonnances de produits pharmaceutiques et accomplir certains actes médicaux précis de manière autonome.

[55] Source : La Tribune, 4 avril 2013

[56] IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n°144, « Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles », juillet 2009.

- et 4,5 heures aux activités de formation et d'information.

[308] Près de neuf généralistes interrogés sur dix dans le cadre de l'enquête de la DREES en 2007 estimaient que leur charge administrative avait augmenté à la suite de la mise en place de la réforme relative au médecin traitant, même si les contours de ces tâches administratives ne sont pas toujours bien définies : si certaines relèvent de la gestion du cabinet (comptabilité, commandes de matériels, télétransmission des feuilles de soins électronique, la gestion du tiers payant), d'autres sont en étroite relation avec les activités cliniques des médecins, sans pour autant correspondre *stricto sensu* à des actes cliniques : remplir un document administratif ou un certificat est perçu par une partie des généralistes comme une tâche administrative, même si cette tâche nécessite un examen clinique et un interrogatoire des patients.

[309] L'existence d'une commission de la simplification de l'exercice libéral, dont les travaux ont été récemment relancés, montre l'importance prise par ces obstacles.

[310] En déchargeant les professionnels de santé de toutes ces tâches administratives, les centres de santé présentent un indéniable avantage, apprécié des professionnels qui souhaitent se concentrer sur leur exercice médical et qui n'ont guère été formés à la gestion des formalités administratives.

[311] Par ailleurs, le centre de santé permet aux professionnels de santé d'éviter un investissement coûteux au départ. A la différence des maisons de santé, il assure également la pérennité de la structure au-delà des projets des médecins. Le centre de santé est en effet porté par un gestionnaire dont l'intérêt est bien défini.

3.2.3 Une recherche de diversification des activités

[312] En revanche, les jeunes médecins prisent la possibilité de ne pas limiter leur activité à des actes de soins, parfois répétitifs, mais de pouvoir mener des actions de prévention et d'éducation à la santé, de recherche et de formation, au développement desquelles les formes d'exercice regroupé sont particulièrement propices.

3.2.4 L'attrait du salariat

[313] Le statut de salarié est cité comme un attrait des centres de santé pour trois de ses caractéristiques :

- la fixité de la rémunération, quand celle-ci est la règle (cf. *supra*), qui permet de se consacrer à des tâches non financées mais dont l'intérêt médical est réel (réunions de coordination) ;
- les horaires de travail normés qui permettent une meilleure conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, même si la mission a pu constater que le salariat n'empêchait pas, dans certains centres, d'effectuer des heures non rémunérées au-delà de la limite légale ;
- le niveau de la protection sociale, plus avantageux dans le cas du salariat que de l'exercice libéral (pas d'indemnités journalières de maladie, couverture de la maternité en général moins avantageuse, régime de retraite moins favorable).

[314] Ces trois caractéristiques constituent un attrait tout particulièrement pour les jeunes femmes de plus en plus nombreuses dans cette profession. En effet, le pourcentage de femmes médecins est passé de 30% en 1990 à 41% en 2012 ; en 2012, les femmes représentent le quart des praticiens de 60 ans et plus, mais 58 % des praticiens de moins de 40 ans. Cette tendance va perdurer car six internes sur dix étaient des femmes en 2010. Les femmes exercent moins souvent en libéral que les hommes : elles constituent seulement le tiers des médecins libéraux, mais 45 % des médecins salariés[57].

[315] Ces raisons sont également assez puissantes pour expliquer le désintérêt croissant dont souffre l'exercice libéral depuis une dizaine d'années au profit de l'exercice salarié, aussi bien chez les médecins généralistes que chez les médecins spécialistes. Entre le 1er janvier 2007 et le 1er janvier 2012, les effectifs des médecins libéraux exclusifs ont diminué de 1% tandis que les effectifs des médecins salariés ont augmenté de 2% (+2,6% pour les généralistes salariés) ; les jeunes médecins qui sortent de l'Université ne sont que 9,5% à choisir l'exercice libéral (68,8% choisissent le salariat, 20,5% sont remplaçants et 1,2% sont en exercice mixte), même si, cinq ans plus tard, 34,5 % exercent en secteur libéral[58]. De 2001 à 2012, on observe, en analysant les chiffres des comptes de la santé 2011, que le pourcentage de médecins libéraux a diminué (de 58% à 54%), celui de l'exercice mixte étant passé de 2% à 6%, le pourcentage de salariés étant stable à 40%.

3.3 Une organisation des soins adaptées aux nécessités du système de santé

[316] Les centres de santé présentent pour les pouvoirs publics une contribution intéressante pour relever les défis de la transition épidémiologique, des enjeux de santé publique, de la permanence des soins et, peut-être, de la maîtrise des dépenses de soins.

3.3.1 La coordination, une réponse à la transition épidémiologique

[317] On désigne couramment sous le terme de transition épidémiologique le changement de nature des pathologies que la médecine doit prendre en charge. Cela se traduit aujourd'hui dans les pays occidentaux, sous l'effet des progrès économiques et sociaux, par le passage d'une structure de mortalité à dominante infectieuse à une structure de mortalité à dominante chronique et dégénérative. Si les maladies infectieuses n'ont pas disparu, elles ne tiennent plus la première place et sont dépassées par les maladies dégénératives, les cancers, les maladies cardio-vasculaires et le diabète. Aux événements médicaux ponctuels à traiter au cas par cas succèdent des séquences de longue durée de soins assurés par une multiplicité de professionnels. Allant de pair avec le vieillissement de la population, la transition épidémiologique explique le fort développement des maladies chroniques qui touchent aujourd'hui quinze millions de personnes en France (9,2 millions de personnes en affection de longue durée pour le régime général en 2011 selon la CNAMTS).

[318] L'exercice isolé n'apparaît pas comme le mode de prise en charge le plus optimal pour répondre aux nécessités de ces pathologies qui impliquent un suivi long du malade (d'où l'importance du dossier médical) et l'intervention de multiples professionnels (d'où le besoin de coordination).

[57] DREES, Comptes nationaux de la santé, 2011

[58] Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2012,* tome 1

[319] Les structures d'exercice regroupé pluri-professionnel de la médecine ambulatoire, qu'il s'agisse des maisons ou des centres de santé, apparaissent plus adaptées pour répondre aux exigences médicales de ces nouvelles pathologies. En effet, la présence de plusieurs spécialités médicales sur un même lieu de soins ainsi que la tenue d'un dossier médical informatisé et partagé entre les professionnels de la structure permettent de mobiliser plusieurs professionnels (médecin généraliste, spécialiste, infirmier ou autre paramédical) et de prendre en charge le malade chronique dans sa globalité en évitant un découpage du suivi pour chaque aspect de la maladie.

[320] La question est alors de savoir si les centres de santé remplissent bien cette mission de coordination de soins. Les visites de terrain de la mission conduisent à une réponse plutôt positive, même si des progrès sont possibles.

[321] En effet, la coordination médicale dans les centres de santé prend trois formes principales :

- elle est formelle (réunions mensuelles souvent) lorsqu'il s'agit d'échanger entre pairs de manière théorique et pratique sur des questions médicales précises (traitement d'un cancer par exemple), ou sur des sujets d'intérêt général pour le centre de santé (qualité des soins, systèmes d'information, santé publique, organisation des soins…) ;
- elle est souvent plus informelle lorsqu'il s'agit de traiter de situations individuelles concrètes : dans ce cas en effet, elle se traduit par une discussion qui peut déboucher sur une action collective coordonnée,
- elle se traduit enfin par la mise en place d'un dossier « patient » partagé entre les professionnels de santé, mais qui n'est pas encore informatisé dans tous les centres visités.

[322] Par ailleurs, nombre de centres visités s'attachent à développer une coordination médicale avec d'autres intervenants du système de santé.

[323] En outre, dans les centres de soins infirmiers, la coordination, à la fois interne et externe, apparaît plus poussée compte tenu de la nature des soins prodigués, qui exigent une grande continuité et un suivi rapproché du patient (cf. annexe n°5).

[324] Mais ce qu'il importe de noter également, c'est que le centre de santé exige, pour fonctionner, le développement d'une fonction de coordination plus générale, à la fois administrative et médicale, qui se traduit par une gouvernance bien particulière. Ainsi, plusieurs centres ont mis en place un comité de direction mensuel associant le médecin directeur, le responsable administratif et certains médecins, un comité de pilotage hebdomadaire et une commission trimestrielle thématique. Ce temps de concertation peut d'ailleurs, dans certains centres, être prévu dans les contrats de travail et être rémunéré comme tel. Enfin, le centre de santé constitue, en lui-même, un « annuaire vivant » des professionnels de santé de proximité, qui est un préalable essentiel à une bonne coordination.

[325] Toutefois, les coopérations entre professionnels de santé sont encore trop peu développées alors que les centres peuvent en constituer un lieu « naturel » compte tenu de la proximité de travail.

3.3.2 Une participation à la politique de santé publique

[326] Les actions de santé publique, d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique, et de prévention sanitaire font partie des missions dévolues par la loi aux centres de santé.

[327] Toutefois en pratique, comme indiqué dans la deuxième partie du rapport, les réalisations en la matière sont très inégales :

- certains centres sont, pour des raisons historiques, très impliqués dans les actions de santé publique et bénéficient de financements directs, qui, s'ils ne sont pas suffisants, sont couverts par la subvention d'équilibre de leur gestionnaire ;

- d'autres, soumis à des contraintes financières plus strictes, ne réalisent aucune de ces missions, faute de financement adapté ;
- d'autres enfin ne les réalisent qu'à hauteur des financements qu'ils obtiennent.

[328] Ce défaut d'implication dans certains centres s'explique par les faiblesses de la politique de santé publique en France. En effet, comme le souligne la Cour des comptes, « la prévention occupe une place subsidiaire dans le système de santé français »[59] : la politique de santé publique pâtit d'un manque de pilotage, de financement, de lisibilité, que n'encourage guère le manque d'évaluation.

[329] Or, si les actions de santé publique, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique peuvent se réaliser dans le colloque singulier entre le médecin et son patient, elles trouvent dans les centres de santé des structures également propices à leur développement.

[330] Les actions de santé publique ou d'éducation à la santé, dans leur expression collective, telles que la prévention bucco-dentaire dans les écoles, supposent en effet d'être portées par une structure suffisamment robuste et engagée, capable de développer des campagnes d'information et de sensibilisation. Les centres de santé sont particulièrement bien placés en la matière.

[331] Comme le montre l'étude RBC en prenant l'exemple de la prévention du diabète, l'éducation thérapeutique nécessitant souvent des séances de groupe et l'intervention de plusieurs acteurs (diététicienne, infirmière, éducateur, médecin, podologue), certains centres de santé de par leurs infrastructures et leur volume d'activité apparaissent comme des lieux idéaux pour développer et enseigner l'éducation thérapeutique notamment axées sur le diabète et ses complications. Le même raisonnement pourrait être tenu avec la prise en charge de l'asthme.

[332] L'éducation thérapeutique fait d'ailleurs l'objet d'un financement expérimental dans certaines maisons de santé et certains centres de santé (module 2 des expérimentations relatives aux nouveaux modes de rémunération). Ainsi, dans l'un des centres associatifs visités, cette expérimentation a permis de financer un programme d'éducation thérapeutique sur le diabète. Le projet a mobilisé deux infirmiers, une diététicienne, une psychologue, un éducateur sportif. Sur cinquante patients prévus, vingt-et-un ont terminé le programme et l'enquête de satisfaction est positive comme le montre le rapport d'activité du centre.

[333] En outre, l'évaluation des nouveaux modes de rémunération par l'IRDES (résultats intermédiaires sur les années 2009-2011, décembre 2012) met en évidence l'avantage des centres de santé dans certains types d'actions, avec de meilleurs taux de réalisations pour le vaccin contre la grippe, le dépistage du cancer du sein et le dosage de l'HBA1C (diabète).

3.3.3 La permanence des soins

[334] A une époque où il devient difficile de garantir la permanence des soins, il serait inopportun de ne pas prendre en compte l'offre de soins des centres de santé, d'autant que par nature, ils ont le souci d'un service global à offrir à la population qu'ils desservent.

[335] La mission a pu constater que les centres de santé, bien qu'ouverts environ 50 heures en moyenne par semaine, remplissaient généralement, de fait, une fonction de traitement des petites urgences, notamment lorsqu'ils comprennent des infirmières (cf. Aubervilliers, Nanterre…). En outre, certains centres (par exemple Alfred Fournier) assurent des « nocturnes » certains soirs de la semaine jusqu'à 21 heures. En revanche, très rares sont les centres (mis à part les centres de soins infirmiers) qui ouvrent le samedi après-midi, même si quelques-uns le font (Nanterre).

[59] Cour des comptes, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur la prévention sanitaire, octobre 2011

[336] La mission a également observé la volonté de plusieurs centres de s'engager dans la permanence des soins ambulatoires, mais aussi constaté les obstacles juridiques à la réalisation de tels projets. En effet, juridiquement, la rémunération de la permanence des soins s'effectue via des honoraires libéraux, ce qui expose le professionnel de santé à un double statut. Toutefois, grâce à un accord avec la CPAM et l'ARS, le centre de Gennevilliers participe depuis le deuxième trimestre 2013 à la permanence des soins ambulatoires dans l'objectif de désengorger les urgences de l'hôpital Louis Mourier à Colombes. Il assure à cet effet une permanence du lundi au vendredi de vingt heures à minuit avec un vigile pour la sécurité, une infirmière pour les soins infirmiers, le tiers payant et le secrétariat, un médecin et un interne.

[337] Comme l'indiquait en 2010 l'étude RBC, à Paris, les soins non programmés sont assurés en grande partie par SOS médecins et des associations de médecins libéraux, à domicile pour l'essentiel. Les maisons médicales de garde sont encore peu développées, et leur activité est faible faute d'information et en raison de l'absence de pratique de dispense d'avance de frais. Si certains cabinets libéraux se sont organisés, les responsables des services d'urgences pointent le manque d'organisation et le fort risque de progression des passages aux urgences, avec en conséquence un surcoût important pour l'assurance maladie.

[338] Or plusieurs centres de santé disposent des infrastructures permettant d'accueillir une maison médicale de garde.

3.3.4 Une contribution à la maîtrise des dépenses ?

[339] L'analyse que l'IRDES[60] a menée sur les seules données de remboursement du régime général montre que les patients réguliers en médecine générale en centres de santé ont des dépenses significativement inférieures à la population générale, à âge, sexe et niveau de couverture équivalents.

[340] Ce résultat doit toutefois être interprété avec prudence.

[341] Il peut, en effet, masquer un recours plus important à l'hôpital, en contrepartie d'un moindre recours à la médecine de ville sans qu'un tel déport ne soit mesuré aujourd'hui.

[342] Cette moindre dépense 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 voire, à l'inverse, un recours insuffisant aux soins spécialisés.

[343] Des études complémentaires seraient donc nécessaires.

[344] Toutefois, une chose paraît certaine, affirme l'IRDES : les centres de santé ne multiplient pas les actes et les personnes qui y recourent régulièrement induisent une dépense ambulatoire par habitant inférieure à la moyenne nationale alors même qu'ils déclarent un état de santé moins bon.

[345] En outre, les centres de santé permettent aux patients d'éviter l'hôpital dans la mesure où ils assurent à la fois l'avantage du tiers payant et le traitement des petites urgences. Selon les calculs de la CSMF, parce que le coût des soins de ville est deux fois moins élevé qu'à l'hôpital, le développement des soins regroupés en ambulatoire permettrait d'optimiser le parcours de soins et de réaliser trois à quatre milliards d'euros d'économies.

[346] Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que le coût total d'un centre de santé pour la collectivité est supérieur à celui d'un cabinet libéral, comme l'a mis en évidence la deuxième partie.

[60] IRDES, *La consommation de soins des assurés recourant en centres de santé,* mars 2011

[347] Au total, si le modèle économique des centres de santé est imparfait, et si des études sont nécessaires pour évaluer leur efficacité médico-économique, leur modèle organisationnel et médical correspond assez bien aux différents enjeux de notre système de santé. A cet égard, il serait illogique que l'intérêt porté pour les maisons de santé n'ait pas son équivalent pour les centres de santé. Toutefois, pour qu'ils puissent tous exploiter ce potentiel, il est nécessaire d'améliorer le cadre dans lequel ils se développent, de les conduire sur la voie d'une meilleure gestion et de les intégrer à part entière dans la gouvernance du système de santé.

4 DES RECOMMANDATIONS POUR ANCRER LES CENTRES DE SANTE DANS UNE OFFRE DE SOINS PRIMAIRES ACCESSIBLE, REGROUPEE ET COORDONNEE

[348] Si la mission n'a pas été en mesure de démontrer l'efficacité médico-économique des centres de santé, elle a bien mis en évidence l'utilité sanitaire et sociale de ces structures. Compte tenu de l'immobilisme du cadre juridique et financier dans lequel évoluent les centres de santé, c'est un véritable plan stratégique qu'il convient maintenant de bâtir pour assurer la consolidation, voire le développement de ces structures dont l'utilité sanitaire et sociale a été démontrée.

[349] La mauvaise santé financière globale des centres, le caractère à la fois opaque et fragile des financements complémentaires qui assurent leur pérennité, ont été soulignés. A terme, ce n'est pas le scenario-catastrophe de leur disparition qui est le plus à craindre que leur évolution insidieuse vers des cabinets de groupe. Certes, des cabinets de groupe qui pratiquent le tiers-payant (mais réduit aux seuls régimes de base car plus facile à gérer), des tarifs opposables et dont les médecins sont salariés, seraient encore des structures utiles. Mais les objectifs ambitieux de coordination des soins, d'accompagnement social, de prise en charge globale de la personne et de promotion de la santé seraient abandonnés.

[350] La mission propose une première esquisse du plan stratégique. Celui-ci pourrait reposer sur trois piliers : faciliter la gestion quotidienne des centres de santé, améliorer le modèle économique des centres de santé en échange d'une amélioration de leur gestion, mettre en place un double pilotage national et régional.

[351] Ces recommandations doivent être comprises comme de grandes lignes directrices à destination des pouvoirs publics, notamment dans la perspective des avenants ou futures renégociations de l'accord national. Elles mériteront toutefois de la part des signataires un travail d'approfondissement et d'adaptation pour tenir compte de la diversité des centres de santé.

4.1 Faciliter la gestion quotidienne des centres de santé

[352] Comme l'a bien mis en évidence la deuxième partie, nombre de règles ou de pratiques conduisent à alourdir la gestion des centres de santé et il convient de les modifier ou de les supprimer. La gestion du tiers-payant représente un facteur essentiel d'allègement de la charge de travail des centres de santé. Par ailleurs, des blocages d'ordre juridique, de moindre incidence financière, gênent le bon accomplissement de certaines missions et doivent être levés.

4.1.1 Alléger la gestion du tiers payant

[353] Le constat est unanime : aussi nécessaire pour les patients que source de coûts pour le centre de santé, la mécanique du tiers-payant doit être en premier lieu allégée et sa gestion mise plus largement à la charge des organismes d'assurance maladie, de base et complémentaires.

4.1.1.1 La mission ne retient pas l'hypothèse du défraiement des centres de santé par les organismes d'assurance maladie, pour trois raisons :

- D'abord, cette gestion peut être considérablement améliorée dans le cadre des règles existantes, comme le montre le travail accompli par la CPAM de Paris avec la coordination des centres de santé parisiens. Aussi, financer cette fonction reviendrait à consacrer l'actuelle répartition des tâches entre centres et organismes d'assurance maladie. Or, cette répartition n'est pas légitime.
- Les grandes variétés de gestion de ce mécanisme par les centres de santé conduisent à une amplitude de coût très vaste et le coût moyen, auquel les gestionnaires s'accordent, à savoir autour de 3 € par acte, paraît un optimum dans un cadre de gestion inchangé, non comme un objectif. L'analyse du coût dans certains centres de santé montre qu'il peut être fortement réduit.
- Si la rémunération de la pratique du tiers payant est accordée aux centres de santé, elle devra l'être également à l'égard des professionnels de santé libéraux, qui sont en effet également tenus de pratiquer le tiers payant dans certains cas[61] et le pratiquent volontairement dans d'autres situations (notamment ALD). De fait, selon la CNAMTS, environ un tiers des actes effectués par les médecins libéraux sont en tiers payant. Le coût d'une telle prise en charge serait donc potentiellement très élevé, *a fortiori* si la généralisation du tiers payant était envisagée. Il convient en ce sens d'attendre les conclusions de l'IGAS qui étudie les conditions de cette généralisation.

[354] La présente mission considère d'abord que la charge de travail liée à la vérification des droits d'un assuré incombe en priorité à l'organisme qui assure, non à celui qui soigne.

[355] Sans qu'il s'agisse directement du sujet, la mission tient à alerter sur la complexité extrême d'un système juridique en partie inutile à partir du moment où l'objectif est, au final, d'assurer à chacun la couverture de ses frais de soins, sous réserve de respecter les règles du parcours de soins. Le raffinement des règles d'affiliation à un régime ou de rattachement à une caisse est aussi inutile que coûteux. La mission invite les pouvoirs publics à l'étude d'une simplification des règles d'affiliation.

[356] C'est dans ce cadre que la mission émet sept recommandations, quatre de mise en œuvre à court terme et les trois autres de moyen terme.

4.1.1.2 Quatre recommandations simples et pratiques à court terme

[357] Les quatre recommandations qui suivent reprennent les principales modalités d'organisation mises en place par les centres de santé parisiens et la CPAM de Paris, qui ont permis de réduire le coût du tiers payant (cf. annexe n°12).

[358] La première d'entre elles consiste à étendre à l'ensemble des centres de santé l'usage de la plateforme « Contrôle des droits » (« CDR ») tel qu'il est en cours à Paris. Cette généralisation permettrait d'éviter aux centres de transmettre des facturations fondées sur des droits erronés. L'exemple des centres de santé de Paris a démontré l'utilité de cet outil, qui a contribué à la réduction des taux de rejet.

Recommandation n°1 : Généraliser à l'ensemble des centres de santé le recours à l'outil de contrôle des droits « CDR »

[61] En particulier pour les bénéficiaires de la CMU-c et de l'ACS en application de la convention médicale (dispositif du « tiers payant social ») ainsi que de l'AME et pour les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, et le pratiquent fréquemment dans d'autres situations (notamment ALD)

[359] La complexité des règles relatives à la vérification des droits ainsi qu'à la gestion des rejets et des impayés est telle qu'une formation spécifique est indispensable pour que le personnel soit en mesure de les maîtriser. Une formation de 70 heures serait nécessaire selon certains responsables administratifs des centres visités.

Recommandation n°2 : Former les agents à la gestion du tiers payant

[360] Les visites réalisées mettent clairement en évidence le rôle clef de la CPAM dans la gestion du tiers payant. Selon que la CPAM est impliquée et coopérative, ou pas, les résultats sont très différents. Comme le fait la CPAM de Paris, les CPAM devraient à la fois informer régulièrement les centres de santé de l'évolution de la réglementation et assurer un suivi mensuel du tiers payant pour chaque centre de santé, en mettant en évidence les points de difficultés. En tout état de cause, la désignation, dans chaque CPAM, d'un ou deux référents pour le tiers payant, s'impose.

Recommandation n°3 : Désigner un référent par CPAM pour la gestion du tiers payant

[361] S'agissant de la gestion du tiers payant pour la part complémentaire, qui n'est pas une obligation juridique, les centres de santé qui rencontrent des difficultés avec certains organismes complémentaires auraient économiquement intérêt à ne pas le pratiquer avec ces organismes.

[362] Toutefois, dans la mesure où dans la plupart des centres de santé le tiers payant intégral apparaît comme une véritable « demande sociale », qu'il convient d'honorer, il serait souhaitable que les organismes complémentaires s'organisent pour mutualiser la gestion du tiers payant dans les centres de santé, comme dans les établissements de santé d'ailleurs (cf. *infra*) et la mission avance plusieurs recommandations en ce sens. La recommandation qui suit est donc seulement de court terme.

Recommandation n°4 : Ne pas recourir au tiers payant avec les organismes complémentaires qui créent un surcoût pour le centre

4.1.1.3 A moyen terme, trois recommandations ayant pour objectif d'externaliser vers les organismes de base et complémentaires la charge de gestion du tiers payant.

[363] Comme indiqué *supra*, les règles de prise en charge par l'assurance maladie et par les « complémentaires » en santé sont particulièrement complexes et évoluent rapidement. Certains droits nécessitent une procédure de renouvellement qui n'est pas automatique. En outre, les mises à jour informatiques des droits ne sont jamais fiables à 100% car réalisées à partir de répliques d'écrans qui, elles-mêmes, ne sont pas mises à jour en flux continu à partir des bases de données de l'assurance maladie. Un décalage entre les droits affichés et les droits réels est donc possible dans certains cas qui, même s'ils sont inférieurs à 10%, induisent des coûts de gestion importants pour les centres.

[364] Or, nul ne peut se prévaloir de ses propres turpitudes : s'il est matériellement prouvé que les droits sont à jour à partir des outils d'informations les plus fiables de l'assurance maladie (carte Vitale mise à jour, CDR), la CPAM devrait être tenue de payer sur la base de la facture présentée par le centre de santé ou de rectifier d'elle-même la facture en le justifiant et d'effectuer le paiement en conséquence, plutôt que de procéder à un rejet.

[365] De fait, pour les médecins libéraux, l'article 49 de la convention médicale de 2011 prévoit une garantie de paiement par la CPAM sur la base des droits figurant dans la carte Vitale. De même, pour les pharmacies, les conventions entre les plateformes de tiers payant et l'assurance maladie prévoient une garantie de paiement si la facturation a été établie à partir d'une carte Vitale mise à jour.

Recommandation n°5 : Inscrire dans l'accord national l'obligation pour la CPAM de payer lorsque le centre de santé a vérifié les droits du patient sur la plateforme « CDR »

[366] Compte tenu de la multiplicité des règles, des procédures et des interlocuteurs, des économies d'échelle importantes pourraient être réalisées si chaque centre de santé s'en remettait à un opérateur de tiers payant unique. Cet opérateur se chargerait des relations avec les différentes caisses de base et complémentaires.

[367] Une solution alternative consisterait à prévoir :

- pour les régimes de base, une caisse pivot régionale[62], comme le font les établissements de santé pour la facturation directe des consultations externes dans le cadre du projet FIDES ;
- pour les régimes complémentaires, l'application aux centres de santé du projet « ROC » (cf. *supra*) ; dans l'attente, des conventions avec les plateformes telles que Almérys, Viamédis, Isanté ou TP Santé, seraient souhaitables.

Recommandation n°6 : Mutualiser entre centres de santé la gestion du tiers-payant en passant par une caisse pivot d'assurance maladie pour la part obligatoire et par une plate-forme commune pour les organismes complémentaires

[368] Enfin, comme indiqué *supra*, les établissements de santé engagés dans FIDES facturent à l'assurance maladie par l'intermédiaire d'un flux B2 qui ne nécessite ni carte Vitale, ni carte de professionnel de santé, ce qui permet d'éviter les flux papiers et d'accélérer les facturations et les paiements. S'il était décidé de s'engager dans cette voie de réforme, il serait néanmoins nécessaire d'en vérifier l'efficacité et d'évaluer au préalable les implications sur le système informatique.

Recommandation n°7 : Étudier une application aux centres de santé de la procédure retenue pour les consultations externes dans le cadre de FIDES

4.1.2 Lever des verrous juridiques

[369] Il existe, pour la mise en œuvre de certaines actions, des verrous juridiques qui tiennent au choc d'univers de règles : celui des rémunérations (salaires ou honoraires) ou celui des professionnels (salariés ou libéraux).

[370] Ceci pose problème dans deux types de situations : la participation des centres de santé à la permanence des soins ambulatoires et à la formation des jeunes médecins (4.1.2.1) ; la réalisation par les médecins de vacations de quelques heures par mois dans les centres de santé (4.1.2.2).

4.1.2.1 Faciliter la participation des centres de santé à la permanence des soins ambulatoires et à la formation des jeunes médecins

[371] Ainsi, alors que la loi permet aux médecins salariés des centres de santé d'être maîtres de stage[63] ou de participer à la permanence des soins ambulatoire (PDSA)[64], les rémunérations de ces activités prennent la forme d'honoraires, obligeant les médecins salariés qui les toucheraient à vivre sous un double statut et les exposant à des conséquences disproportionnées comme le versement de cotisations minimales au titre d'une activité libérale. Complexité administrative et conséquences financières sont des obstacles à l'exercice de fonctions complémentaires à l'activité de soins. Il en résulte un préjudice pour le praticien, la structure et la collectivité toute entière.

---

62 Compte tenu de la géographie des centres de santé, on pourrait se limiter à trois caisses pivot : celles de Paris, du Rhône et des Bouches-du-Rhône.

63 Cf. L. 6323-1 CSP : Les centres de santé « constituent des lieux de stage pour la formation des différentes professions de santé ».

64 Cf. L. 6314-1 CSP : « La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du même code [médecins des centres de santé], dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code ».

[372] Pour surmonter cet obstacle, la solution la plus simple consisterait à ce que soit versée au centre la rémunération correspondant à la permanence des soins assurée par le médecin salarié volontaire, ou la prestation de maître de stage du médecin salarié, à charge pour le centre de rémunérer le médecin salarié en conséquence, le cas échéant en heures supplémentaires. Pour la PDSA, une brève simulation permet d'affirmer que le coût serait neutre pour le centre à partir d'une consultation par heure[65], mais une étude complémentaire pour chaque centre sera nécessaire avant de décider de participer à la PDSA, afin d'éviter un risque supplémentaire de déséquilibre économique.

[373] Une expertise juridique doit être conduite afin de savoir si une modification juridique serait nécessaire pour que le centre puisse ainsi toucher la rémunération en lieu et place du médecin. Pour la PDSA, il semble en première approche qu'une modification de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique soit nécessaire afin de permettre au centre lui-même de participer à la PDSA en y envoyant ceux de ses médecins qui seraient volontaires.

[374] Une autre solution, qui suppose également une dérogation législative, consisterait à considérer que ces rémunérations sont versées directement aux professionnels et traitées comme des salaires au regard du droit fiscal et du droit social. Mais une telle solution suppose de prévoir un précompte, par la CPAM et par l'ARS, des cotisations sociales, ce qui paraît assez compliqué. Elle est donc écartée par la mission. La première solution paraît moins dérogatoire au droit commun et respecte l'unicité d'employeur du professionnel de santé. Elle a la préférence de la mission.

[375] En tout état de cause, la participation des centres de santé à la PDSA devra s'insérer dans le cadre organisationnel défini par l'ARS. Depuis la loi HSPT (articles 49 et 118), c'est en effet l'ARS qui est chargée d'organiser la PDSA après avis du préfet : l'ARS doit déterminer la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la PDSA et élaborer un cahier des charges régional définissant les modalités de réponse aux demandes de soins non programmés.

Recommandation n°8 : Permettre le versement aux centres de santé des rémunérations afférentes aux activités de maître de stage et de permanence des soins

4.1.2.2 Permettre aux médecins des centres de santé n'exerçant que quelques heures de vacation par semaine (moins de deux demi-journées) de conserver leur statut de libéral.

[376] Plusieurs responsables de centres de santé ont souligné l'inconvénient du statut de salarié pour les médecins ne réalisant dans le centre que quelques vacations (deux demi-journées voire moins par semaine).

[377] Ceci est pénalisant à la fois pour le centre (coût du travail plus élevé et complexité administrative) et pour le médecin (double statut).

[378] La mission recommande donc une modification législative pour permettre aux médecins réalisant moins de deux demi-journées de vacations par semaine dans les centres de santé de conserver leur statut de libéral.

Recommandation n°9 : Modifier la loi afin permettre aux médecins réalisant moins de deux demi-journées de vacations par semaine dans les centres de santé de conserver leur statut de libéral.

65 On estime en moyenne qu'une consultation en PDSA rapporte 60 € ; pour quatre heures, cela fait 240 €, auxquels il faut ajouter 50 € de forfait PDSA, donc au total une recette de 290 € pour le centre de santé ; or sur la base d'une rémunération brute horaire de 41 €, une heure supplémentaire effectuée par un médecin coûte au centre de santé 50€ brut soit 72 € en tenant compte des cotisations sociales, soit 288 € pour quatre heures. Toutefois, pour être exact, il faudrait également sans doute tenir compte du coût de la permanence assurée pour le secrétariat.

4.2 Améliorer le modèle économique des centres de santé en échange d'une amélioration de leur gestion

[379] La mission a bien mis en évidence dans la deuxième partie du rapport les origines de la fragilité économique des centres de santé : gestion inégale et modèle économique imparfait. Elle propose donc d'améliorer le modèle économique des centres de santé en échange d'une amélioration de leur gestion.

4.2.1 Inciter et aider les centres de santé à améliorer leur gestion

4.2.1.1 Définir un cahier des charges indiquant les critères de bonne gestion des centres de santé

[380] Comme indiqué dans la deuxième partie du rapport, des études réalisées par des cabinets de conseil ont montré qu'il existait des mesures de gestion qui chassaient les dysfonctionnements, générateurs de dépenses, ou qui permettaient de toucher des recettes supplémentaires.

[381] De telles mesures relèvent de la responsabilité des dirigeants de centres et des autorités dont ils dépendent (municipalités, organismes gestionnaires…). S'agissant de mesures qui relèvent de la micro-gestion et dont la pertinence dépend de circonstances concrètes, la mission n'émettra pas de recommandations directes, considérant qu'il appartient à ces autorités de procéder à un bilan et d'élaborer un plan d'action.

[382] Elle appelle cependant l'attention des autorités responsables en dernier ressort des centres de santé sur trois sujets :

- Il appartient à ces autorités de veiller avec le plus grand soin à la présence d'un gestionnaire dans l'équipe de direction. Si la qualité de médecin ne nuit pas à la rigueur de la gestion, elle ne l'assure pas non plus et il convient que le binôme médecin-directeur/ directeur administratif soit équilibré. Il convient, en cas de direction du centre par un médecin, que son adjoint, chargé de la gestion, ait le statut nécessaire au bon équilibre des préoccupations.
- Il importe d'assurer l'autonomie financière des centres, notamment dans le cas des centres communaux qui n'ont pas la personnalité juridique, afin de disposer de budgets individualisés bâtis sur une véritable comptabilité analytique qui permette l'exacte imputation de la part de dépenses communes qui revient aux centres.
- La présentation des comptes doit distinguer au moins trois grands blocs de dépenses : l'activité de soins, l'accompagnement social et la santé publique. L'objectif est de mettre en regard de chaque bloc un financement et d'en tirer la règle qu'une activité qui n'a pas son financement ne doit pas être engagée.

[383] Si la mission est attentive à la bonne adéquation des mesures aux réalités de « terrain » qui requiert l'esprit d'initiative des dirigeants de centres, elle estime toutefois nécessaire de mettre en place des procédures qui garantissent que chaque centre a fait l'inventaire des solutions à ses problèmes et élaboré un plan d'action.

[384] A cette fin, l'Etat devrait élaborer en concertation avec les gestionnaires un cahier des charges-type des centres de santé précisant les principes de bonne gestion, les tableaux de bord et les indicateurs à mettre en place (cf. deuxième partie du présent rapport).

Recommandation n°10 : Elaborer un cahier des charges des centres de santé relatif aux critères de bonne gestion

[385] Afin d'inciter les centres de santé à améliorer significativement leur gestion, la mission propose également de subordonner l'octroi de l'actuelle option de coordination, qu'il est par ailleurs proposé de réformer, au respect de ce cahier des charges (cf. *infra*, recommandation n°13).

4.2.1.2 Pour les centres les plus en difficultés, recourir à un contrat avec l'ARS.

[386] La mission a constaté, tant dans les fédérations de centres de santé que dans les structures qu'elle a visitées, une nette prise de conscience des impasses financières et du besoin de procéder à des plans d'équilibre financier.

[387] Mais la multiplicité du nombre de centres ne garantit pas la généralité de la prise de conscience. Même si, par nature, les fédérations de centres ont un rôle de diffusion des bonnes pratiques, il apparaît nécessaire que les ARS garantissent une évolution harmonisée de l'ensemble des centres de santé. De fait, certaines ARS ont déjà pris conscience de cet enjeu. Ainsi, suite à l'étude Référis qui, pour chaque centre, a préconisé un plan d'action sur trois ans permettant de se rapprocher de l'équilibre, l'ARS d'Île-de-France a amorcé un travail d'accompagnement des centres de santé en lien avec la CPAM de Paris. En outre, elle souhaite soutenir les créations de centres de santé et pourrait, en cas d'opportunité avérée, proposer une aide à l'ingénierie organisationnelle, financière et technique ou le financement de programmes de prévention ou d'éducation thérapeutique du patient.

[388] L'article L. 1435-3 du code de la santé publique dispose que l'ARS peut conclure avec les centres de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)[66]. Cette disposition semble peu usitée (un seul centre sur les seize visités). Il convient d'y recourir plus systématiquement.

[389] La mission propose donc que les ARS soient invitées à signer un contrat avec les centres qu'elle considèrerait comme une offre de soins à la fois indispensable sur le territoire et financièrement très menacée[67].

[390] Ce contrat consignerait des engagements d'amélioration de la gestion, sur la base des critères de bonne gestion indiqués dans le cahier des charges mentionné *supra* : clarification budgétaire, adaptation des modes de rémunération, mutualisation des fonctions de support, évolution du système d'information, mise en place d'une comptabilité analytique, de tableaux de bord et d'indicateurs de performance…

[391] En contrepartie, l'ARS financerait, au titre du FIR, les études et l'implantation des outils nécessaires.

[392] Compte tenu de la charge de travail que représente une telle procédure, il conviendrait de commencer par les centres qui connaissent les plus grandes difficultés financières et qui jouent le rôle sanitaire le plus important.

Recommandation n°11 : Adresser aux agences régionales de santé un guide d'utilisation des CPOM pour conclure avec les centres de santé des contrats d'optimisation de la gestion

66 L1435-3 CSP : « L'agence régionale de santé conclut les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1. Elle peut, avec la participation des collectivités territoriales, conclure les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles ainsi que, dans des conditions définies par décret, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les pôles de santé et les maisons de santé. Le versement d'aides financières ou de subventions à ces services de santé par les agences régionales de santé est subordonné à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. L'agence veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats »

67 L'ARS pourra repérer ces centres de trois façons : le centre pourra demander lui-même de l'aide à l'ARS, qui appréciera l'opportunité d'un CPOM ; le centre pourra être repéré par l'ARS dans le cadre de l'élaboration et de l'évaluation de son SROS ; le centre pourra être signalé par la CPAM dans le cadre de la procédure de réforme d'option de coordination (cf. *infra*).

4.2.2 Redéfinir le modèle économique des centres de santé et, plus généralement, de la médecine pluri-professionnelle regroupée et coordonnée

[393] L'analyse de la situation financière des centres de santé, même les mieux gérés, a bien mis en évidence les failles du modèle économique.

[394] Celui-ci repose sur le principe d'une similitude de mode de rémunération avec les professionnels libéraux. Or, l'application aux centres des règles de rémunération que les libéraux déterminent par convention n'est automatique que lorsqu'elles prennent la forme de la création ou de la valorisation d'actes.

[395] Pour les éléments forfaitaires de rémunération, cette transposition n'a pas été faite, au motif que les centres de santé bénéficiaient d'une option de coordination qui leur est propre et qui peut apparaître comme l'équivalent des forfaits définis pour les médecins traitants libéraux, dans la mesure où elle est subordonnée à la « désignation par l'assuré d'un médecin généraliste coordinateur », à la « mise en place d'un document médical de synthèse [accessible] à l'ensemble de l'équipe soignante prenant en charge le patient » et à « l'élaboration d'un plan de soins pour les malades en ALD ».

[396] La mission s'est interrogée sur cette logique et sur la question de savoir s'il fallait appliquer aux médecins des centres de santé l'intégralité des forfaits accordés aux libéraux en plus de l'option de coordination.

[397] Son analyse, à la fois de la convention médicale et de l'accord de 2003 la conduit à constater que le modèle économique des centres de santé ne fait pas de choix clair entre divers modes de financement et constitue une impasse dont il convient de sortir. La mission propose donc une clarification qui repose sur la transposition des éléments de rémunération directement attachés à un acte de soins (4.2.2.1) et de jouer pleinement la carte de la spécificité des centres en simplifiant radicalement (4.2.2.2) puis en amplifiant l'option de coordination (4.2.2.3).

4.2.2.1 Assurer une équité avec les libéraux

[398] Dans la perspective de consolider l'option de coordination, la mission recommande de ne transposer aux centres de santé que les éléments de rémunération des libéraux directement attachés à l'acte de soins :

- indemnisation au titre de la prévention et du dépistage du cancer colorectal ;
- prise en charge des tests de l'angine virale ;
- majoration forfaitaire pour les personnes âgées.

[399] On pourrait ajouter à cette liste la mise à disposition gratuite des bornes de mise à jour des cartes Vitale dont bénéficient les pharmaciens.

[400] En revanche, seraient exclus les forfaits versés aux médecins traitants libéraux qui impliquent une action de coordination (forfait médecin traitant pour les ALD, forfait médecin traitant pour les non ALD, majoration pour les consultations, réalisées par le médecin traitant, de suivi de la sortie d'hospitalisation pour les patients à forte co-morbidité et les patients atteints d'insuffisance cardiaque).

Recommandation n°12 : Les partenaires de l'accord national procèdent d'ici fin 2013 à la transposition des dispositions financières applicables aux professionnels libéraux qui ne se rapportent pas à la fonction de coordination

[401] En revanche, il ne paraît pas souhaitable de vouloir transposer de manière strictement égalitaire la prise en charge des cotisations sociales au titre de l'exercice en secteur 1 pour trois raisons.

[402] Tout d'abord, une application à l'identique supposerait, comme indiqué *supra* dans la partie II, que chaque centre fasse le calcul précis de la subvention, en fonction des professionnels de santé employés. Une telle procédure serait complexe à gérer.

[403] Ensuite, dans la mesure où, pour les libéraux, la cotisation retraite est forfaitaire, la conversion aux centres de santé ne peut s'effectuer qu'à travers un taux moyen constaté, qui par définition ne pourra donc pas être le taux « véridique ». L'objectif d'une application « à l'identique » est donc partiellement vain.

[404] Enfin, cette prise en charge s'analyse comme une mesure de revenu compensant le respect des tarifs opposables. Elle a été conçue dans l'environnement du secteur libéral et son application dans un environnement salarial ouvre la voie à la question du champ des cotisations à prendre en compte (chômage, formation professionnelle). Or, s'il est vrai, comme constaté dans la deuxième partie, que l'exercice salarié conduit, de part la différence de niveau de cotisations sociales, à un coût structurellement plus élevé, pour un même niveau de revenu net, de l'acte médical en centre de santé qu'en cabinet libéral, la mission considère que c'est au gestionnaire du centre d'assumer ce coût spécifique, qui résulte de son choix et que l'on ne saurait faire peser sur les finances de l'assurance maladie.

4.2.2.2 Transformer l'option de coordination en forfait de gestion regroupée

[405] L'option de coordination dans les centres médicaux, polyvalents et dentaires fait l'objet d'appréciations contrastées. Très importante pour l'équilibre financier des centres, elle est mise en œuvre avec détermination. Trop lourde à gérer, elle est abandonnée. Au total, le recours à cette forme de financement est faible : 14,8 millions € pour 634 millions € de remboursements et, pour les centres médicaux et dentaires, seulement 5,5% du coût théorique[68].

[406] Or, l'option de coordination aurait dû être un élément central du financement des centres de santé en ce qu'elle rémunère l'une de leurs spécificités majeures.

[407] En effet, l'accord national de 2003 confère à cette option de coordination une dimension ambitieuse en se référant à l'avantage « structurel » des centres de santé, qui « sont susceptibles de mettre en place, du fait même de leur structure, une organisation spécifique capable d'assurer la coordination des soins, élément essentiel de l'amélioration du système de soins » ; « au travers de cette option, […] les parties signataires entendent favoriser : la qualité des soins, la prévention et les actions de santé publique, le suivi médical et la continuité des soins, l'amélioration des conditions d'accès aux soins, l'optimisation des dépenses de santé » ; « l'organisation de la coordination des soins médicaux repose sur les dispositions suivantes : [outre le médecin coordinateur et le document médical de synthèse], participation à la permanence et à la continuité des soins, […] système de réponse concernant les demandes de visites à domicile, […], développement d'une approche globale du patient […] ». L'accord souligne la « responsabilité du gestionnaire du centre de santé » qui « doit s'assurer que les conditions pratiques d'organisation du centre permettent de respecter l'ensemble des dispositions énoncées ci-dessus ».

[408] Ainsi, l'accord de 2003 a explicitement reconnu une fonction de coordination, non pas aux seuls médecins mais, plus largement, aux gestionnaires des centres de santé. Dans ces conditions, on ne saurait concevoir l'option de coordination comme la simple compensation des forfaits dont bénéficient les libéraux et son caractère optionnel contrevient à son objet qui est le cœur même de l'activité des centres.

[68] Ce coût théorique est estimé, pour les centres médicaux et polyvalents, à 120 millions € (2,6 millions de patients x 46 €).

[409] La situation paradoxale d'une option peu utilisée et pourtant centrale s'explique par son ambivalence constitutive : le forfait implique la structure dans son mode de fonctionnement mais elle est soumise à la décision du patient. C'est un autre signe de l'impensé du mode d'exercice regroupé. Il faut dépasser ce schéma.

[410] Cependant, à titre transitoire, pour créer une dynamique nationale, il faut commencer par simplifier l'option de coordination.

[411] La simplification pourrait consister à la détacher de toute démarche du patient et à la rendre quasiment systématique. En entrant dans un centre de santé, par construction, un patient bénéficie d'un mode d'exercice regroupé et coordonné qui justifie rémunération. A tout le moins, seule devrait être exigée l'adhésion du patient au dispositif du médecin traitant, qui devra être choisi dans le centre si le patient n'en a pas déjà un. Ce bénéfice justifie la rémunération par l'assurance maladie.

[412] Ainsi, chaque année, le centre de santé serait éligible à une rémunération qui serait égale au produit d'un montant forfaitaire par le nombre de patients respectant le parcours de soins et venus au moins deux fois dans le centre dans l'année[69].

[413] Dans ces conditions, cette somme ne serait plus optionnelle mais quasiment systématique, et versée non plus en deux fois, mais en une seule fois.

[414] En outre, afin d'inciter les centres à améliorer leur gestion, qui est une condition indispensable à l'organisation de la coordination, le versement de ce forfait par la CPAM serait subordonné au respect, par le centre, du cahier des charges défini *supra*. Pour que la vérification soit simple par l'assurance maladie, le centre serait tenu d'envoyer à la CPAM, une fois par an, un tableau récapitulatif de ses comptes selon un modèle-type et de donner cinq indicateurs clefs, parmi ceux listés dans le cahier des charges de bonne gestion, tels que l'amplitude d'ouverture hebdomadaire, le taux d'occupation des cabinets ou le ratio personnel administratif / personnel soignant.

[415] Dans l'hypothèse où la CPAM estimerait que le cahier des charges de bonne gestion n'est pas rempli, elle alerterait l'ARS qui, le cas échéant, au vu de l'intérêt du maintien du centre sur le territoire, engagerait le centre dans une procédure contractuelle (cf. *supra*, CPOM).

[416] L'option de coordination serait ainsi transformée en un forfait de gestion regroupée.

[417] Il convient de noter que ce schéma se rapproche de celui de l'option de coordination en centre de soins infirmiers, dans la mesure où cette dernière a bien pour objectif d'assurer la coordination interne et externe du centre et où elle est calculée en fonction de la taille du centre.

Recommandation n°13 : Transformer l'option de coordination en forfait de gestion regroupée, versé au titre des patients respectant le parcours de soins et venus au moins deux fois dans le centre dans l'année, sous réserve du respect du cahier des charges de bonne gestion des centres de santé

4.2.2.3 Créer un véritable forfait de coordination médicale inscrit dans une rémunération forfaitaire à trois étages

[418] Le rapport d'Elisabeth Hubert sur la médecine de proximité en 2010 avait déjà noté la « vulnérabilité économique de l'exercice regroupé »[70] : « contrairement à l'idée selon laquelle le regroupement crée des économies d'échelle, une maison de santé pluri-professionnelle qui répond à une certaine ambition a un coût de fonctionnement plus élevé que celui d'un cabinet isolé».

69 C'est le cas de 61,3% des patients des centres de santé parisiens selon une étude de la CPAM de Paris réalisée en octobre 2012 sur l'activité de l'année 2011

70 Cf. page 87 du rapport d'Élisabeth Hubert sur la médecine de proximité, 2010

[419] La mission a bien mis en évidence la fragilité de la situation financière des centres de santé, y compris les mieux gérés. Aussi ne paraît-il pas excessif d'affirmer que la médecine de ville en mode regroupé, pluri professionnelle et coordonné n'est pas convenablement financée dans notre pays. Pour autant, son efficacité médico-économique demeure insuffisamment « documentée », ce qui limite l'engagement à la financer.

[420] L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a cependant ouvert la voie à la diversification des modes de rémunération afin notamment de financer la coordination des soins. Cette expérimentation doit être relayée par un dispositif pérenne dont les bases ont été jetées par l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, qui, codifié au II de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, prévoit des « accords conventionnels interprofessionnels» entre les représentants des professionnels libéraux, « et, le cas échéant, des centres de santé », destinés à définir des « contrats types » visant à « améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins » sur la base d' « engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficience des soins », et « les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie du respect de ces engagements et de ces objectifs »[71].

[421] La procédure d'élaboration apparaît toutefois lourde. Plus grave, elle ne garantit pas la présence à la table des négociations des représentants des centres de santé (pas davantage que ceux des maisons de santé). La spécificité des centres de santé ayant été établie dans le présent rapport, la mission considère qu'il serait donc souhaitable de permettre aux centres de santé (et aux maisons de santé) de signer un accord spécifique. Ceci permettrait de circonscrire la négociation, d'y impliquer les acteurs directement concernés et de reconnaître les particularités de la fonction de coordination assurée par des structures regroupées, coordonnées et pluri-professionnelles porteuses d'un projet de santé.

[422] La modification de l'article 45 pourrait intervenir dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Cette modification pourrait inclure la définition du forfait de coordination.

[423] Il existe toutefois une voie propre aux centres de santé qui pourrait être empruntée à défaut de nouveau texte. L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale dispose déjà que l'accord national entre les représentants des centres de santé et l'UNCAM puisse « déterminer, notamment » : « les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins »; « les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des centres de santé et notamment d'actions de prévention et d'éducation pour la santé » ; et, « le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés [pouvant porter] sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Le versement de la contrepartie financière au centre de santé est fonction de l'atteinte des objectifs par celui-ci ».

---

[71] « Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé et visant à améliorer **l'organisation, la coordination et la continuité** des soins ou la prise en charge des patients peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'UNCAM et une ou plusieurs organisations représentatives habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions et, le cas échéant, des centres de santé, après avis des conseils de l'ordre concernés […]. Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins. Ces accords définissent **les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficience des soins, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou de plusieurs contrats types.** Des contrats conformes à ces contrats types **peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des maisons, centres et professionnels de santé intéressés**. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les **modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés.** Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'ARS et de l'organisme local d'assurance maladie ».

[424] Ainsi, la base juridique pour introduire dans l'accord national un forfait de coordination existe déjà.

[425] La détermination du forfait de coordination implique la définition plus précise des fonctions ou des modes de travail et la description concrète des opérations à rémunérer. Un référentiel de ces fonctions et de ces modes de travail est donc nécessaire. C'est l'objet des travaux menés dans le cadre de la Haute autorité de santé sur les « matrices de maturité en soins primaires»[72]. Il importe que ces travaux soient achevés pour permettre leur valorisation et la traduire en éléments de rémunération dans l'accord national. Ce travail permettrait de mieux préciser les missions des centres de santé et leur financement.

[426] La mission propose donc la mise en place d'une rémunération forfaitaire à trois étages qui financerait, à côté de l'activité de soins rémunérée à l'acte[73], la gestion d'une équipe de santé pluridisciplinaire, les coordinations médicales interne et externe, les actions sociales et de santé publique. Plus précisément, la structuration du financement des centres pourrait prendre la forme suivante :

[427] **1°) Tout d'abord, le forfait de gestion regroupée mentionné *supra*.**

[428] Ce premier étage recouvrirait les éléments suivants :

- le surplus de dépenses de fonctionnement générées par l'exercice en mode regroupé : fonctions d'accueil par un secrétariat social, fonction de coordination par un système d'information, etc. Pourrait être incluse ici la fonction d'accompagnement social circonscrite à l'accueil social consistant, au minimum, à procéder à l'examen des droits du patient qui se présente au centre afin de repérer un éventuel défaut de couverture maladie et, au mieux, à opérer une réorientation personnalisée vers d'autres acteurs sociaux en cas de difficultés autres que sanitaires ;
- la fonction de pilotage du centre : élaboration de tableaux de bord et temps de réunion d'équipe (gestion du centre, analyse des tableaux de bord…).

[429] Il serait attribué par les organismes d'assurance maladie aux centres de santé :

- respectant au moins cinq des principaux critères de bonne gestion défini dans le cahier des charges mentionné *supra,* par exemple : amplitude d'ouverture minimale de 55 heures par semaine, ratio personnel administratif sur personnel soignant inférieur à 1, budget autonome, comptabilité analytique, présentation du budget dans un tableau synthétique, tableaux de bord mensuels, hebdomadaires ou quotidiens, identification des coûts de santé publique et d'actions sociales et financements adéquats, gouvernance administrative du centre, fiche de cotation type, rémunération au moins en partie à l'activité… ;
- assurant une fonction d'accueil social consistant à vérifier les droits des patients, à les mettre à jour si nécessaire ou à orienter les patients vers les professionnels sociaux compétents.

[430] Il serait calculé en fonction du nombre de patients venus au moins deux fois dans l'année dans le centre. Il serait versé en une seule fois.

[431] **2°) Ensuite, le forfait de coordination médicale proprement dite.**

[432] Ce forfait, versé par l'ARS, serait accordé au regard des critères suivants :

- des critères de coordination médicale interne évalués à partir du nombre de dossiers patients partagés informatisés, de plans de soins personnalisés, de protocoles de soins entre professionnels médicaux ou médicaux et paramédicaux, de réunions d'équipe médicale sur les bonnes pratiques, les avancées de la médecine…

[72] Haute autorité de santé, Matrices de maturité en soins primaires, décembre 2012
[73] Un mécanisme pourrait lier la croissance de ce forfait à une stabilisation du paiement à l'acte.

- des critères de coordination médicale externe évalués à partir des éléments suivants : temps de secrétariat qui met en œuvre les décisions prises en réunions d'équipe ; liens avec les autres offreurs de soins du territoire (hôpital, réseau de santé, professionnels de santé libéraux, services de soins infirmiers à domicile, établissements médico-sociaux, établissements pour personnes âgées et handicapées…).

[433] **3°) Et le financement supplémentaire des fonctions d'accompagnement social et de santé publique :**

- Le supplément social serait :
  - conditionné à la valorisation d'actions sociales précises : traducteur ou médiateur, aide à la recherche des droits sociaux, assistante sociale...
  - assuré par des financements *ad hoc* : accords de mise à disposition de personnels ou de subventions des centres communaux d'action sociale ou mairies, des conseils généraux, contributions des régimes sociaux au titre de leur action sociale, fonds propres des gestionnaires… Une alternative pourrait consister à considérer l'exercice de la médecine auprès des publics les plus fragiles comme intrinsèquement lié à l'intervention de personnels sociaux, qui conditionne le respect du parcours de soins, justifiant un financement spécifique par l'assurance maladie. Mais au vu des centres visités et compte tenu de la difficulté de valoriser cette dimension de l'accompagnement social, la solution des financements ad hoc, qui sont *de facto* mis en œuvre dans certains centres, a la préférence de la mission.
- Le supplément de santé publique serait :
  - subordonné à la mise en œuvre de l'une des actions de santé publique définies dans une liste arrêtée par le ministre de la santé et décidée en accord avec l'ARS ; cette liste pourrait comporter les actions suivantes : campagnes de vaccination, éducation à la santé dans les écoles, éducation thérapeutique, participation à la PDSA…
  - financé par le FIR, en supplément au forfait de coordination médicale, compte tenu de sa dimension territoriale. Constatant le flou de la politique nationale en la matière, cette solution apparaît préférable à celle de financements fléchés divers. Cette solution du financement par l'ARS permettrait de donner corps à ce qui apparaît comme le parent pauvre des centres de santé.

[434] Pour ces différents étages de la rémunération des centres, il conviendrait de définir des indicateurs de moyens et de résultats dont l'atteinte conditionnerait le niveau de rémunération, à l'instar de la méthode utilisée pour la rémunération sur objectifs de santé publique dont bénéficient les médecins libéraux. Deux montants pourraient être envisagés pour chaque étage, selon le niveau d'atteinte de ces moyens et de ces résultats.

[435] Cette nouvelle rémunération forfaitaire pourrait être commune aux centres et aux maisons de santé, à une différence près : le forfait de gestion regroupée ne serait pas applicable aux maisons de santé qui, en effet, n'ont pas les mêmes contraintes de gestion que les centres de santé : pas de tiers payant obligatoire, pas d'obligation de secteur 1, pas de gestion d'une équipe de salariés.

[436] Ce schéma transversal, dont la description la plus extensive a été donnée ici, aurait à s'appliquer diversement selon la nature des centres.

<u>Recommandation n°14 :</u> Créer une véritable rémunération forfaitaire en partie commune aux centres de santé et aux maisons de santé.

[437] On trouvera en annexe un exemple de budget équilibré où sont prévus l'ensemble de ces financements et ci-après un tableau récapitulatif de la réforme envisagée (à lire de bas en haut et de gauche à droite).

Tableau 6 : Schéma récapitulatif de la réforme envisagée

<table>
<tr><th colspan="2">Aujourd'hui : des actions de coordination, des actions sociales et de santé publique mal précisées et mal financées</th><th colspan="2">Demain : une rémunération en trois étages en partie commune avec les maisons de santé</th><th>Étages de la rémunération</th></tr>
<tr><td>Actions sociales, sans financement précis, d'où mise en œuvre inégale et source de déséquilibre</td><td>Actions de santé publique, éducation thérapeutique, éducation à la santé sans financement précis (sauf éducation thérapeutique ENMR 2), d'où mise en œuvre inégale et source de déséquilibre</td><td>Supplément social
Actions sociales
Avec financement spécifique : commune et / ou conseil général</td><td>Supplément de santé publique
Actions de santé publique, éducation thérapeutique, éducation à la santé, participation à la PDSA si l'ARS le juge utile
Avec financement spécifique : ARS</td><td>Troisième étage
correspondant aux missions complémentaires aux soins curatifs :
actions sociales
et actions de santé publique</td></tr>
<tr><td colspan="2">ENMR 1
Coordination des soins financement ARS
(dispositif expérimental)</td><td colspan="2">Forfait de coordination médicale interne et externe
accordé sous réserve du respect de critères de coordination médicale interne et externe
Financement ARS</td><td>Deuxième étage
commun aux centres et maisons de santé</td></tr>
<tr><td colspan="2">Option de coordination
attribuée à la demande du centre, sous réserve d'une adhésion du patient
Financement CPAM</td><td colspan="2">Forfait de gestion regroupée :
attribué automatiquement sous réserve du respect par le centre des principaux critères du cahier des charges de gestion des centres de santé
calculé en fonction du nombre de patients venus au moins deux fois par an dans le centre
Financement CPAM</td><td>Premier étage
spécifique aux centres de santé
(qui ont des charges de gestion spécifiques liés au salariat et au tiers payant)</td></tr>
</table>

4.2.2.4 Un calibrage financier qui doit tenir compte des impératifs budgétaires

[438] Afin de ne pas renchérir le coût pour l'assurance maladie, le forfait serait calculé de façon à ne pas dépasser le coût théorique actuel de l'option de coordination.

4.3 Mettre en place un pilotage stratégique des centres de santé

[439] Le redressement des comptes des centres de santé reste une ambition insuffisante sur le plan social et sanitaire.

[440] Certes, comme on l'a vu, l'hétérogénéité des centres ne permet pas d'assigner à la notion de centre de santé une uniformité de services rendus aux patients. Que ce soit en raison d'une taille restreinte, d'une insuffisante pluridisciplinarité, d'une insuffisance de protocolisation du travail, ou, tout simplement, de l'absence de financements adaptés, certains centres ne répondent pas aux obligations prescrites par l'article L. 6323-1 du code de la santé publique qui définit les missions des centres de santé. Il ne serait pas raisonnable d'imaginer de mettre l'ensemble des centres de santé à la hauteur des exigences les plus hautes qui résultent de ces obligations. Ainsi qu'indiqué, de telles structures, aux ambitions réduites mais offrant tiers-payant et tarifs opposables, sont indispensables dans notre paysage sanitaire. C'est ce qui justifie l'effort partagé d'optimisation de la gestion.

[441] Mais il est possible d'aller plus loin avec certains centres. C'est ce qui justifie de mettre fin à l'immobilisme de la gestion nationale de ce secteur de la médecine ambulatoire, l'accord national de 2003 ayant été reconduit tacitement en 2008 et n'ayant fait l'objet que de quatre avenants aux contenus très limités, et d'envisager un pilotage stratégique.

4.3.1 Faire vivre l'accord national

[442] Afin de faire vivre l'accord national, le ministère devrait inviter les parties négociatrices à établir un programme de négociation et un calendrier réalistes mais ambitieux.

[443] Parallèlement à la feuille de route du groupe de concertation sur les centres de santé réunissant régulièrement le ministère et les représentants des centres de santé et traitant de sujets législatifs et réglementaires[74], les parties devraient traiter les points suivants :

- la définition des rôles de chaque partenaire dans la gestion du tiers-payant, avec une planification des recommandations formulées *supra* ;
- la transposition des éléments de financement propres aux libéraux dans les conditions susdites ;
- la réforme de l'option de coordination et la création d'une véritable rémunération forfaitaire.

[444] Il serait opportun de prévoir un rendez-vous annuel entre les parties signataires, sous l'autorité du ministre, pour faire le point sur l'amélioration du cadre d'exercice et de gestion des centres de santé, ainsi que sur le contexte plus général dans lequel ils évoluent (notamment dans l'hypothèse d'évolutions importantes concernant les professionnels de santé libéraux) et d'en tirer les conséquences par la voie d'avenants à l'accord.

Recommandation n°15 : Etablir un calendrier de négociations de l'accord national afin de le faire évoluer rapidement.

74 La feuille de route liste notamment les questions suivantes : définition des missions attendues et atouts et faiblesses des différentes catégories de centres de santé ; partenariats avec les établissements de santé / mutualisation pour l'accès à un plateau technique / mise à disposition de spécialistes dans le cadre de consultations avancées; universitarisation des centres de santé ; rémunération maîtres de stage ; stage actif d'odontologie des étudiants en 6ème année ; PDSA ; communication externe des centres de santé ; immatriculation des centres de santé dans FINESS ; participation des centres au dispositif de praticien territorial de médecine générale, la reconnaissance des assistants dentaires comme professionnels de santé ; dispositif de partage d'information en centres de santé

4.3.2 Instaurer un pilotage régional

[445] Comme indiqué *supra*, il convient d'impliquer davantage les ARS dans la gestion et le redressement des centres de santé, compte tenu de leur responsabilité en matière d'organisation des soins et de santé publique. Il apparaît opportun de les inviter à conclure un CPOM pour redresser un centre de santé en difficulté mais utile sur le territoire.

[446] Mais, au-delà de cet accompagnement ponctuel, les ARS doivent veiller à inclure systématiquement les centres de santé dans leurs plans régionaux de santé et dans leurs schémas régionaux d'organisation des soins. Au minimum, un diagnostic des centres de santé de la région devrait être établi, mentionnant à la fois leur taille, leur offre, leur situation financière et leur interaction avec les autres offreurs de soins du territoire.

Recommandation n°16 : Inclure les centres de santé dans les projets régionaux de santé et les schémas régionaux d'organisation des soins.

[447] Il n'est pas apparu opportun, pour renforcer le rôle des ARS, de rétablir l'agrément préalable à la création des centres de santé qui prévalait avant la loi HPST et réclamé par certains acteurs au motif de la concurrence subie par les centres de santé. Il est en effet important de régir l'ensemble de la médecine ambulatoire sous la même règle de liberté d'installation tant que celle-ci n'est pas remise en cause. La raréfaction du nombre de praticiens est de nature à réduire le risque de concurrence.

[448] Les dérives signalées à la mission de la part de structures pratiquant une médecine et, plus particulièrement, une chirurgie dentaire dans un but de *facto* lucratif, ne paraissent pas davantage justifier une procédure d'agrément car ces dérives ne sont pas détectables à la création d'un centre. La mission considère que la lutte contre ces dérives relève de contrôles ciblés sur les centres suspects, non d'une procédure touchant tous les centres et à la charge d'une administration déjà très sollicitée.

Recommandation n°17 : Mener des contrôles ciblés sur certains centres dentaires ou polyvalents pratiquant des activités dentaires.

[449] En outre, pour conforter et développer des centres de santé ayant une véritable fonction d'accompagnement social et accomplissant des missions de santé publique, les ARS doivent pouvoir conclure des contrats avec des centres de santé afin de préciser les engagements pris au titre des obligations légales inégalement mises en place dans les centres (actions sociales et de santé publique) et de prévoir les financements y afférant, si nécessaire en lien avec les collectivités territoriales en particulier pour les actions sociales.

[450] L'analyse par la mission des dispositions combinées des articles L. 1435-3 (CPOM pour centres de santé) et L. 6114-1et 2 (définition des CPOM à laquelle se réfère le L. 1435-3), conduit à penser que cet objectif pourrait être inscrit dans une circulaire, la base législative étant suffisamment robuste[75].

Recommandation n°18 : Inscrire dans l'instruction relative aux contrats entre ARS et centres de santé que ces contrats peuvent porter sur le développement des missions d'action sociale et de santé publique des centres de santé.

[451] En outre, pour donner un plein exercice à cette responsabilité nouvelle des ARS, il conviendrait que l'accord national réserve une marge de manœuvre dans la fixation des forfaits.

75 Cf. 5ème alinéa du L. 6114-2 CSP : « Les contrats fixent, le cas échéant par avenant, les éléments relatifs aux missions de service public prévus au dernier alinéa de l'article L. 6112-2 ainsi que ceux relatifs à des missions de soins ou de santé publique spécifiques qui sont assignées à l'établissement de santé ou au titulaire de l'autorisation par l'agence régionale de santé »

Recommandation n°19 : Prévoir dans l'accord national la possibilité pour les ARS de moduler le forfait en fonction des caractéristiques sanitaires et sociales du territoire.

4.3.3 Développer, dans le cadre du projet d'observatoire des centres de santé, une base de données, des études de fonds et une diffusion des bonnes pratiques.

4.3.3.1 Constituer une base de données sur les centres de santé

[452] La mission a été confrontée à une difficulté réelle d'accès aux données d'ensemble sur les centres de santé, ne serait-ce que pour les dénombrer.

[453] Il est indispensable que les pouvoirs publics se dotent d'outils permettant de tenir à jour une base de données nationales fiables sur les centres de santé comprenant au minimum les données suivantes, à la fois par catégorie fine de centre (médical, polyvalent, dentaire, infirmier) et par gestionnaire (collectivité territoriale, organisme de sécurité sociale, mutuelle, association…) :

- nombre de centres de santé,
- description de l'offre de soins offerte,
- nombre de personnes employées dans le centre et nombre d'ETP, à la fois pour le personnel administratif et le personnel soignant, en distinguant les paramédicaux, les assistants dentaires et manipulateurs de radiologie, avec calcul du ratio ETP administratif sur ETP soignant,
- niveau d'activité,
- divers indicateurs qui caractérisent facilement un centre : amplitude d'ouverture horaire ; taux d'occupation ; taux d'absentéisme,
- principaux éléments sur la situation financière (niveau de la subvention d'exploitation notamment, et tous autres concours),
- indications sur les missions d'accompagnement social et de santé publique.

[454] Ces travaux pourraient être réalisés dans le cadre de l'observatoire des centres de santé, dont la mise en place est prévue pour 2014, par extension des missions de l'observatoire des recompositions hospitalières. En effet, cet observatoire, qui avait été abandonné en 2007, a été relancé et élargi dans le cadre des travaux d'élaboration du rapport annuel sur les recompositions de l'offre hospitalière prévu par l'article 17 de la loi du 10 août 2011 (loi « Fourcade » modifiant certaines dispositions de la loi « HPST »). Deux instructions ont été publiées à ce jour pour le lancement de l'observatoire des maisons de santé (instruction du 28 mars 2012) et des observatoires des groupements de coopération sanitaire (GCS) et communautés hospitalières de territoire (CHT) (instruction du 28 mai 2013). En outre, l'observatoire a été étendu à l'ensemble des recompositions de l'offre de soins, y compris maisons et centres de santé, afin de disposer d'un outil de pilotage national et régional sur les structures de coopération, d'exercice coordonné et la télémédecine.

4.3.3.2 Des études de fond sur les centres de santé

[455] Dans la continuité des travaux menés par l'IRDES sur les centres de santé (cités dans la troisième partie du présent rapport), il serait utile de mener des études de fond sur des thématiques précises :

- contenu et impact de la coordination,
- modalités de calcul du forfait,

- actualisation de l'étude fonctionnelle sur le système d'informations des maisons et des centres de santé (en tirant les enseignements de l'expérimentation sur le système d'informations des maisons et des centres de santé)
- amélioration de la gestion du tiers payant,
- qualité des pratiques médicales,
- organisation de la participation à la permanence des soins,
- évaluation des actions de santé publique et des actions sociales afin de calibrer précisément le coût des services rendus.

[456] Ces études pourraient être menées également dans le cadre des travaux de l'observatoire cité ci-dessus.

[457] Ces études ne relèvent pas d'une préoccupation académique mais apparaissent comme la base nécessaire d'un approfondissement de la stratégie pour la médecine ambulatoire. Puisque le coût d'un mode d'exercice coordonné et salarié est plus élevé que l'exercice isolé, voire coordonné, mais libéral, il ne pourra être légitimement financé que s'il est établi qu'il génère des gains sur d'autres segments de la médecine.

4.3.3.3 Diffuser les bonnes pratiques

[458] Comme le suggère la responsable administrative d'un centre visité, il serait utile de disposer d'une instance permettant de partager les bonnes pratiques en matière de comptabilité et de ressources humaines, et plus généralement, sur l'ensemble des fonctions support.

[459] Là encore, l'observatoire des centres de santé pourrait être un bon vecteur.

4.3.3.4 Définir la gouvernance de l'observatoire des centres de santé

[460] Afin de mener à bien ces trois types de travaux (base de données, études de fond, diffusion des bonnes pratiques) dans le cadre de l'observatoire des centres de santé qui devrait voir le jour en 2014, la mission recommande une définition claire de la gouvernance de cet observatoire. A cette fin, il pourrait être utile de mettre en place un comité responsable de l'observatoire des centres de santé, réunissant régulièrement la DGOS, la DSS, la DREES, la CNAMTS et l'IRDES, et dont le secrétariat général serait assuré par la DGOS.

Recommandation n°20 : Définir la gouvernance de l'observatoire des centres de santé et le charger de constituer une base de données, de mener des études de fond et de diffuser les bonnes pratiques sur les centres de santé.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Généraliser à l'ensemble des centres de santé le recours à l'outil de contrôle des droits « CDR »	CNAMTS	Fin 2013 (accord national)
2	Former les agents à la gestion du tiers payant	CNAMTS/Centres de santé	Automne 2013
3	Désigner un référent par CPAM pour la gestion du tiers payant	CNAMTS	Automne 2013
4	Ne pas recourir au tiers payant avec les organismes complémentaires qui créent un surcoût pour le centre	Centres de santé	Automne 2013
5	Inscrire dans l'accord national l'obligation pour la CPAM de payer lorsque le centre de santé a vérifié les droits du patient sur la plateforme « CDR »	CNAMTS/Organisations représentatives des centres de santé	Fin 2013 (accord national)
6	Mutualiser entre centres de santé la gestion du tiers-payant en passant par une caisse pivot d'assurance maladie pour la part obligatoire et par une plate-forme commune pour les organismes complémentaires	CNAMTS/Organisations représentatives des centres de santé (pour la partie obligatoire)	Fin 2013 (accord national)
7	Etudier une application aux centres de santé de la procédure retenue pour les consultations externes dans le cadre de FIDES	DGOS	Avant juillet 2014
8	Permettre le versement aux centres de santé des rémunérations afférentes aux activités de maître de stage et de permanence des soins	DGOS	Loi de santé publique à venir
9	Modifier la loi afin permettre aux médecins réalisant moins de deux demi-journées de vacations par semaine dans les centres de santé de conserver leur statut de libéral	DGOS	Loi de santé publique à venir
10	Elaborer un cahier des charges des centres de santé relatif aux critères de bonne gestion	DGOS	Premier trimestre 2014
11	Adresser aux agences régionales de santé un guide d'utilisation des CPOM pour conclure avec les centres de santé des contrats d'optimisation de la gestion	DGOS	Premier trimestre 2014
12	Les partenaires de l'accord national procèdent d'ici fin 2013 à la transposition des dispositions financières applicables aux libéraux qui ne se rapportent pas à la fonction de coordination	CNAMTS/Organisations représentatives des centres de santé	Fin 2013 (accord national)
13	Transformer l'option de coordination en forfait de gestion regroupée, versé au titre des patients respectant le parcours de soins et venus au moins deux fois dans le centre dans l'année, sous réserve du respect du cahier des charges de bonne gestion des centres de santé	CNAMTS/Organisations représentatives des centres de santé	Fin 2013 (accord national)
14	Créer un véritable forfait de coordination médicale commun aux centres de santé et aux	CNAMTS/Organisations représentatives des	Premier semestre 2014

	maisons de santé	centres de santé	(accord national)
15	Etablir un calendrier de négociations de l'accord national afin de le faire évoluer rapidement.	DGOS, DSS, CNAMTS, Groupe de concertation centres de santé	Fin septembre 2013
16	Inclure les centres de santé dans les projets régionaux de santé et les schémas régionaux d'organisation des soins.	SG – DGOS	2014
17	Mener des contrôles ciblés sur certains centres dentaires ou polyvalents pratiquant des activités dentaires.	DGOS pour cadrage, ARS / CPAM	2014
18	Inscrire dans l'instruction relative aux contrats entre ARS et centres de santé que ces contrats peuvent porter sur le développement des missions d'action sociale et de santé publique des centres de santé.	Circulaire DGOS	Avant fin 2013
19	Inscrire dans l'accord national la possibilité pour les ARS de moduler le forfait en fonction des caractéristiques sanitaires et sociales du territoire	CNAMTS/Organisations représentatives des centres de santé	Premier semestre 2014 (accord national)
20	Définir la gouvernance de l'observatoire des centres de santé et le charger de constituer une base de données, de mener des études de fond et de diffuser les bonnes pratiques sur les centres de santé.	DGOS	Avant fin 2013

LETTRE DE MISSION

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le 19 NOV. 2012

CAB POS – VB/IT-MB - Me D12-4411

Inspection Générale
Des Affaires Sociales
20 NOV. 2012
N° 648

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé

à

Monsieur le Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Objet : Centres de santé

Les centres de santé jouent un rôle important pour l'accès aux soins de nombreux Français. La pratique du tiers-payant, systématique pour le régime obligatoire d'assurance maladie, constitue ainsi un facteur puissant d'intégration au système de soins pour les patients les plus précaires. Associatifs, communaux ou mutualistes, les centres de santé assurent en outre une présence médicale et paramédicale dans des territoires où l'initiative libérale ne permet pas toujours de répondre aux besoins de la population. Ils mènent également des actions de santé publique, de prévention, ainsi que des actions sociales.

Pour autant, leur équilibre économique apparaît souvent fragile et leur très grande hétérogénéité montre qu'ils ne tirent pas toujours pleinement parti de leur potentiel. C'est pourquoi, afin qu'ils puissent jouer pleinement leur rôle et mieux s'inscrire dans l'évolution en cours de l'organisation des soins de proximité et dans la perspective d'une renégociation de l'accord national entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, je vous demande de diligenter une mission sur la place et la situation des centres de santé et de me soumettre des propositions concrètes contribuant à leur pérennité et à leur inscription dans l'organisation des soins.

Un premier volet, économique, devra mettre en évidence la structure de charges des centres de santé, en étudiant des cas types fondés sur des exemples concrets. La mission se prononcera sur les conditions actuelles de l'équilibre économique, tant en ce qui concerne la composition des centres (notamment pour les ophtalmologistes et les dentistes), leur taille, l'importance de la patientèle, le niveau d'activité des professionnels de santé, et tout autre facteur d'efficience et de qualité qui apparaîtra déterminant pour assurer l'équilibre économique. Elle fera un point sur l'impact des différentes formes de soutien public (subventions FICQS, options de coordination, nouveaux modes de rémunération) à l'équilibre économique de ces structures. Elle intégrera les modalités de financement possibles des actions de santé publique et de prévention ainsi que des actions sociales, pour lesquelles l'apport financier des collectivités territoriales sera exploré.

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP – TÉL. (33) 01.40.56.60.00

Un second volet, organisationnel, identifiera les bonnes pratiques des centres de santé, tant en ce qui concerne le service aux patients (horaires d'ouverture, prise en charge des consultations non programmées, coordination du parcours) que la gestion de la structure (existence d'une comptabilité analytique, rémunération fondée sur l'activité, gestion active des droits des patients, rôle des professions paramédicales, politique d'achats, etc.). La mission fera des préconisations pour améliorer la qualité de service et l'efficience de la gestion des centres de santé et formulera des recommandations sur les modalités d'inscription des centres de santé dans l'organisation de proximité. Elle explorera les conditions juridiques et organisationnelles d'un rapprochement des statuts régissant les centres de santé et les maisons de santé.

Enfin, en synthèse de ses travaux, la mission présentera quelques cas-types de centres de santé économiquement soutenables dans des contextes divers (zone rurale, périphérie urbaine notamment).

La mission remettra son rapport avant le 15 février 2013 et fera un point d'étape début janvier.

Marisol TOURAINE

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinet de la ministre des affaires sociales et de la santé

François CREMIEUX, conseiller auprès de la ministre, coordinateur du pôle de l'organisation territoriale des soins
Vincent BEAUGRAND, conseiller chargé des soins de premier recours et des professionnels de santé libéraux
Elsa PTAKHINE, conseillère

Elus

Jean-Marie LE GUEN, député, adjoint au maire, chargé de la santé publique et des relations avec l'Assistance publique de Paris
Christian PAUL, député de la Nièvre
Olivier VERAN, député de l'Isère
Gisèle PEREZ, vice-présidente du conseil général de l'Isère (entretien téléphonique)
Olivier NOBLECOURT, adjoint au maire de Grenoble, chargé de l'action sociale et familiale
Patrice VOIR, adjoint au maire de Grenoble, chargé de la santé

Association des maires de France

Marie-Claude SERRES-COMBOURIOU (entretien téléphonique)

Association des maires Ville et Banlieue de France

Renaud GAUQUELIN, président (entretien téléphonique)

Association des maires ruraux de France

Catherine LEONE, chargée de mission

Ville de Paris

Florent HUBERT, directeur du cabinet de l'adjoint au maire chargé de la santé publique
Barbara ALFANDARI, cheffe du cabinet
Nils AVENTURIER, cabinet
Dr Jean-Loup THERY, chef du bureau des centres de santé
Cécile LAMBERT, chargée de mission

Secrétariat général des ministères sociaux

Laurent GRATIEUX, Responsable du pôle Santé
Dr Marie-Ange DESAILLY-CHANSON, Mission d'appui IGAS auprès du pôle Santé

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Jean DEBEAUPUIS, directeur général de l'offre de soins
Perrine RAME-MATHIEU, cheffe du bureau du premier recours
Laurent GADOT, chargé de mission
Nathalie SCHNEIDER, chargée de mission

Evelyne SATONNET, cheffe du bureau des coopérations et des contractualisations »
Yasmine SAMMOUR, adjointe à la cheffe de bureau
Isabelle MANZI, chargée de mission
Dr Gilles HEBBRECHT, chargé de projet FIDES

Direction de la sécurité sociale (DSS)

Thomas FATOME, directeur de la sécurité sociale
Thomas WANECQ, chef de projet
Frédéric MASI, chef du bureau des relations avec les professions de santé
Valérie MARTY, adjointe au chef de bureau
Sara-Lou GERBER, bureau des relations avec les professions de santé
Brice LEPETIT, chef du bureau des régimes professionnels de retraite et des institutions de protection sociale complémentaire

Direction générale de la santé (DGS)

Pascal MELIHAN-CHEININ, adjoint au sous-directeur « santé des populations et prévention des maladies chroniques »
Dr Gilles BIGNOLAS, chef du bureau des maladies chroniques somatiques

Haute Autorité de santé

Florence MARECHAUX, chef de projet, service de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques (entretien téléphonique)

Agence des systèmes d'informations partagées en santé (ASIP Santé)

Bruno GROSSIN, responsable du pôle « études et conseil »
Jeanne BOSSI, secrétaire générale

CNAMTS

Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS)
Laure PRESTAT, DDGOS, Département des professions de santé
Elisabeth DESO, DDGOS, Département des professions de santé
Emmanuelle GUEDY, DDGOS, Département des professions de santé
Arnaud GOLANDEAU, DDGOS, Département des professions de santé
Claire MARTRAY, DDGOS, Département des professions de santé
Charlotte TANVEZ, DDGOS, Département des professions de santé
Dorothée HANNOTIN, DDGOS, mission cabinet
Jocelyn COURTOIS, Direction de la stratégie, des études et des statistiques (DSES), Département Veille et stratégie,
Emin AGAMALIYEV, DSES, Département Veille et stratégie,
Christelle GASTLADI-MENAGER, DSES, Etudes sur les pathologies et les patients

IRDES

Yann BOURGUEIL, directeur
Julien MOUSQUES, maître de recherche

CPAM de Paris

Danielle BEER, directeur de la régulation et de l'action en santé

ARS Île-de-France

Pierre OUANHANON, chef du pôle ambulatoire et services aux professionnels de santé
Béatrice SEVADJIAN, responsable des centres de santé
Arnaud de la SEIGLIERE, chef du département organisation et régulation de l'offre ambulatoire

ARS Nord-Pas-de-Calais

Daniel LENOIR, directeur général
Jean-Pierre ROBELET, directeur général délégué de l'offre de soins
Sylvie LE CHEVILLIER, directrice du cabinet du directeur général
Sylviane STRYNCKX, cheffe du département « premier recours »
Chantal VINCENT, responsable des nouveaux modes de rémunération au département « premier recours »
Loïc LE BIHAN, expert financier

ARS Provence-Alpes-Côte-d'azur

Norbert NABET, directeur général adjoint

ARS Rhône-Alpes

Cécile VIGNE, directrice de l'efficience de l'offre de soins
Sylvie PELOTIER, cheffe de la cellule de l'offre ambulatoire

Instance de coordination stratégique pour l'avenir du régime minier

Philippe RITTER, président
Laurent BONHOTE, chargé de mission

Regroupement national des organisations gestionnaires de centres de santé (RNOGCS)

Laurent EVEILLARD, président
Roland WALGER, secrétaire général

Adessadomicile

Jean de GAULLIER, président
Hugues VIDOR, directeur général
Aurore ROCHETTE, déléguée « santé et soins »

Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM)

Michel BONIN, directeur général
Gérard JAMOT, directeur général adjoint
Laurence DAVID, directrice de l'offre de santé et de l'action sociale
Simone RESTOUT, consultante

Caisse régionale de sécurité sociale dans les mines (CARMI) Nord-Pas-de-Calais

Yves AID, directeur
Rémy COUILLEZ, directeur régional adjoint
Anne LEMAY, directrice des œuvres

Croix-Rouge Française

Jean-François MATTEI, président
Jérôme ANTONINI, directeur de la santé et de l'aide à l'autonomie
Elsa GENESTIER, déléguée nationale sanitaire
Fanny THIBAULT, chef de projet « filière sanitaire »
Dr Géraldine MAGNIER, direction régionale de l'Île-de-France

Confédération des unions régionales des centres de santé infirmiers communautaires (C3SI)

Bernard TALOU, président
Françoise LECOCQ, administratrice nationale
Ronan ELIOT, délégué national

Fédération nationale des centres de santé (FNCS)

Dr Richard LOPEZ, président
Dr Guirec LOYER, secrétaire général adjoint
Patrice de PONCINS, trésorier
Céline LEGENDRE-JABRI, membre du bureau
Dr Alain LESIOUR, conseiller technique
Dr Jean-Louis GODIER, conseiller technique
Sabrina TANQUERAY, directrice

Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

Emmanuel ROUX, directeur général
Agnès BOCOGNANO, directrice « santé »
Sylvie GUERIN, responsable de la mission des affaires réglementaires et économiques
Jean-Paul PANZANI, président du réseau national des centres de santé mutualistes
Jean-Marc LECOMTE, directeur de la branche dentaire du Réseau national des centres de santé mutualistes
Nadine RAFFI-PIHAN, directrice de la branche médicale et infirmière du Réseau national des centres de santé mutualistes
Thierry PATTOU, président départemental de la délégation des Alpes-Maritimes

Mutuelle générale de l'éducation nationale

Eric CHENUT, délégué national

FNISASIC

Michèle BEAREZ, vice-présidente
Sœur Michèle MARVAUD, secrétaire générale

REPSA

Sœur Marie-Françoise CREPIN, présidente

Union nationale ADMR

Dominique DULHOSTE, administratrice nationale, trésorière
Maud COLLOMB, responsable du département développement
Marie PORTAL, chargée du développement

Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)

Jean-Pierre GALLAIRE, président de l'union départementale du Rhône
Yves VEROLLET, directeur général
Line LARTIGUE, directrice « santé-action sociale »

Ordre national des médecins

Dr André DESEUR, conseiller national, président de la section « exercice professionnel »
Dr Piernick CRESSARD, président de la section « éthique et déontologie »
Francisco JORNET, responsable juridique du service de l'exercice professionnel
Julie LAUBARD, conseillère juridique de la section de l'éthique et de déontologie

Ordre national des chirurgiens-dentistes

Christian COUZINOU, président
Sylvie GERMANY, juriste
Maître Marie VICELLI, avocate
Maël MONFORT, stagiaire avocat

Syndicat national des chirurgiens-dentistes de centres de santé

Dr Fabien COHEN, secrétaire général

Union syndicale des médecins de centres de santé (USMCS)

Dr Eric MAY, président
Dr Alain BEAUPIN
Dr Alain BREMAUD
Dr Lydia CAILLAUD
Dr Louis COUDRAY
Dr Frédéric VILLEBRUN

Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

Dr Michel CHASSANG, président
Dr Pierre LEVY, secrétaire général

MG France

Dr Jean-Luc GALLAIS, mission de la santé publique et de la recherche

Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS)

Dr Pierre de HAAS, président

Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)

Pierre CATOIRE, président
Benjamin BIRENE, vice-président

Inter-syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)

Emmanuel BAGOURD, président
Laetitia GIMENEZ, vice-présidente

Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (REAGJIR)

Dr Aude MAINGUY, présidente

Centres de santé par ordre de visite

Centre municipal de santé Docteur Presqué (Aubervilliers)
Dr Xavier VUILLAUME, médecin-directeur
Emilie SADERNE, directrice administrative

Centre municipal de santé Etienne Gatineau-Sailliant (Gennevilliers)
Dr Alain TYRODE, médecin-directeur
Dr Hassine SOUABNI, adjoint au médecin-directeur
Lounis AMEDJKOUH, directeur administratif
Dr Thomas CARTIER, coordinateur en médecine générale
Paul-Marie VERSCHREAGEN, responsable du service comptabilité et des marchés publics

Centre de santé de l'hôpital d'Houdan
Youen CARPO, directeur de site
Alexis CHERUBIN, élève-directeur
Sophie GATEAU, secrétaire administrative
M IBANEZ, comptable

Centre de santé Jean Goullard de Vaulx-en-Velin (Fondation dispensaire général de Lyon)
Daniel DURANTON, directeur général
Rachel BORDAS, directrice
Dr CHAPUIS
Philippe DURAND, directeur général délégué de Capio santé

Centre dentaire Addentis (Bondy)
Patrice de PONCINS, président des centres Addentis
Catherine LE BAIL, directrice des centres Addentis
Sébastien BAERT, directeur financier

Centre municipal de santé de Pantin
Jean MALIBERT, directeur « santé » de la ville de Pantin
Dr Didier DUHOT, médecin-directeur du centre
Patricia LANAUD, responsable administrative et financière

Centre de santé de Lens
Dr PRYMCKA, médecin du centre
Dr VOISIN, président du comité médico-consultatif

Centre municipal de santé Maurice Thorez (Nanterre)
Dr Hélène COLOMBANI, médecin-directrice
Dr Martine DAME, responsable du service dentaire
Dr Claire TERRA, responsable du service de médecine générale
Elodie VANCRAEYNEST, responsable administrative

Centre de santé du COSEM (Paris)

Daniel DIMERMANAS, directeur général
Valérie AUDUSSEAU, responsable administrative
M. DIMERMANAS, directeur du système d'information

Centre de santé Arlequin de l'AGECSA (Grenoble)

Dr Pierre MICHELETTI, président
Philippe LEGER, directeur
Dr Philippe PICHON, président de la commission départementale d'établissement
Jean-Michel IGNACE, président du comité des usagers
Caroline BUTIGLIERI, coordinatrice gestion
Bastien GIS
Christelle CASSAN, responsable du contrôle de gestion au centre hospitalier de Voiron

Centre de santé Léon Blum (Belfort)

Dr Marie-Pierre COLIN, médecin-directrice
Marie-Pierre SOUKAINI, directrice de l'administration et des finances
Rémi COUTANT, président de l'association « Agir ensemble pour notre santé »

Centre de santé Jack Senet (Paris)

Roland MASOTTA, directeur

Institut Alfred Fournier (Paris)

Danielle POZZA, directrice
Marie THERY, attachée de direction

Centre de santé Olympiades de la Croix Rouge (Paris)

Violaine ROSET, directrice

Centre municipal de santé de La Ferté-Bernard

Philippe ROYER, directeur général des services de la commune
Dr David AUTHIE, médecin-directeur du centre

Centre de soins infirmiers « Soins-santé » (Angers)

Annie DELALANDE, directrice de « Soins-santé »

Grand Conseil de la mutualité

Sandra CAMILLERI-ALLAIS, présidente
Maître Emmanuel DOUHAIRE, administrateur judiciaire

Centre de santé communautaire des Francs-Moisins (Saint-Denis)

Didier MENARD, médecin généraliste, président de l'association communautaire « Santé et bien-être » (entretien téléphonique)

Cabinet Richard Bouton Consultants

Richard BOUTON
Alain COULOMB

Coactis Santé

Pauline D'ORGEVAL
Catherine FRANC
Dr Denis MATHIEU

Référis Management Consulting
Danièle AZOULAY, consultante

Résopharma
Giorgio GIORGI, directeur
William LE BELLEGO, directeur adjoint
Philippe BESSET, administrateur

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Cartographie des centres de santé

Annexe 2 : Historique des centres de santé

Annexe 3 : Recensement des projets de création de centres de santé

Annexe 4 : Structure des dépenses et des ressources des centres de santé

Annexe 5 : Les centres de soins infirmiers

Annexe 6 : Les centres de santé dentaires

Annexe 7: Les centres de santé miniers

Annexe 8 : La subvention « Teulade »

Annexe 9 : exemples de Prototypes

Annexe 10 : Tableau récapitulatif des conclusions des études des cabinets de consultants

Annexe 11 : Recensement des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP)

Annexe 12 : L'amélioration de la gestion du tiers payant dans les centres de santé parisiens

Annexe 13 : budget type d'un centre de santé équilibré

Annexe 14 : La réforme de la rémunération des médecins aux Etats-Unis

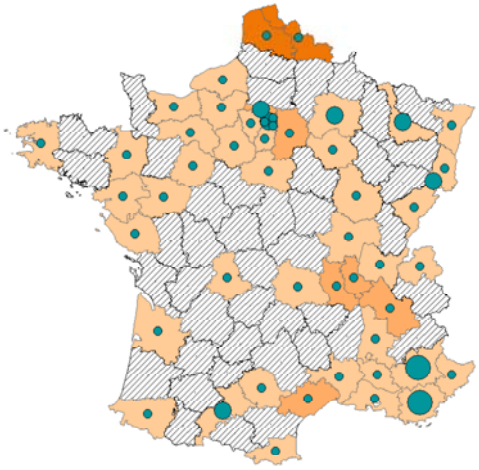
ANNEXE 1 : CARTOGRAPHIE DES CENTRES DE SANTE

LES CENTRES DE SANTE MÉDICAUX : RÉPARTITION SUR LE TERRITOIRE

Les centres de santé médicaux se trouvent essentiellement dans le Nord de la France (62 dans la Région Nord-Pas de Calais) et à Paris (26)

Par exemple, dans le Pas-de Calais, les honoraires moyens par centre s'élèvent à 391 000€ et 1M€ à Paris

Beaucoup de départements ne comptent aucun centre de santé médical



HSD : Honoraires sans dépassement

Source : DCIR (portail SNIIRAM) Champ : tous régimes, France entière,
Nombre de centres par finess géographique Données 2011 en date de liquidation

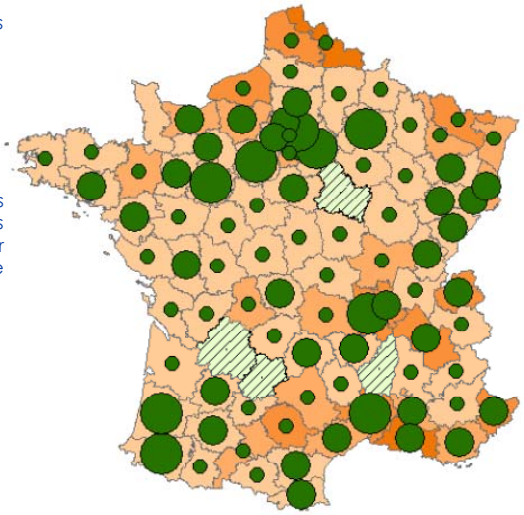
Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
Département des professions de santé
Conseil de l'UNCAM
12 juillet 2012

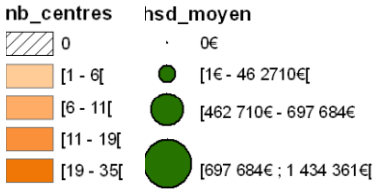
LES CENTRES DE SANTE DENTAIRES : RÉPARTITION SUR LE TERRITOIRE 15

4 départements seulement sont dépourvus de centres de santé dentaires

On retrouve un nombre important de centres dans le Nord et en Île de France

Paris est le département qui compte le plus de centres de santé dentaires (22), les honoraires sans dépassements moyen par centre s'élève à 1,3 millions dans ce département





Source : DCIR (portail SNIIRAM à l'exception de quelques petits régimes dont le régime des mines)
Champ : tous régimes; France entière,
Nombre de centres par finess géographique Données 2011 en date de liquidation

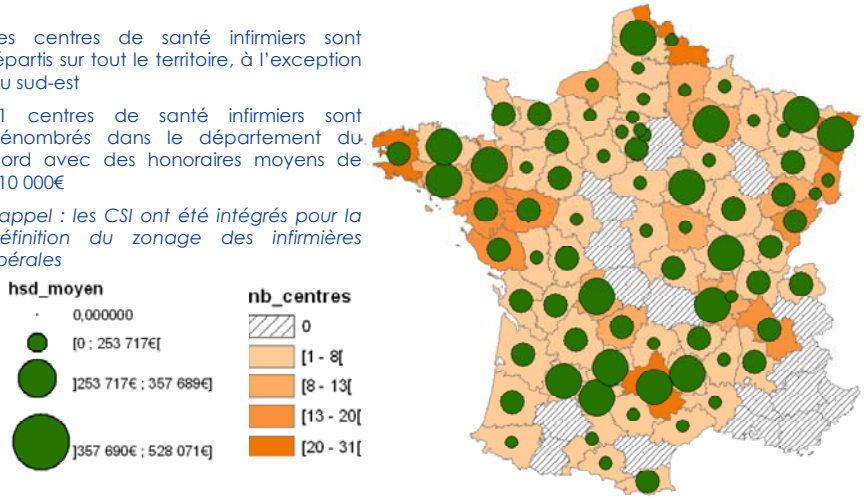
Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
Département des professions de santé
Conseil de l'UNCAM
12 juillet 2012

LES CENTRES DE SANTE INFIRMIERS : RÉPARTITION SUR LE TERRITOIRE 16

Les centres de santé infirmiers sont répartis sur tout le territoire, à l'exception du sud-est

31 centres de santé infirmiers sont dénombrés dans le département du Nord avec des honoraires moyens de 210 000€

Rappel : les CSI ont été intégrés pour la définition du zonage des infirmières libérales

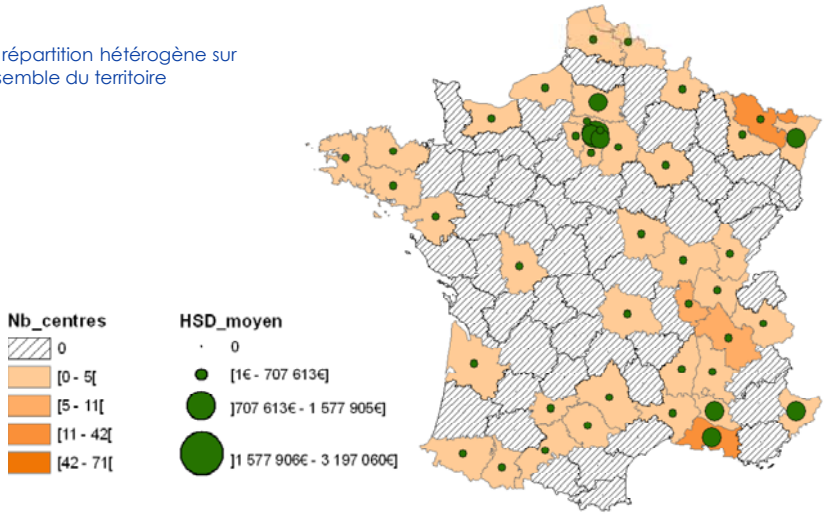


Source : DCIR (portail SNIIRAM à l'exception de quelques petits régimes dont le régime des mines)
Champ : tous régimes; France entière,
Nombre de centres par finess géographique Données 2011 en date de liquidation

Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
Département des professions de santé
Conseil de l'UNCAM
12 juillet 2012

LES CENTRES DE SANTE POLYVALENTS: RÉPARTITION SUR LE TERRITOIRE 17

Une répartition hétérogène sur l'ensemble du territoire



Source : DCIR (portail SNIIRAM à l'exception de quelques petits régimes dont le régime des mines)
Champ : tous régimes; France entière,
Nombre de centres par finess géographique Données 2011 en date de liquidation

Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
Département des professions de santé
Conseil de l'UNCAM
12 juillet 2012

ANNEXE 2 : HISTORIQUE DES CENTRES DE SANTE

[461] On peut dater l'existence des premiers centres de santé à l'instauration des consultations charitables pour « pauvres malades » au XVIIème siècle[76]. Théophraste Renaudot, médecin ordinaire du roi et commissaire aux pauvres du Royaume, fut le premier à créer un dispensaire payant pour les plus aisés et gratuit pour les plus pauvres.

[462] Mais le véritable mouvement de création de centres de santé, sous la forme de dispensaires, démarre à la fin du XIXème siècle et s'accélère au cours du siècle dernier. Il convient à cet égard d'opérer un découpage historique entre la période précédant la seconde guerre mondiale et celle qui lui succède jusqu'à aujourd'hui.

[463] Entre 1880 et 1945, des dispensaires sont créés sous l'impulsion du courant hygiéniste et du socialisme municipal. Les premières lois sociales de la fin du XIXème et du début XXème ont en effet autorisé les communes à créer des dispensaires sous forme de services municipaux. La création de bureaux d'hygiène devient même obligatoire pour les communes de plus de 20 000 habitants (loi du 15 février 1902), tout comme la création de dispensaires publics d'hygiène sociale et de prévention antituberculeuse dans les villes où la maladie est particulièrement présente (loi du 15 avril 1916)[77]. La création des centres municipaux d'Aubervilliers (1920), de Gennevilliers (1936) et de Pantin s'inscrit dans ce contexte.

[464] Au cours de la même période, Robert-Henri Hazemann, médecin à Vitry-sur-Seine, procède au rapprochement des services d'hygiène, de prophylaxie et du service social de la ville préfigurant le modèle des centres de santé. A cette époque, il appelait à *« prévoir l'existence de « centres » qui constituent des sortes de citadelles abritant le personnel et l'armement destinés à lutter contre la misère physique, intellectuelle et morale (...) »*.

[465] La circulaire du 26 août 1936 définit les centres de santé comme *« l'ensemble des différents organismes d'hygiène et d'aide sociale d'un secteur donné »*.

[466] A côté des dispensaires municipaux, la première moitié du XXème voit la création de dispensaires gérés par des associations caritatives ou des congrégations religieuses. L'Institut Alfred Fournier, créé en 1923 par Jean-Alfred Fournier sous la forme d'un Institut de prophylaxie sanitaire, s'inscrit dans ce modèle des dispensaires associatifs.

[467] Depuis 1945, de nombreux dispensaires ont été créés pour répondre aux besoins d'après-guerre. Cela traduit également un véritable choix politique de la part des maires de la « banlieue rouge ». Le dispensaire associatif du COSEM voit le jour en 1945 et le dispensaire municipal de Nanterre en 1947. C'est également à cette époque que ces établissements commencent à se structurer à travers la création du Syndicat national des médecins de dispensaires (1946). Peu après, un comité de liaison des dispensaires et centres de santé est créé (1952), puis la revue *Le Centre de santé* (1954) et enfin le congrès national des médecins de dispensaires et centres de santé est institué (1961). Au cours des années 1950, le terme « centre de santé » commence à se substituer à celui de dispensaire bien que cette appellation perdure jusqu'à aujourd'hui dans l'imaginaire collectif.

[76] *Les centres de santé : une histoire, un avenir,* D. Acker et M. P. Colin (revue Santé publique, 2009)
[77] *Les centres de santé en mouvement*, Michel Limousin et al (Le temps des cerises, 2012)

[468] L'attitude des pouvoirs publics à l'égard de ces structures apparaît alors ambivalente. En effet, on reconnaît que leur développement ne doit pas s'effectuer uniquement au gré des initiatives locales sans planification préalable. Dans le même temps, le ministre de la santé publique indique en 1956 qu' *« on ne saurait favoriser le développement normal de ces dispensaires alors qu'ils ne devraient pas exister ou qu'ils devraient disparaître dans un délai raisonnable, lorsque l'initiative privée, après un temps de carence, devient à même de fournir les services demandés »*. Ce propos illustre l'existence d'une opposition entre le modèle d'exercice libéral de la médecine et le modèle salarié, opposition longtemps source de concurrence et de tension entre ces deux mondes.

[469] Au milieu des années 1950, l'administration a néanmoins soumis les centres de santé municipaux aux normes techniques et sanitaires exigées des dispensaires privés. La création ou l'extension de ces structures était soumise à l'approbation du préfet (décret n°56-284 du 9 mars 1956). Une commission médicale consultative ainsi qu'une commission de surveillance durent par ailleurs être créées au sein de chaque établissement.

[470] Le développement des centres de santé se poursuit sous l'impulsion de la circulaire du 24 août 1961 qui vise à planifier le développement des structures sanitaires et sociales dont les centres de santé, qui peuvent être gérés par des hôpitaux, des municipalités, des caisses de sécurité sociale, des associations ou encore des sociétés mutualistes.

[471] Les centres de santé de l'association AGECSA à Grenoble sont peu à peu créés à partir de 1973, tout comme le centre Olympiades de la Croix-Rouge (1974), le centre de santé d'Houdan (dispensaire communal adossé à l'hôpital) et le centre associatif de Belfort (1981).

[472] Au cours des années 1970 et 1980, un modèle théorique de « centre de santé intégré » est défini en France et en Belgique dans une perspective de revalorisation de la médecine générale. L'objectif du centre de santé intégré est de *« dispenser des soins de base globaux, continus et intégrés et de faire participer la population »*. Ils reposent sur une *« équipe pluri professionnelle de petite taille, non-hiérarchisée qui assure une permanence, une polyvalence et une décentralisation des soins »*[78].

[473] Au même moment, les centres de santé municipaux étendent leurs activités en accueillant dans leurs locaux des services de PMI et des programmes spécifiquement dédiés à la prise en charge des addictologies mais aussi des personnes atteintes de MST. En 1986, la loi oblige les centres de santé à obtenir un agrément devant la commission régionale.

[474] En 1990, un premier rapport de l'IGAS dénombre 2 224 centres de santé dont 256 gérés par des municipalités. Il souligne l'existence de difficultés financières en raison de fortes charges de personnel, d'investissements matériels et d'actions de prévention non rémunérées.

[475] A la suite de ce rapport, la loi du 8 janvier 1991 et les décrets du 15 juillet 1991 consacrent le terme « centre de santé » et redéfinissent les conditions d'agrément des centres de santé qui relevaient jusque là du décret de 1956 précité.

[476] La loi crée par ailleurs une subvention versée aux centres de santé en atténuation d'un certain pourcentage des charges sociales dues pour leurs professionnels de santé (subvention dite « Teulade »).

[477] Le principe du conventionnement des gestionnaires de centres de santé avec les caisses d'Assurance maladie est posé par la LFSS pour 2000[79]. Cette même loi définit les centres de santé dans le Code de la santé publique, indiquant qu'il s'agit de structures gérées exclusivement par des organismes à but non lucratif ou par des collectivités publiques (L.6323-1).

[78] *Le centre de santé intégré et les maisons médicales*, (Monique Van Dormael, 1981)
[79] Article L.162-32-1 du Code de la sécurité sociale

[478] Ces différents textes aboutissent à la signature de l'Accord national des centres de santé entre l'Assurance maladie et les organisations représentatives des centres de santé qui forment le RNOGCS[80]. Cet accord, signé le 18 avril 2003 pour une durée de cinq ans, créé les options conventionnelles relatives à la coordination des soins ainsi que les commissions paritaires nationales (CPN) et régionales (CPR) qui ont pour mission de faciliter l'application de la convention par une concertation permanente entre la CNAM et les organisations signataires de l'accord.

[479] Arrivé à échéance en avril 2008, l'Accord national a été reconduit en l'état pour cinq nouvelles années en raison de l'échec des négociations. Il a toutefois fait l'objet de modifications à la faveur de quatre avenants (deux en 2004 puis un en 2007 et en 2009).

[480] Enfin, la loi HPST du 21 juillet 2009 procède à une complète rénovation du cadre juridique applicable aux centres de santé (abrogation des textes antérieurs). L'agrément est supprimé et remplacé par une vérification des conditions techniques de fonctionnement. La réception du projet de santé du centre par l'ARS déclenche l'enregistrement de la structure dans la base FINESS et le financement par l'assurance maladie. La possibilité pour les centres de santé de participer à des missions de service public et d'établir de nouvelles coopérations (dans le cadre des groupements de coopération sanitaire et de moyens ou de pôles de santé) est également reconnue par la loi. Elle permet aux établissements de santé de créer ou gérer directement des centres de santé ce qui était exclu auparavant.

[80] Regroupement national des organisations gestionnaires de centres de santé

ANNEXE 3 : RECENSEMENT DES PROJETS DE CREATION DE CENTRES DE SANTE

[481] Le document ci-après, communiqué par la Fédération nationale des centres de santé, recense les projets de création de centres de santé depuis 2012 (certains ont donc déjà été créés depuis).

Région	Département.	Ville	Adresse	Porteur du projet	Type de structure créée	Date ouvert.
Alsace	Bas-Rhin (67)	Strasbourg	*à venir*	Associatif	CdS dentaire spécialisé	???
Alsace	Haut-Rhin (68)	Mulhouse	*à venir*	Associatif	Cds Médical	courant 2013
Alsace	Haut Rhin (68)	Attenschwiller	*à venir*	Intercommunal - Communauté de communes Porte de Sundgau - 9, rue Charles de Gaulle 68220 Attenschwiller	Polyvalent??	courant 2013
Alsace	Bas-Rhin (67)	Diemeringen	*à venir*	Associatif	Médical	courant 2013
Aquitaine	Lot-et-Garonne (77)	??	*à venir*	Agence Régionale de Santé Midi Pyrénées Délégation Territoriale du LOT	Médical ou polyvalent	???
Aquitaine	Pyrénnées atlantiques (64)	Bidart	*à venir*	Associatif	Médical?	???
Auvergne	Puy de Dôme (63)	Randan	*à venir*	Municipalité	CdS communal	courant 2013
Bourgogne	Nièvre (58)	La Charité sur Loire	*à venir*	Municipalité	Médical	???
Bourgogne	Saône-et-Loire (71)	Chalon-sur-Saône	*à venir*	Municipalité ou intercommunalité	Polyvalent??	courant 2014
Bourgogne	Yonne (89)	Domats	*à venir*	Municipalité	Médical	courant 2013
Bourgogne	Cote d'Or (21)	Dijon	*à venir*	Municipalité	Polyvalent??	???
Bretagne	Ile et Vilaine 35)	Fougères	8, rue Gaston Cordier	Hospitalier	Médical, adossé au Centre hospitalier de Fougères	oct. 2012
Bretagne	Morbihan (56)	Quiberon	*à venir*	Associatif	Médical	???
Centre	Cher (18)	Vierzon	*à venir*	Municipalité	Polyvalent	???
Centre	Loiret (45)	Châteauneuf sur Loire	40, avenue Albert-Viger	Communauté de communes des Loges	Médical	01/03/2013
Centre	Loiret (45)	Montargis	*à venir*	???	???	???
Centre	Loiret (45)	Pithiviers	*à venir*	???	???	???
Centre	Loiret (45)	Vienne en Val	*à venir*	Municipalité	Médical	???
Champagne-Ardenne	Aube (10)	Romilly sur Seine	*à venir*	Municipalité	Médical??	courant 2013
Champagne-Ardenne	Aube (10)	La Chapelle-Saint-Luc -	42, Avenue Jean Moulin	Associatif (ADAS = Assoc. pour le développement de l'accès aux soins et aux structures dentaires)	Dentaire	1er octobre 2012

Champagne-Ardenne	Haute Marne (52)	Doulevant-le-Château	12, rue de la Gare	Communauté de communes	CdS médical (1 puis 2 MG)	mai-12
DOM	Martinique (972)	???	*à venir*	Société d'Hygiène de la Martinique	Polyvalent	???
Haute Normandie	Seine Maritime (76)	Fécamp	*à venir*	Intercommunal - Communauté de communes de Fécamp	Médical??	courant 2014
Ile de France	Paris (75)	Paris	rue Pétion	Associatif	Polyvalent	févr-13
Ile de France	Seine-et-Marne (77)	Bussy-Saint-Georges	*à venir*	municipalité ou association	Polyvalent??	courant 2014
Ile de France	Seine et Marne (77)	Roissy-en-Brie	*à venir*	Intercommunal CABF - Communaute d'Agglomération de la Brie Francilienne (Pontault-Combault - Roissy-en-Brie) - Etude de faisabilité du projet de créa en cours	Polyvalent??	courant 2014
Ile de France	Essonne (91)	Bretigny-sur-Orge	*à venir*	Incertain	Polyvalent	courant 2013
Ile de France	Hauts de Seine (92)	Antony	2, allée du Nil	CRF	Polyvalent	févr-13
Ile de France	Seine Saint Denis (93)	Saint Denis	*à venir*	Associatif	Polyvalent	courant 2013
Ile de France	Seine Saint Denis (93)	Pantin	2-4, rue Estienne d'Orves	Associatif	Cds dentaire (possible polyvalent)	aout 2013
Ile de France	Seine Saint Denis (93)	Aulnay-sous-Bois	Hôpital Robert Ballanger	Hospitalier	Polyvalent, adossé à l'hôpital Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois	???
Ile de France	Val de Marne (94)	Creteil	*à venir*	Associatif	Dentaire	???
Ile de France	???	???	*à venir*	Associatif	Dentaire	
Ile de France	Paris (75)	Paris	Cds Cosem - Auber 9, rue Boudreau	Associatif	Médical	juin-13
Ile de France	Paris (75)	Paris	*à venir*	Associatif	Dentaire	???
Languedoc Roussillon	Gard (30)	Alès	Centre de Santé des Près-Saint-Jean 36, avenue Jean-Baptiste Dumas	Communauté d'agglomération (Alès agglomération) en partenariat avec Logis Cévenols	Médical et SI	mai 2013
Languedoc-Roussillon	Aude (11)	Port-la-Nouvelle	rue des Statices	Municipalité	Médical	mi 2013
Languedoc-Roussillon	Pyrénnées orientales (66)	Perpignan	*à venir*	Associatif	Polyvalent	???
Lorraine	Meurthe-et-Moselle	Nancy	*à venir*	Associatif???	CSI	???
Midi-Pyrénnées	Gers (32)	Auch	*à venir*	???	???	???
Nord-Pas de Calais	Nord (59)	Dunkerque	*à venir*	Universitaire	Cds pour étudiants	courant 2013
Nord-Pas de Calais	Nord (59)	??	*à venir*	Associatif	Polyvalent	???

Nord-Pas de Calais	Nord (59)	Valenciennes	*à venir*	Universitaire	Médical	???
Pays de la Loire	Maine-et-Loire (49)	Coron	*à venir*	???	???	courant 2013
Pays de la Loire	Sarthe (72)	Le Mans	*à venir*	Municipalité	Médical	???
Pays de la Loire	Sarthe (72)	Champagné	*à venir*	Municipal (mixte)	Pluridisciplinaire	courant 2013
Pays de la Loire	Vendée (85)	Vendrennes	2, rue de Champ de la Foire	Intercommunalité	Médical	mars-13
Pays de la Loire	Vendée (85)	Ile d'Yeu	45, rue Calypso - Hôpital Dumonté - 17, Impasse du Puits Raymond	Hospitalier	Médical, adossé à l'hôpital Dumonté d'Ile d'Yeu	courant 2010
Pays de la Loire	Vendée (85)	La Flocellière / Michel Mont Mercure	*à venir*	Municipalité ou communauté de communes	Polyvalent	déc. 2013
Poitou-Charentes	Charente (16)	Cognac	*à venir*	???	???	courant 2013
Poitou-Charentes	Deux-Sèvres (79)	NIORT	*à venir*	Associatif	Médical??	???
Poitou-Charentes	Vienne (86)	Poitiers	*à venir*	Municipalité ? Inter-générationnel	Médical??	???
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Hautes Alpes (05)	Embrun Cedex	Mairie : Place Barthelon - BP 97	Municipalité	Médical??	courant 2013
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Alpes-Maritimes	Nice	*à venir*	Association - Ass. Accès aux soins dentaires solidaires (ASDS) - 66, route de Grenoble Nice Leader - Immeuble Apollo 06200 NICE	dentaire	été 2013??
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Bouches du Rhône (13)	Marseille	*à venir*	Hospitalier	Médical??	courant 2013
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Bouches du Rhône (13)	Marseille	*à venir*	Association "Projet de CdS communautaire marseillais" (Case Marseillaise)	Médical	Courant 2014 (juin?)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Bouches du Rhône (13)	Aix-en-Provence	*à venir*	Association (DENTALYA - 13008 Marseille)	Dentaire	courant 2013
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Bouches du Rhône (13)	Port de Bouc	*à venir*	Mairie	Médical	courant 2013
Provence-Alpes-Côte d'Azur	???	???	*à venir*	CdS province	Médical??	???
Région Ile de France	Val d'Oise (95)	Taverny	*à venir*	Incertain	Polyvalent??	Courant 2014
Rhône-Alpes	Drôme (26)	Valence	3, rue Gioacchino Rossini	Municipal	CDS "Espace Santé Jeunes"	ouvert (partie médécine préventive) - évolution vers un cds courant 2013

Rhône-Alpes	Isère (38)	Grenoble	19, avenue Marcelin Berthelot	Associatif	Centre de santé rénale Mounier	???
Rhône-Alpes	Isère (38)	Saint Martin d'Hères	*à venir*	???	Pluridisciplinaire	Courant 2013
Rhône-Alpes	Loire (42)	Saint Etienne	*à venir*	CdS pour Etudiants Intercommunal	Polyvalent??	???
Rhône-Alpes	Rhône (69)	Charbonnières-lès-Bains	*à venir*	Municipal ???	???	vague
Rhône-Alpes	Rhône (69)	Grigny	CMS Christian Cervantes - 36, rue des Arondières	Municipal	Polyvalent	oct-12
Rhône-Alpes	Rhône (69)	Amplepuis	*à venir*	Municipal	Polyvalent	juin-13
Rhône-Alpes	Haute Savoie (74)	Cluses	*à venir*	Hospitalier (urgences)	Médical	courant 2013
Rhône-Alpes	Rhône (69)	Frontenas / Villefranche sur Saône	*à venir*	Associatif	Dentaire	courant 2013
Rhône-Alpes	Isère (38)	Grenoble	*à venir*	Associatif	Polyvalent	???
Roussillon	Pyrénnées orientales (66)	Rivesaltes	*à venir*	Associatif (PRODENT)	Dentaire	???

Source : Fédération nationale des centres de santé

ANNEXE 4 : STRUCTURE DES DEPENSES ET DES RESSOURCES DES CENTRES DE SANTE

[482] L'enquête de la CNAMTS a permis de donner une vision d'ensemble de la structure des charges et des ressources des centres de santé, étant précisé que le taux de réponse était de 55% pour les dépenses et de 50% pour les recettes.

[483] **I. Structure des dépenses**

[484] En moyenne, 65,5% des dépenses sont liées au personnel, cette part variant selon les centres :

- 59% pour les centres dentaires,
- 68% pour les centres médicaux et polyvalents,
- 82% pour les centres de soins infirmiers.

[485] Parmi ces dépenses de personnel, les dépenses de personnel médical sont les plus importantes (paramédical pour les centres de soins infirmiers) :

- 64% pour le personnel médical,
- 14% pour le personnel paramédical (82% dans les CSI),
- 22% pour le personnel administratif (11% dans les CSI contre 26% dans les médicaux/polyvalents).

[486] Après les dépenses liées au personnel, les postes les plus importants sont les suivants :

- prothèses (notamment dans les centres de santé dentaires),
- équipement médical,
- frais de déplacement (notamment dans les centres de soins infirmiers).

[487] Cette décomposition des dépenses ne permet cependant pas de saisir la particularité des centres de santé qui, au-delà de leurs dépenses de soins curatifs, supportent des dépenses de santé publique (prévention, éducation à la santé, éducation thérapeutique) ainsi qu'un coût lié à l'accompagnement social et à la gestion du tiers payant. Rares sont, en effet, les centres qui ont mis au point une comptabilité analytique pour présenter de tels chiffres. L'un des centres polyvalents visités fait toutefois apparaître :

- la répartition suivante entre activité de soins curatifs et activité de santé publique :
  - 83% pour les dépenses de soins curatifs,
  - 17% pour les dépenses de santé publique,
- la part du coût du tiers payant dans les recettes d'activité du centre : 11%.

[488] **II. Structures des ressources**

[489] Comme le montre l'histogramme suivant, les ressources des centres de santé proviennent à 57% de l'assurance maladie, 33% des assurés et de leurs organismes complémentaires et 10% d'autres ressources (notamment collectivités territoriales), même si des différences sont notables entre les centres.

[490] L'assurance maladie assure globalement 57% des ressources des centres de santé :

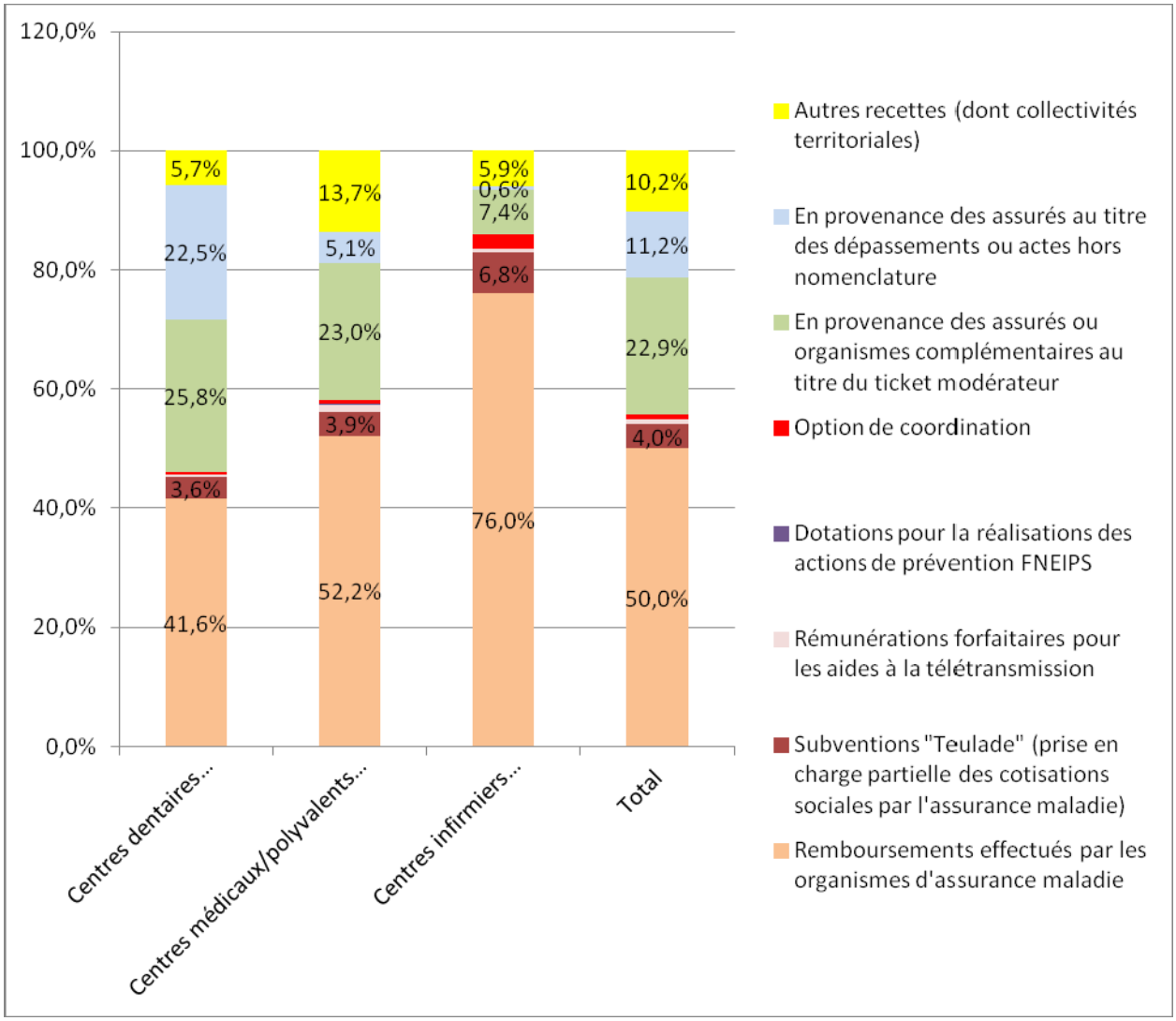
- 50% au titre du remboursement des soins (de 41% pour les dentaires à 76% pour les CSI),
- 4% au titre de la subvention « Teulade » (de 3,6% pour les dentaires à 6,8% pour les CSI),

- 0,9% au titre des aides à la télétransmission,
- 0,7% au titre de l'option de coordination (de 0,3% pour les dentaires à 2,6% pour les CSI),
- 0,1% au titre des subventions aux actions de prévention.

[491] Les remboursements en provenance des assurés ou des organismes complémentaires au titre du ticket modérateur et des éventuels dépassements ou tarifs hors nomenclature représentent 33% des ressources (8% en CSI, 28% en centre médical ou polyvalent, près de 50% en centre dentaire).

[492] Les 10% restant sont assurés principalement par les organismes gestionnaires, notamment les collectivités territoriales (14% pour les polyvalents, 6% pour les CSI, 5,7% pour les dentaires).

Graphique 1 : Structure des ressources des centres de santé



Source : Enquête CNAMTS 2012 (taux de réponse de 50%) – Traitement IGAS

ANNEXE 5 : LES CENTRES DE SOINS INFIRMIERS

[493] Cette annexe a pour objet de préciser les spécificités des centres de soins infirmiers au regard des autres centres de santé (I), afin de bien en cerner les enjeux stratégiques (II).

I. Les spécificités des centres de soins infirmiers influent sur leur modèle économique et sur les pistes d'optimisation de leur gestion

[494] Selon l'enquête de la CNAMTS, il y aurait 359 centres de soins infirmiers (CSI) en 2012, qui représenteraient 22% des remboursements de l'assurance maladie au titre des centres de santé.

[495] S'ils sont, comme tous les centres de santé, tenus au respect des tarifs opposables et à la pratique du tiers payant, ils présentent de nombreuses différences avec les autres centres de santé :

- ils sont répartis de manière assez homogène sur l'ensemble du territoire, mais surtout en milieu rural,
- ils sont principalement (76%) gérés par des associations,
- ils sont de petite taille : en moyenne 7,2 ETP dont 6,4 soignants, 82% ayant moins de 10 ETP,
- leur activité s'effectue autant voire plus à domicile qu'au centre,
- ils sont ouverts sur une plage beaucoup plus vaste que les autres centres : 81% sont ouverts le samedi et 65% le dimanche (contre 3% le dimanche pour les autres centres),
- leur fonction de coordination, à la fois interne et externe, est très affirmée :
  - coordination interne inhérente à un fonctionnement en équipe, les patients étant pris en charge par plusieurs infirmiers ; cette coordination interne se traduit par :
    - ✓ une fonction d'infirmier coordinateur,
    - ✓ la planification de l'intervention de l'ensemble des infirmiers pour les soins programmés et inopinés,
    - ✓ le dossier patient,
    - ✓ les réunions d'équipe,
    - ✓ les échanges quotidiens entre infirmiers,
    - ✓ la fiche de liaison entre infirmier et intervenant,
    - ✓ les transmissions entre professionnels,
  - coordination externe liée à la logique de prise en charge globale (liens avec le médecin traitant, le laboratoire, les SSIAD ou l'HAD, réunions à domicile avec d'autres intervenants, transmissions écrites, fiche de liaison…)
  - cette fonction de coordination est déterminante pour leur fonctionnement et leur organisation,
- si, d'après les statistiques de la CNAMTS, la part de bénéficiaires de la CMU-c dans leur patientèle n'est que de 3,7%, les CSI sont tenus de prendre en charge toutes les personnes sans discrimination, en particulier des personnes âgées en perte d'autonomie qui présentent des polypathologies ou des personnes atteintes de maladies chroniques.

[496] Ces caractéristiques influencent leur modèle économique, qui doit tenir compte en outre des spécificités suivantes :

- comme les autres centres de santé, ils sont financés principalement à l'acte sur la base de la NGAP et dans ce cadre ils ont intérêt à pratiquer davantage d'actes médico-infimiers (AMI : actes techniques comme pansements, prélèvements, injections…) que d'actes de soins

infirmiers (AIS tels que toilettes…) ; en moyenne selon la CNAMTS, 73% de leurs actes sont des actes médico-infirmiers qui représentent 45% des honoraires (68,8 millions d'euros),

- leur personnel relève de l'accord de branche de l'aide et du soin à domicile, ce qui pose un problème spécifique de cohérence entre le niveau des dépenses de personnels et le niveau des recettes, qui évoluent en fonction du volume et de la valeur des actes,
- depuis l'avenant conventionnel n°3 des infirmiers libéraux, conclu le 28 septembre 2011, deux nouvelles lettres clefs ont pris effet le 27 mai 2012 (majoration pour certains actes tels que injections intramusculaires et sous-cutanées et prélèvements par ponction intraveineuse ; majoration spécifique de coordination infirmière pour passage à domicile dans le cadre de soins palliatifs ou pour patients nécessitant des pansements complexes),
- compte tenu de l'importance de leurs frais de déplacement, ils bénéficient également d'indemnités liées au déplacement au domicile du patient, d'indemnités kilométriques différenciées (plaine, montagne, ski, à pied) ainsi que des majorations supplémentaires de dimanche et de nuit ; le remboursement de leurs frais de déplacement par l'assurance maladie représente 25% de leurs recettes.

[497] Par ailleurs, contrairement à la plupart des centres de santé, les centres de soins infirmiers ne rencontrent pas de difficulté à mettre en œuvre l'option de coordination, celle-ci étant définie par l'accord de 2003 de manière très différente de celle prévue pour les autres centres de santé :

- Son bénéfice n'est subordonné qu'à des conditions portant sur le centre et son organisation, et non pas sur les patients.
- Son montant varie selon le nombre d'ETP soignants :
  - pour moins de 4, le forfait est depuis 2003 de 7 622 € ;
  - pour 4 à 7 ETP soignants, il est de 12 928 ;
  - pour 7 à 10 ETP soignants, de 16 160 €
  - au-delà de 10 ETP, de 19 391 €.

[498] En conséquence, 74% des centres de soins infirmiers adhèrent à l'option de coordination, qui représente 4,7 millions d'euros soit deux tiers de la somme théorique.

[499] Aussi, comme le souligne le cabinet Coactis Santé dans son document relatif à la création d'un prototype de centres de soins infirmiers, l'équilibre d'un centre de soins infirmiers est fortement conditionné par :

- le contexte local (niveau de concurrence libérale sur les AMI, possibilité de partenariat avec SSIAD ou HAD, opportunités de mutualisation des coûts),
- sa taille (en dessous de 4 ETP leur capacité à s'équilibrer paraît compromise)
- et la nature de son activité (équilibre difficilement atteignable en dessous de 68% d'AMI).

[500] Dans ces conditions, les leviers à activer pour créer des conditions favorables à l'équilibre sont les suivants :

- créer des partenariats avec
  - des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour augmenter taux d'AMI,
  - des services d'hospitalisation à domicile (HAD) pour éviter la décote au deuxième acte,
  - des pharmacies pour déléguer les tâches administratives telles que transports de médicaments, préparation des piluliers… ;
  - des laboratoires pour réaliser des recettes complémentaires sur les prélèvements,
  - ou même avec des médecins libéraux (cf. projet de maisons de santé avec des généralistes en ce qui concerne le centre de soins infirmiers d'Angers),

- mutualiser des fonctions de support et ne pas dépasser 6% de frais de siège,
- organiser une permanence sur site en fonction de la demande et de l'emplacement du centre,
- renégocier des loyers,
- optimiser la gestion des véhicules pour limiter les frais de déplacements
- faciliter les échanges entre infirmière coordinatrice et secrétaire par des outils informatiques performants (dossier informatisé et consultable à distance, planning des tournées mis à jour en temps réel et consultable à distance, alertes automatiques d'échéances des ordonnances).

[501] Ainsi, bien souvent, les centres de soins infirmiers présentent dans le modèle économique les spécificités suivantes :

- intégration dans une association porteuse permettant de mutualiser les coûts ;
- recherche d'une activité tournée davantage vers les AMI que vers les AIS ;
- organisation d'une permanence ;
- effort pour maîtriser le poste des frais de déplacements et la qualité des systèmes d'informations compte tenu de l'importance des déplacements ;
- logique de coordination à la fois interne et externe par définition extrêmement forte.

II. Des structures fragiles qu'il convient de consolider par une rénovation de leur modèle économique.

[502] Leur nombre a fortement diminué depuis 2002 (division par deux) notamment du fait de la forte augmentation des rémunérations des infirmières (35% en quatre ans) – consécutive à la signature d'un accord de branche dans le secteur de l'aide et du soin à domicile rendu nécessaire pour en restaurer l'attractivité – qui a accru le déficit des centres.

[503] Ce sont donc des structures fragiles au plan financier, tenues depuis 2009 à une modération salariale.

[504] Leurs ressources proviennent pour l'essentiel du paiement des actes accomplis dont la valeur est fixée par un accord auxquels les représentants des CSI ne sont pas parties. La même ambiguïté que pour les centres de santé demeure sur l'égalité de traitement entre secteur libéral et centres de soins, même si l'option de coordination apparaît plus simple de mise en œuvre et donc d'usage plus répandu que celle des centres médicaux.

[505] La principale difficulté des centres de soins infirmiers vient de ce qu'ils ont à supporter les coûts induits par leur mode d'organisation ainsi que des fonctions spécifiques, notamment la gestion du tiers payant, la maintenance d'un système d'information, la charge de locaux qui reçoivent du public, le respect des règles de gestion des déchets.

[506] Les CSI mettent en avant le projet de service qui implique une ouverture à tous les patients et la pratique d'éviction des patients les plus précaires et complexes par une partie du secteur libéral pour établir qu'ils accueillent une population génératrice de coûts mal ou non financés. Ainsi, les centres de soins infirmiers pratiqueraient davantage d'actes pour les personnes âgées en perte d'autonomie qui présentent des polypathologies ou pour les personnes atteintes de pathologies chroniques. Dès lors, du fait de l'application de la règle selon laquelle lorsqu'il y a plusieurs actes à pratiquer sur une personne lors d'une même séance de soins l'acte le plus coûteux est facturé à 100%, le deuxième à 50% et les suivants ne sont pas facturés, ce type de prise en charge ne permet pas de rémunérer le centre à hauteur du temps passé.

[507] Ils souffrent par ailleurs, comme les libéraux, du fait que certains actes infirmiers ne sont pas remboursés par l'assurance maladie : la préparation des piluliers pour les personnes en perte d'autonomie, la prise de la tension artérielle, l'instillation de collyre, la pose et le retrait de bas de contention. Ces soins indispensables au soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie sont pratiqués par les centres de santé infirmiers à titre gratuit.

[508] Enfin, si les centres de soins infirmiers ont bien été pris en compte par les ARS dans le dernier établissement des zones d'insuffisante présence paramédicale, cela n'a pas été toujours le cas par le passé. Il est nécessaire que les ARS les intègrent dans leurs schémas territoriaux.

[509] Les voies de solution sont de même nature que pour les centres de santé en général :

- Un effort de gestion interne qui, dans le cas spécifique, pourrait prendre la forme d'une association avec ou d'une intégration dans d'autres organismes comme les SSIAD, les centres de santé médicaux, voire les maisons de santé (en permettant leur entrée dans les SISA), afin de mutualiser certains coûts de structure ;
- Une meilleure intégration dans les schémas élaborés par les ARS ;
- Une évaluation plus précise du service paramédical rendu ;
- Consécutivement, une rémunération ajustée du mode de fonctionnement à l'origine du service rendu.

ANNEXE 6: LES CENTRES DE SANTE DENTAIRES

[510] Selon la CNAMTS, on compte 425 centres de santé dentaires en 2012.

I. Caractéristiques des centres dentaires

- Ils sont principalement (75%) gérés par des mutuelles.
- Ils sont en général de petite taille : moins de 10 ETP dans 80% des cas, en moyenne 8,8 ETP dont 6 soignants.
- Seulement la moitié des centres de santé dentaires sont ouverts le dimanche.
- 10% de leurs patients sont bénéficiaires de la CMU-c.
- Le poids des charges hors personnel est plus important que dans les autres centres de santé (40% environ) : coût des équipements (panoramique dentaire, local technique), de la stérilisation et des consommables et prothèses.
- 28% seulement adhèrent à l'option de coordination.

II. Une problématique particulière liée à la spécificité de leurs activités

[511] L'analyse de l'activité des centres de soins dentaires met en évidence l'importance des prothèses dentaires dans les honoraires : 334 millions sur 554 (dont 94 au titre des soins conservateurs), étant précisé que les montants remboursés sont très inférieurs (76 millions pour les prothèses dentaires et 194 pour l'activité totale).

Activité des centres de soins dentaires en 2012 (1/2)

Top 5 des actes les plus importants en HSD (82% de l'activité)

Code Prestations	Nature Prestation	Montant Remboursé 2012	Evolution 2011/12	Base Remboursement 2012	Evolution 2011/12	Quantité d'Actes 2012	Evolution 2011/12
SPR	PROTHESES DENTAIRES	75,7	0,4%	104,9	0,5%	1,0	1,0%
SC	SOINS CONSERVATEURS	66,7	1,9%	93,4	2,1%	2,6	2,9%
TO	TRAITEMENTS D'ORTHODONTIE	13,4	6,9%	13,7	6,9%	0,1	6,7%
C	CONSULTATIONS	12,5	2,4%	16,7	2,7%	0,8	2,8%
Z	ACTES DE RADIOLOGIE	10,5	6,4%	14,8	7,5%	1,2	3,6%
	ACTIVITE TOTALE	194,3	2,0%	298,6	2,2%	6,8	2,8%

Les HSD des centres de soins dentaires s'élèvent à près de 300 M€ en 2012 (+2,2% par rapport à 2011) pour un total de 6,8 millions d'actes

Les montants remboursés par l'AM s'élèvent à 194 M€ (+2% par rapport à 2011)

Code Prestations	Nature Prestation	Honoraires totaux 2012	Evolution 2011/12	Montant Dépassement 2012	Evolution 2011/12
SPR	PROTHESES DENTAIRES	334,3	2,7%	229,4	3,7%
SC	SOINS CONSERVATEURS	93,9	2,2%	0,5	20,5%
TO	TRAITEMENTS D'ORTHODONTIE	36,3	9,2%	22,6	10,6%
C	CONSULTATIONS	16,7	2,7%	0,0	24,7%
Z	ACTES DE RADIOLOGIE	14,9	7,5%	0,0	-41,1%
	ACTIVITE TOTALE	554,4	3,2%	254,7	4,3%

Les honoraires totaux s'élèvent à près de 555 M€ (+3,2%) dont 255 M€ de dépassements d'honoraires (+4,3%)

Source :SNIIRAM; données en date de liquidation 2012; France entière; tous régimes
DDGOS/DOS/DPROF

L'Assurance Maladie 33

[512] Selon l'étude du cabinet Coactis Santé réalisée en 2012 (publiée en 2013) à la demande de la Mutualité française, l'activité dentaire dégage des marges plus facilement que l'activité médicale, l'équilibre est donc plus facilement atteint. En effet, les niveaux de recettes et de rentabilité peuvent être élevés, notamment en orthodontie et en implantologie.

[513] Selon l'étude, le point mort se situerait, pour 55 heures d'ouverture hebdomadaires, à 3 fauteuils d'omnipratique à Paris (2 ou 3 en province) et 1 ou 2 fauteuils d'orthodontie.

[514] L'étude souligne toutefois quatre principaux paramètres clefs dans les conditions de cet équilibre :

- la politique tarifaire,
- le contrôle des consommables et prothèses,
- la politique de qualité,
- la polyvalence du fauteuil entre omnipratique et implantologie

[515] Les centres de santé dentaires présentent une problématique spécifique liée au potentiel de recettes de l'activité prothétique. Or l'accord de 2003 est clair sur ce point : « le centre dentaire ayant fait le choix de souscrire à l'accord national peut, s'il le souhaite, opter pour un dispositif d'option fondé sur la coordination et le suivi de soins financé par les caisses d'assurance maladie, ayant pour objectif le développement des soins de prévention et des soins conservateurs afin de réduire ou de retarder le recours aux soins prothétiques ».

[516] Pourtant, l'attention de la mission a été appelée, notamment par le Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes, sur des pratiques « restauratrices » excessives de certains centres dentaires, sur lesquels des contrôles mériteraient d'être menés.

III. La question de l'option de coordination

[517] D'après l'enquête de la CNAMTS, seulement 28% des centres de santé dentaires adhèrent à l'option de coordination, dont la mise en place, tout en reposant sur des exigences sanitaires appréciables, relève aussi d'une procédure particulièrement complexe.

[518] Sa mise en œuvre repose sur des exigences sanitaires appréciables :

- objectif de développer les soins conservateurs, afin de réduire ou de retarder le recours aux soins prothétiques ;
- mise en place d'un dossier dentaire pour tous les assurés adhérant, conforme aux recommandations de l'ANAES, comprenant :
  - un bilan bucco-dentaire permettant un plan de soins personnalisé,
  - un plan de prévention personnalisé avec planification des actes et suivi,
  - les informations permettant la coordination avec les autres intervenants médicaux,
  - des bilans périodiques,
  - un carnet personnel d'information et de liaison pour le patient comprenant notamment les informations financières sur les traitements envisagés.

[519] Mais elle est aussi particulièrement complexe, comme pour l'option de coordination dans les centres médicaux et polyvalents :

- Elle repose non seulement sur l'adhésion du centre mais aussi de l'assuré, avec désignation d'un chirurgien dentiste coordinateur.
- La rémunération est versée en trois fois, un forfait initial de 50 € étant versé en deux fois (au moment de l'adhésion de l'assuré puis au bout d'un an si le patient est toujours adhérent, à condition que le plan de soins ait été respecté) et un forfait de suivi de 30 € étant versé dans le mois suivant la date anniversaire de l'adhésion du patient, sous réserve de la production d'une attestation par le centre que le patient a bénéficié des soins prévus par le plan de traitement selon le séquençage prévu ou d'une consultation de contrôle.

ANNEXE 7 : LES CENTRES DE SANTE MINIERS

[520] Le régime minier comportait en 2012 :

- 117 centres de santé polyvalents, médicaux et infirmiers (dont 11 disposaient de fauteuils dentaires),
- 13 centres de médecine spécialisée,
- 20 centres de santé dentaire.

[521] Ces centres sont inégalement ouverts aux ressortissants d'autres régimes de sécurité sociale que le régime minier. En médecine générale, le taux d'ouverture est faible : 18,6 %. Il s'étage entre 36 % et 88 % en médecine spécialisée. Le taux d'ouverture des centres de soins infirmiers est de 8,4 %. Celui de l'activité dentaire est près de 49 %.

[522] Ces centres connaissent une situation financière préoccupante. Le déficit des centres polyvalents, médicaux et infirmiers s'élève à un peu plus de 29 millions d'euros, soit 37% des recettes. Les centres de médecine spécialisée représentent à eux seuls 40 % de ce déficit global. L'ensemble des fauteuils dentaires enregistre un déficit d'environ 1,6 million d'euros, ce qui représente 17,8 % des recettes de l'activité dentaire. Moins d'un cinquième de ces fauteuils est excédentaire.

[523] Une projection à 2017 établit le déficit à 33,4 millions.

[524] La situation du régime minier est emblématique de la situation de l'ensemble des centres de santé.

[525] S'y ajoutent des caractéristiques propres à cet ensemble :

- une implantation qui ne correspond pas aux évolutions socio-démographiques même si de jeunes actifs viennent parfois peupler des logements miniers réhabilités ;
- une dispersion des implantations puisque aux 120 centres correspondent 91 points de consultation secondaire ;
- des horaires d'ouverture trop réduits – conséquence de cette fragmentation de l'implantation – qui ne conviennent pas à une population active et soucieuse d'une disponibilité plus grande des personnels soignants ;
- une dimension de centres parfois trop restreinte pour permettre une utilisation rationnelle des locaux et même, plus grave, pour permettre le travail pluri professionnelle qui est la force des centres de santé. Il s'agit parfois davantage de cabinets de groupe que de véritables centres de santé.
- des rémunérations sans rapport avec les recettes perçues. Le taux de masse salariale des médecins sur les recettes est de 104 %, ce qui signifie en clair que le produit de l'activité soignante, source quasi exclusive d'un centre de santé, ne couvre pas même les rémunérations. Pour couvrir sa rémunération, un médecin rémunéré à la moyenne des salaires devrait accomplir un niveau d'actes (7 500) bien supérieur à la moyenne constaté en médecine libérale (5 500 environ).

[526] Ce dernier point est sans doute le plus critique.

[527] Il convient donc de recomposer l'offre de soins en regroupant les praticiens afin de répondre à la fois aux besoins de la population et aux exigences d'un véritable travail d'équipe et afin de limiter les frais de structures et d'adapter les surfaces utilisées. Limiter les vacations de quelques heures.

[528] Il importe donc de parvenir à un taux d'activité optimal en adaptant les horaires d'ouverture, en veillant au niveau d'activités des praticiens, en limitant les vacations à quelques heures ainsi qu'en luttant contre l'absentéisme des patients aux rendez-vous.

[529] Enfin, le partage du produit des actes entre les rémunérations des professionnels et le paiement des frais de structure doit être redéfini. A titre de référence, le modèle économique de la FNMF préconise une rémunération des médecins égale à 35% (pour les spécialistes) et 40% (pour les généralistes) du produit des actes. Pour opérer le rééquilibrage indispensable il faut valoriser le temps de travail et les avantages que sont le bénéfice de fonctions de support assurées par le régime.

[530] Il faut identifier les causes de déficit que peuvent justifier certaines caractéristiques de la population du régime (nombre élevées de visites à domicile par exemple) et les valoriser. Leur financement pourrait apparaître comme une reconnaissance des spécificités du régime. Le solde correspondrait à un déficit à résorber.

[531] Si les dirigeants nationaux et locaux ont conscience des problèmes et de leurs solutions, il semble indispensable de bénéficier de l'appui politique pour mener, dans la concertation avec élus et syndicats, l'action résolue et d'envergue qu'appelle une situation aussi grave.

ANNEXE 8 : LA SUBVENTION « TEULADE »

[532] Cette annexe a pour objet de comprendre et d'évaluer le mode de calcul de la prise en charge partielle des cotisations sociales des praticiens des centres de santé prévue par l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale.

I. La prise en charge des cotisations sociales dans le secteur conventionnel : un niveau variable selon les professions

[533] Afin d'inciter les médecins libéraux à adhérer au secteur conventionnel, un système de prise en charge partielle par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales a été mis en place en 1960.

[534] D'abord réservé aux médecins, ce dispositif a été élargi à d'autres professionnels de santé pour atteindre un coût de l'ordre de 2 milliards d'euros (estimation de la commission des comptes de la sécurité sociale de 2009).

[535] Le taux de prise en charge varie selon les risques et les professions, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 7 : Taux de prise en charge, selon les risques et les professions, des cotisations sociales par l'assurance maladie pour les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Risque	Taux pris en charge par l'AM	Taux restant au professionnel	Professions concernées
Maladie	9,7%	0,11%	Médecins de secteur 1, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et auxiliaires médicaux
Retraite	2/3 du forfait de cotisation propre à chaque profession	Depuis 2012 66% du forfait pour les médecins	Médecins de secteur 1, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et auxiliaires médicaux, directeurs de laboratoires
Famille	5% jusqu'à 37 032 € puis 2,9%	0,4% jusqu'à 37 032 € puis 2,5%	Médecins de secteur 1 [81]

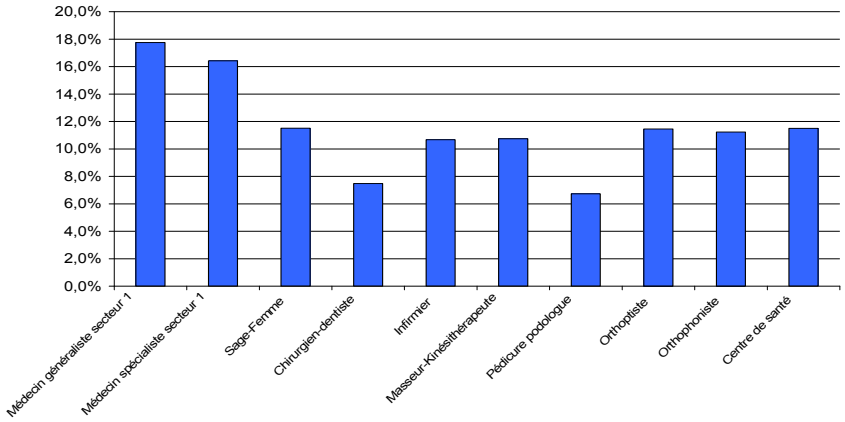
Source : CNAMTS

[536] Ainsi, en moyenne, la part des cotisations prises en charge par l'assurance maladie varie selon les professions, comme le montre le graphique ci-après :

- 18% pour les généralistes de secteur 1,
- 16% pour les spécialistes de secteur 1,
- 11% du revenu pour les autres professions à l'exception des chirurgiens-dentistes et des pédicures-podologues,
- 8% du revenu des chirurgiens-dentistes.

81 Ainsi que les paramédicaux, sages-femmes et chirurgiens-dentistes ayant adhérés au contrat incitatif

Graphique 2 : Part de la prise en charge moyenne des cotisations sociales par l'assurance maladie dans les revenus en 2010



Source : CNAMTS.

II. La transposition de cette prise en charge dans les centres de santé : le calcul de la « subvention Teulade »

[537] Pour les salariés des centres de santé, la subvention versée par les caisses aux établissements a été instituée par le décret n° 91-656 du 15 juillet 1991.

[538] Celle-ci avait été fixée à la hauteur des cotisations au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés supportées par les caisses d'assurance maladie, soit à l'époque 9,70 % des salaires bruts des personnels concernés (catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux)[82].

[539] En 1992, ce taux a été porté à 11,5% (décret no 92-1304 du 14 décembre 1992) et depuis il n'a pas bougé.

[540] Selon la CNAMTS, ce taux serait une transposition toujours valable de la prise en charge assurée pour les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés dans la mesure où il correspondrait à une moyenne pondérée de ces taux en fonction du poids de chaque profession dans l'ensemble des centres de santé observé dans le cadre de l'enquête de la CNAMTS réalisée en 2012 sur les centres de santé.

[541] Le tableau ci-après indique quelle devrait être la prise en charge dans les centres de santé à partir des taux moyens observés en libéral.

[82] Article L.162-32 du code de la Sécurité sociale

Tableau 8 : Transposition des taux des prises en charge moyens observés selon les modalités en libéral dans les centres de santé

Type de centre	Profession	Taux de prise en charge moyen par les caisses en libéral	Nb ETP moyen en cds	nb de centres de santé
centres médicaux polyvalents	médecins généralistes	17,7%	2,7	400
centres médicaux polyvalents	médecins spécialistes	16,4%	3,6	400
centres médicaux polyvalents	chirurgiens-dentistes	8,0%	3	400
centres médicaux polyvalents	infirmiers et paramédicaux	11,0%	3,6	400
centres dentaires	chirurgiens-dentistes	8,0%	4,9	425
centres de soins infirmiers	infirmiers	11,0%	6,3	359
TOTAL		11,5%		

Source : CNAMTS

III. Limites de l'exercice de transposition

[542] Ce calcul est contestable pour plusieurs raisons :

- Il est dépendant du nombre moyen d'ETP par profession et du nombre de centres ; or ces chiffres peuvent évoluer (la mission constate d'ailleurs que les chiffres d'ETP moyen en centre de santé indiqués dans le tableau *supra* ne sont pas cohérents avec ceux retracés dans les résultats de l'enquête de 2012 sur les centres de santé).
- Le mode de raisonnement retenu, qui consiste à faire une moyenne pondérée des taux constatés en fonction des effectifs moyens par professions dans les centres de santé ne trouve sa cohérence que pour les centres de santé polyvalents qui sont en effet pluri-professionnels. En revanche, il n'est pas pertinent pour les centres dentaires, qui ne sont composés que de chirurgiens dentistes, ni pour les centres de soins infirmiers, qui ne comprennent que des infirmiers.

[543] Une transposition plus logique aurait donc conduit aux taux suivants :

- 13,5% pour les centres médicaux et polyvalents,
- 8% pour les centres dentaires,
- 11% pour les centres de soins infirmiers.

[544] Toutefois, une telle solution ne serait encore pas satisfaisante car, outre la perte que subiraient les centres dentaires et infirmiers, les centres médicaux ou polyvalents ne comprenant ni dentistes ni infirmiers seraient pénalisés, avec un taux de 13,5% au lieu de 17%.

[545] La mission constate que l'on se heurte là aux limites de l'exercice de transposition des avantages des médecins libéraux aux centres de santé.

[546] Elle considère par conséquent qu'il vaut mieux, sur ce sujet de la subvention « Teulade », en rester au *statu quo*, étant précisé qu'elle recommande par ailleurs la reconnaissance d'un véritable forfait en plus de la rémunération à l'acte des centres de santé.

ANNEXE 9 : EXEMPLES DE PROTOTYPES

[547] Cette annexe a pour objet de synthétiser quelques exemples de prototypes de création de centres de santé élaborés par le cabinet Coactis Santé, à partir des résultats de fonctionnement au bout de trois années pour trois types de centres :

- un grand centre de santé polyvalent en Île-de–France,
- un moyen centre de soins infirmiers en territoire rural,
- un moyen centre de santé dentaire en province.

[548] Il s'agit de constructions imaginées dans des conditions optimales tant en ce qui concerne l'environnement du centre que son fonctionnement. On ne peut donc les considérer comme ce que devraient être les centres de santé actuels, qui héritent d'histoires et se situent dans des contextes ne leur permettant en général pas de remplir toutes les conditions décrites dans ces prototypes. On peut en revanche les considérer comme une référence dans la création d'un centre de santé, avec toutefois les réserves que les auteurs ont pu émettre au sujet d'une analyse centrée seulement sur la gestion, et en ne perdant pas de vue qu'aux activités de soins, qui ici sont les seules envisagées, devront s'ajouter des activités sociales et de santé publique financées à hauteur de leur coût (par les collectivités territoriales pour les activités sociales et par les ARS pour les activités de santé publique).

[549] **1. Centre de santé polyvalent de grande taille en Ile de France**

[550] **Principales hypothèses**

- Amplitude d'ouverture horaire : 55 heures par semaine (9h30 par jour + samedi matin), 50 semaines par an en MG et 45 semaines par an pour les autres activités.
- Taux de remplissage : 65% en première année, 85% en deuxième année, 98% en troisième année.
- Conditions optimales d'organisation et de gestion (responsable administratif, coordinateur,,, tableaux de bord, relance pour les RDV …).
- Mobilisation optimale de l'option de coordination (55% des patients en médecine générale et 80% en dentaire).
- Consultations des patients en moyenne 3,7 fois par an en médecine générale et 2 fois par an en dentaire.
- Charges de personnel y compris administratif comprises entre 65% et 80% du chiffre d'affaires.
- Ratio personnel soignant sur personnel administratif : 0,7 (1 administratif pour 1,44 praticien)
- Coût du tiers payant de 3 € par passage.
- Application du droit du travail.
- Hypothèses sur les rémunérations :

Activité	Rémunération	Rémunération mensuelle nette pour 1 ETP (35 heures par semaine) en €
Médecine générale	**40% des actes + 10% de congés payés + 3% de volet optant**	**3 850**
Spécialités	35% des actes + 10% de congés payés	
Ophtalmologie		5 800
ORL		4 550
Gynécologie		4 550
Cardiologie		5 600
Dermatologie		4 290

Soins dentaires		
Omnipratique	30% des soins en omnipratique ; 25% des prothèses + 3% du volet optant	4 600
Implantologie	33% des actes	
Orthodontie	33% des actes	10 050
Radiologie		**6 450**
Conventionnelle	15% des actes + 10% de congés payés	
Echographie	25% des actes + 10% de congés payés	
Mammographie	15% des actes + 10% de congés payés	

- Taux de cotisations sociales patronales : 51%.
- Temps de travail productif : 1 520 heures par an sur 1 607 (temps non productif = 3 heures de formation par an, 1,5 heure de coordination par semaine pour généralistes et dentistes ; 6 jours de formation par an et 1 heure de coordination par semaine pour autres spécialistes).

[551] **Résultats en année 3**

Activité	Hypothèse tarif moyen par acte	Hypothèse nombre d'actes par heure	Chiffre d'affaires moyen par heure	Nombre de cabinets	Nombre d'ETP	Chiffre d'affaires en année 3	Résultat net en année 3
Médecine générale	**23**	**4**	**90**	**4**	**7**	**1 171 000 (11%)**	**74 000**
Spécialités				**10**		**(33%)**	**78 000**
Ophtalmo	42	4	165	2	3	787 000 (8%)	28 000
ORL	44	3	129	2	3	618 000 (6%)	11 000
Gynéco	44	3	129	2	3	618 000 (6%)	-1 000
Cardiologie	54	3	159	2	3	758 000 (7%)	41 000
Dermatologie	31	4	122	2	3	581 000 (6%)	-1 000
Soins dentaires				**6**		**(38%)**	**399 000**
Omnipratique (30% de soins et 70% de prothèses)			216	5	17	2 855 000 (28%)	230 000
Implantologie				1	0	105 000 (1%)	19 000
Orthodontie			380	1	4	907 000 (9%)	150 000
Radiologie				**4**	**10**	**1 953 000 (19%)**	**-38 000**
Conventionnelle hors petit os	31	5		1			
Echographie	53	3		2			
Mammographie	66	4		1			
TOTAL				**24**	**75**	**10 352 (100%)**	**512 000**
Pour information : Investissements initiaux						**2 350 000 (dont 61% immobilier) soit 98 000 € par cabinet**	

[552] **2. Centre de soins infirmiers moyen en milieu rural**

[553] **Principales hypothèses**

- Loyer de 126 € hors taxes par mètre carré par an.
- Rémunération annuelle de 30 000 €.
- Taux horaire moyen (recette totale moyenne incluant IK, majorations et forfaits) par ETP infirmière : 45 €.
- Taux d'AMI de 65%
- 4 ETP infirmière

[554] **Principaux résultats :**

- Chiffre d'affaires estimé : 375 000 €
- Résultat : - 21 000 € (6% du chiffre d'affaires)
- Pour arriver à l'équilibre, il faut un taux d'AMI de 77% (au lieu de 65%) ou remplir les conditions suivantes :
  - une permanence sur site permettant de faire 30 minutes de plus par semaine
  - un partenariat avec un SSIAD (augmentant le taux d'AMI de 3%)
  - une renégociation du loyer.

[555] **3. Centre dentaire moyen en province**

[556] **Principales hypothèses**

- Amplitude d'ouverture horaire : 55 heures par semaine, 45 semaines dans l'année.
- Taux de remplissage en omnipratique et orthodontie : 75% en première année, 85% en deuxième année, 98% en troisième année.
- Taux de remplissage en implantologie : 65% en première année, 75% en deuxième année, 85% en troisième année.
- Conditions optimales d'organisation et de gestion.
- Hypothèses de rémunération :

Activité	Rémunération	Rémunération mensuelle nette pour 1 ETP (35 heures par semaine) en €
Omnipratique	30% des soins en omnipratique ; 25% des prothèses + 3% du volet optant	4 600
Implantologie	33% des actes	
Orthodontie	33% des actes	10 050

[557] **Résultats en année 3**

Activité	Chiffre d'affaires moyen par heure en €	Nombre de cabinets	Nombre d'ETP	Chiffre d'affaires en année 3 en €	Résultat net en année 3 en €
Omni pratique	216	5		2 600 000 (60%)	151 000
Implantologie		2		1 612 000 (37%)	229 000
Orthodontie	380	1		89 000 (2%)	12 000
TOTAL		7		4 301 000 (100%)	393 000
Pour info : investissements initiaux				1 120 000 (dont 38% d'immobilier) Soit 160 000 € par cabinet	

ANNEXE 10 : TABLEAU RECAPITULATIF DES CONCLUSIONS DES ETUDES DES CONSULTANTS

Tableau 9 : Récapitulatif des conclusions des études des cabinets Coactis, Référis et RBC

	COACTIS SANTE	RICHARD BOUTON CONSULTANT	REFERIS
CONDITIONS PREALABLES			
Emplacement dans une zone à fort besoin de santé et attractive pour les professionnels de santé	Diagnostic territorial quantifiant et qualifiant les besoins de santé		
Activités : diversifier l'activité pour diversifier le risque	Polyvalents : Combiner activités. La médecine générale ne peut s'équilibrer seule. Il faut : * y associer des activités comme chirurgie dentaire, cardiologie, gynécologie, ophtalmologie, * également mettre en place une délégation de tâches. Dentaires : peuvent être équilibrés, les niveaux de recettes étant plus élevées, notamment en orthodontie.		
Taille critique pour mutualiser les coûts et atteindre un chiffre d'affaires minimal suffisant pour équilibrer le centre	Grand polyvalent à Paris : 24 (4 médecins généralistes + 10 spécialistes + 6 fauteuils dentaires dont 1 implantologie ou orthodontie + 1 radio, 2 écho et 2 mammographie) Moyen médical sans dentaire : 13/14 cabinets à Paris (4 à 4,5 M€ de CA) ; 7/8 en province (2 à 2,5 M€) Petit polyvalent province : 3 (2 médecins généralistes + 1 spécialiste) Dentaires : 3 fauteuils omnipratique à Paris (1,5 à 1,7 M€) ; 2 en province.	Au moins 20 000 passages annuels	
Pilotage de l'activité	Tableaux de bord journaliers, hebdomadaires et mensuels	« Un bon management général ». Cadre formé et expérimenté	
OPTIMISER LES RESSOURCES			
Amplitude horaire	55 heures	« Adaptée aux besoins des patients » : 54 heures (tous les jours + samedi matin)	Augmenter le taux d'occupation des cabinets
Nombre d'actes par heure	Définir une cible par profession : 4 par heure pour un médecin généraliste, ophtalmologue et	« Veiller aux paramètres d'activité et de productivité des médecins ». Au moins	

	dermatologue, 3 par heure pour gynécologue, cardiologue et ORL	égale à la moyenne en libéral ; jamais moins de 3500 actes par ETP	
Remplissage des plannings	Relance systématique avant chaque rdv ; plages de consultations non programmés pour médecine générale, dentaire, radiologie		Organiser l'accueil et le taux de décroché
Cotation des actes	Former les professionnels		Optimiser le codage des actes médicaux, les résultats de l'imagerie et du dentaire
Option de coordination	La demander systématiquement	Adhérer aux options de coordination	Informer les centres de santé de l'intérêt de l'option de coordination
Temps de travail	Fidéliser	Jamais inférieur à un tiers temps	
Occupation des cabinets	98%	« Une médecine générale apte à assurer la continuité des soins » ; Nombre d'ETP permettant de couvrir toutes les plages d'ouverture	
LIMITER LES COUTS			
Masse salariale chargée / Chiffre d'affaires	65% à 80% du chiffre d'affaires		
Rémunération en pourcentage des actes	Variable selon les activités : de 15% (radiologie) à 40% (généralistes) et même 60% (scanner)	« Un niveau et un mode de rémunération adapté aux contraintes budgétaires ». A l'acte. Jamais supérieure à 40%.	Favoriser une rétribution au pourcentage de l'activité
Consommables médicaux	2% sauf pour les centres dentaires (23% pour prothèses et implantologie ; 4% pour soins dentaires)		Centraliser les achats
Loyer	De 2% à 5% du chiffre d'affaires		
Maintenance informatique	Inférieur à 2,5% du chiffre d'affaires		
Rapport ETP administratif (hors assistant dentaire et manipulateur radiologie) / ETP soignants	Inférieur à 1	Proche de 1 ; au moins 3500 actes / ETP (la productivité du personnel non producteur d'actes doit être acceptable)	Diminuer les ratios de personnel non producteur de soins
Tiers payant	S'organiser pour ne pas dépasser 3 € par passage maximum	Ne pas dépasser 4 € par acte. Rejets inférieur à 7%	Optimiser l'organisation pour réduire son coût ; suivre les impayés (patients et organismes) pour les réduire

Source : Etudes des cabinets Coactis ; RBC (page 38) ; Référis

ANNEXE 11 : RECENSEMENT DES MAISONS DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLES (MSP)

Région	Nombre de maisons de santé ouvertes	Nombre de structures ouvertes sans projet de santé	Nombre de projets de MSP	Total général
ALSACE	4		1	5
AQUITAINE	16		21	37
AUVERGNE	5		16	21
BASSE-NORMANDIE	7			7
BOURGOGNE	25		18	43
BRETAGNE	20		22	42
CENTRE	24		10	34
CHAMPAGNE-ARDENNE	10			10
CORSE	1		2	3
FRANCHE-COMTE	21		3	24
GUYANE	2		1	3
HAUTE-NORMANDIE	7		4	11
ILE-DE-FRANCE	15		6	21
LA REUNION-MAYOTTE			10	10
LANGUEDOC-ROUSSILLON	3		23	26
LIMOUSIN	2	1	18	21
LORRAINE	8	14	10	32
MARTINIQUE	2			2
MIDI-PYRENEES	6		22	28
NORD-PAS-DE-CALAIS	12	1	14	27
PAYS DE LA LOIRE	12		20	32
PICARDIE	5			5
POITOU-CHARENTES	12	1		13
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	4		11	15
RHONE-ALPES	17	29	77	123
Total général	**240**	**46**	**309**	**595**

NB : selon les données de l'observatoire, la Guadeloupe ne compte aucune MSP.

Source : Observatoire des maisons de santé, renseigné par les ARS, au 14 mars 2013

Soit au total 286 maisons de santé (y compris les structures n'ayant pas transmis de projet de santé à l'ARS) et 309 projets connus des ARS.

ANNEXE 12 : L'AMELIORATION DE LA GESTION DU TIERS PAYANT DANS LES CENTRES DE SANTE PARISIENS

[558] L'expérience des centres de santé (CDS) de la ville de Paris montre qu'il est possible de réduire considérablement le taux de rejet en mettant en place de nouveaux outils et en s'appuyant sur un bon partenariat avec la CPAM.

[559] Comme suite à l'audit réalisé, en 2010, par Richard Bouton Consultants, sur les centres de santé parisiens, la CPAM de Paris a en effet mis en place, dans le cadre de la coordination des CDS, un groupe de travail ayant pour objectif d'améliorer les relations entre l'assurance maladie et les CDS.

[560] Ce travail, qui se poursuit actuellement, a porté notamment sur les points suivants :

- mise en place d'un tableau de bord de suivi de la qualité de la facturation pour chaque CDS, faisant apparaître les délais de transmission des factures, les taux de rejets, les principaux motifs de rejet… En cas de dégradation significative de l'un de ces indicateurs, les services de la CPAM contactent le CDS et lui proposent des actions d'amélioration ;
- déploiement de l'outil CDR (service en ligne de consultation des droits) ; initialement développé pour les établissements de santé, CDR a été adapté pour les CDS et déployé progressivement depuis novembre 2011. Il permet aux centres d'accéder à des informations complètes et à jour concernant les droits des patients et d'améliorer ainsi la qualité de la facturation en limitant les rejets. Cet outil a permis de ramener en 2012 à moins de 4 % le taux moyen de rejet des CDS ;
- mise en œuvre de sessions de formation du personnel administratif des CDS pour améliorer leur connaissance des règles du parcours de soins ; ces formations sont organisées à la demande des CDS ;
- mise en place d'une « lettre des centres de santé » trimestrielle ; elle a pour objet d'informer les centres sur des évolutions réglementaires, de nouveaux outils, des initiatives intéressantes développées dans des structures… Son approche est toujours très concrète.

[561] En outre, à la différence de la plupart des centres de santé, dans les centres municipaux de Paris, qui utilisent le logiciel MAIDIS (logiciel qui assure l'ensemble des procédures relatives à la prise en charge d'un patient en centre de santé, notamment : prise de rendez-vous, création du dossier administratif et médical du patient, cotation, facturation à la sécurité sociale) :

- ce sont les professionnels de santé eux-mêmes qui valident, lors de la consultation, la feuille de soins qu'ils produisent à partir de leur carte CPS et de la carte Vitale du patient, ce qui permet un flux synchronisé et donc une facturation plus rapide ;
- en ce qui concerne les « complémentaires santé », un projet de conventionnement est en cours avec quatre concentrateurs qui permettent de couvrir une grande majorité ces organismes (Almérys, Viamédis, Isanté, SP Santé) ;
- chaque jour, les feuilles de soins électroniques (demandes de remboursement électronique pour les organismes complémentaires) éditées à partir des postes des professionnels sont télétransmises par une personne habilitée du centre ; elles donnent lieu quelques jours plus tard à une notification de paiement ou de rejet ; les rejets sont traités sous forme papier après reprise du dossier patient, nouvelle vérification des droits et réédition d'une facture.

[562] Ces travaux ont été très appréciés par les CDS parisiens et ont contribué à améliorer et moderniser leur gestion.

[563] Ainsi, par exemple, au centre Marcadet (qui accueille 36% de bénéficiaires de la CMU-c et 9% de l'AME), le taux de rejet est passé de 13,7% en décembre 2009 à 3,15% en décembre 2012.

[564] La direction des centres de santé de la ville de Paris estime qu'avec une bonne gestion, on peut arriver à assurer la gestion du tiers payant avec 2 ETP pour 25 000 passages. Dans ces centres, la vérification et l'enregistrement des droits des patients prennent entre 5 et 15 minutes à l'accueil selon la complexité du dossier, les éléments fournis par le patient et l'accès aux données consultées par informatique.

ANNEXE 13 : BUDGET TYPE D'UN CENTRE DE SANTE EQUILIBRE

[565] Le budget qui suit est une construction à partir d'exemples concrets de centres de santé tenant une comptabilité analytique et présentant des budgets identifiant précisément la nature des financements. Ce centre de santé médical développe des actions sociales et de santé publique.

[566] Ce budget bien géré permet au gestionnaire d'être équilibré, en mobilisant trois types de financement qui correspondent aux trois étages envisagés dans les recommandations de la mission :

- Option de coordination => Forfait de gestion regroupée (respect des critères de bonne gestion) ;
- ENMR Coordination => Forfait de coordination médicale interne et externe
- Financements supplémentaires :
  - d'actions sociales (par un contrat urbain de cohésion sociale et par le conseil général) => Supplément social
  - et de santé publique (par l'ARS) => Supplément de santé publique

POSTES	MONTANT (ordre de grandeur en €)
DEPENSES	**1 100 000**
Charges de personnel	**870 000**
Impôts et taxes	**60 000**
Achats	**24 800**
Services extérieurs	**105 000**
Location immobilière	*27 000*
Maintenance	*10 000*
Autres (assurance, documentation, séminaire, formation, publication, téléphone…)	*68 000*
Charge financière	**200**
Amortissement	**16 000**
Provision	**10 000**
Remboursement dette	**14 000**
RECETTES	**1 100 000**
Actes médicaux (remboursement AM et ticket modérateur)	**700 000**
Autres recettes de l'assurance maladie	**113 000**
Subvention « Teulade »	*38 000*
Subvention Télétransmission	*2 000*
Option de coordination	*73 000*
Autres subventions	**287 000**
Mise à disposition des locaux par la commune	*24 000*
Subvention CCAS	*70 000*
Subvention CUCS	*10 000*
Subvention du conseil général	*40 000*
ENMR 1 et 2 (coordination et éducation thérapeutique)	*73 000*
Subvention ARS CPOM Santé publique	*70 000*

ANNEXE 14 : LA REFORME DE LA REMUNERATION DES MEDECINS AUX ETATS-UNIS

[567] La présente fiche a pour objet d'éclairer le débat sur la rémunération des professionnels de santé à partir des réflexions menées par la commission nationale sur la réforme de la rémunération des médecins aux Etats-Unis. En effet, les Etats-Unis présentent la particularité de combiner un système de paiement à l'acte avec un système de rémunération fixe.

Rapport de la commission nationale sur la réforme de la rémunération des médecins
William Frist, Steven 1. Schroeder et al (Mars 2013)

« Le système de santé des Etats-Unis souffre de deux maux : un coût élevé et une qualité inégale »

La commission nationale sur la réforme de la rémunération des médecins a été créée par la Society of General Internal Medicine qui regroupe 3 000 médecins impliqués dans la recherche, la prévention et la formation des étudiants en soins primaires.
Cette commission est composée de médecins de diverses spécialités, de représentants du système de santé, d'assureurs, de fonctionnaires du ministère de la santé et de représentants des usagers du système de santé. Elle était présidée par Steven Schroeder (professeur de médecine à l'université de Californie) et William Frist, chirurgien cardiaque et ancien sénateur.
La commission est financée par la Fondation Robert Wood Johnson et par la Fondation californienne pour la santé.
Après un an de travaux, la commission nationale sur la réforme de la rémunération des médecins a présenté ses conclusions le 4 mars 2013 dans une conférence de presse au Capitole.

1. Les dépenses publiques en faveur du système de santé, quelques chiffres

- Trois milliards de dollars de dépenses annuelles soit 18% du PIB, 8 000 $ par personne et par an (selon leurs estimations, la France dépenserait 4 000 $ par personne et par an)
- La hausse continue du coût de Medicare : 3,5% du budget fédéral en 1975 → 15% en 2010 → pour atteindre 17% du budget fédéral en 2020
- Les dépenses importantes en faveur du système de santé n'ont pas permis d'améliorer la santé des américains : les USA sont classés 37ème par l'OMS pour le niveau de santé de la population (derrière le Maroc et le Paraguay)

2. Pourquoi les Etats-Unis dépensent autant en faveur de la santé

- **Le système du paiement à l'acte remboursé** : le modèle de rémunération des médecins aux Etats-Unis est fondé sur un système de paiement à l'acte qui permet de rémunérer les médecins pour tous les actes réalisés. Cela créé une incitation financière à réaliser davantage d'actes, et des actes plus rémunérateurs.
- **Une dépendance à la technologie et aux soins qui coûtent cher** : le gouvernement fédéral, à travers les systèmes Medicare et Medicaid, rembourse mieux les actes qui nécessitent d'utiliser des technologies que le temps passé à « évaluer et gérer les patients »[83].

[83] Derrière cette expression « evaluation and management service », on identifie les actions qui touchent à la prévention, l'éducation thérapeutique, la santé publique... c'est-à-dire les activités médicales hors soins.

- **Une proportion importante de médecins spécialistes** : un ratio très élevé du nombre de spécialistes comparé aux médecins généralistes (médecine de premier recours). Les patients peuvent se rendre directement chez leur spécialiste. Un radiologue gagne en moyenne 315 000 $ par an contre 160 000 pour un médecin généraliste. Cela conduit les étudiants en médecine à privilégier l'exercice de spécialités médicales.
- **Le renforcement des groupes de pression médicaux** : les médecins ont tendance à se regrouper pour accroître leur pouvoir de négociation et obtenir des taux de remboursement plus élevés. Cela conduit à une situation dans laquelle les organismes d'assurances remboursent à des taux très différents pour le même acte en fonction du pouvoir de négociation des différents groupes
- **Des coûts liés à la crainte de poursuites judiciaires** : la crainte des poursuites judiciaires influence le comportement des médecins. En effet, ces derniers peuvent pratiquer une médecine « défensive » c'est-à-dire qui effectue des tests et des actes inutiles pour se prémunir en cas de poursuites.
- **La fraude et les abus** : l'institut de médecine estime que la fraude au système de santé a coûté 75 millions de dollars en 2009 soit 2% du budget de la santé. D'autres avancent le chiffre de 270 millions de dollars (Rand corporation)

3. Les conséquences des dépenses élevées en faveur du système de santé

- La hausse des dépenses de santé limite celles en faveur de l'éducation, des infrastructures de transport...
- Le coût des couvertures de santé est si élevé que certaines personnes choisissent de ne pas s'assurer et de reporter leurs rendez-vous chez le médecin jusqu'à ce qu'ils soient vraiment malades

4. Le mode de rémunération des médecins aux Etats-Unis

Aux Etats-Unis, les médecins sont rémunérés (« compensés ») de trois manières :

- **Paiement à l'acte avec dispense d'avance des frais et rémunération par le système public (« free-for-service »)** : système qui présente de nombreux avantages et qui est apprécié par les patients. En pratique, les patients vont chez le médecin de leur choix et ces derniers ne restreignent pas l'accès aux spécialistes. Les patients n'avancent pas les frais et le médecin est directement rémunéré par Medicare. Les inconvénients relèvent d'un risque d'augmentation du volume des actes et notamment des actes les mieux remboursés. De plus, ce système pénalise les médecins qui font de « l'évaluation et de la gestion des patients » (à distinguer du diagnostic a priori), ce qui regroupe toutes les activités hors soins. Ces médecins ont alors tendance à accroître le nombre de patients vus par heure et à réduire le temps des rendez-vous. De nombreux experts considèrent que ce système est le principal responsable du coût élevé du système de santé.

- **La rémunération fixe** : à la capitation, au forfait.
  - **A la capitation** : les médecins sont rémunérés à partir d'un montant déterminé par patient sur une base mensuelle. Ce système présente l'avantage d'être indifférent aux « services » que le patient reçoit et à la manière dont ils sont fournis (un médecin peut délivrer un soin par téléphone, en visite à domicile…). De plus, ce système est avantageux pour la rémunération des soins primaires et la prévention. Enfin, dans la mesure où le médecin supporte un risque financier, ce système créé une incitation à fournir des soins efficients, à maintenir les gens en bonne santé et à réduire les dépenses sur les soins inutiles. La capitation présente cependant des inconvénients parmi lesquels un risque implicite de sélection des patients par le médecin, une incitation des médecins à limiter l'accès à certains services comme l'imagerie ou encore au renvoi chez un spécialiste.
  - **Le forfait par « épisode » ou « événement »** : un prix est fixé en fonction des caractéristiques des patients, de certains événements ou autres épisodes comme une crise cardiaque. Ce mode de

rémunération se rapproche des groupements homogènes de séjour qui existent à l'hôpital (même système en France et aux Etats-Unis). Il encourage une meilleure coordination entre les équipes médicales et entre les praticiens, l'hôpital et les autres personnes impliquées dans la santé du patient. Avec un prix fixé pour la totalité d'un événement, les praticiens sont incités à être plus prudents. Toutefois il apparaît difficile de déterminer les « groupes de forfait ». Il y a également une déconnexion entre la rémunération et l'activité (« participation ») des médecins.

- **Le salaire** : un médecin salarié (sans prime ou autre rémunération fondée sur la performance) tendrait à soigner davantage des patients complexes. En général, les motivations associées à la rémunération salariée sont inférieures au système du free-for-service (sorte de « dispense d'avance des frais »). Le salaire est largement déterminé par un accord avec l'employeur. De plus en plus de médecins choisissent ce mode d'exercice. Toutefois, le mode de rémunération n'est pas exempt d'incitations financières en fonction de la qualité des soins. Par exemple, le Geisinger Medical Center (Pennsylvanie) rémunère ses praticiens à 80% sur la base de « l'effort professionnel » et 20% sur la performance individuelle et collective.

5. Les modèles « hybrides », « mixtes » de rémunération

- **Les organisations responsables de soins (ACO)** : ce système permet d'éliminer les incitations financières qui existent dans le free-for-service (dispense d'avance des frais) et encourage la prévention et la qualité des soins. Il s'agit de réseaux de praticiens (souvent des centres hospitaliers et regroupements de médecins) qui, en théorie, assument le risque financier lié à la qualité et au coût total des soins qu'ils délivrent. La plupart des médecins dans les ACO sont rémunérés par Medicare et peuvent partager les économies réalisées si les objectifs de qualité et de coûts sont respectés. Les résultats enregistrés à ce jour sont mitigés

- **Les maisons médicales centrées sur le patient** : l'objectif ici est de passer d'un modèle fondé sur le volume des actes à un modèle basé sur la valeur des actes en fonction de leur qualité et de leur efficience pour les patients. Il s'agit notamment de compenser des soins qui ne sont traditionnellement pas rémunérés. Cela concerne la coordination des soins pour les patients atteints de maladies chroniques. Le modèle est construit à partir du médecin responsable des soins primaires qui coordonne les soins du patient et est rémunéré à la capitation ou sur un budget global. Les premières expérimentations ont révélé que ce modèle permettait de faire des économies et d'améliorer la qualité des soins.

- **Contenir l'augmentation des dépenses de santé** : depuis 1997, le Congrès des Etats-Unis dispose d'une méthode permettant de contrôler la croissance des rémunérations des médecins par Medicare. Tous les ans depuis 2002, les sommes dépensées pour la rémunération des actes des médecins ont excédé le taux de croissance fixé (sustainable growth rate = SGR)

6. Les recommandations les plus importantes

- La transition vers une approche fondée sur la qualité des soins devrait démarrer par l'expérimentation de nouveaux modèles de santé pendant une période de cinq ans avec un objectif de généralisation à dix ans.
- Le système de dispense d'avance des frais devrait être maintenu mais devra nécessairement évoluer pour encourager les comportements qui améliorent la qualité et le moindre coût des soins.
- Il est nécessaire que Medicare et les assureurs privés mettent à jour annuellement les grilles de rémunération pour « l'évaluation et la gestion des patients » (éducation thérapeutique, prévention, santé publique....) qui sont toujours sous-évaluées. En revanche, la grille de rémunération liée au diagnostic devrait être gelée pour les trois années à venir.
- La contractualisation liée au système de dispense d'avance des frais devrait toujours comporter

des indicateurs de qualité pour les taux de remboursement négociés.

- Les modes de rémunération à la capitation ou au forfait devraient être au départ utilisés dans les domaines où des économies importantes sont possibles ainsi qu'une meilleure qualité des soins (patients atteints de maladies chroniques).
- Le taux de croissance des dépenses devrait être supprimé tout en permettant de faire des économies par une diminution de la rémunération des médecins et une baisse de l'utilisation inutile des services de Medicare.

Synthèse et traduction réalisée par Juliette Part, stagiaire à l'IGAS

SIGLES UTILISES

ACS	Aide à la complémentaire santé
ADMR	Aide à domicile en milieu rural
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'Etat
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APL	Accessibilité potentielle localisée
ARS	Agence régionale de santé
ASIP Santé	Agence des systèmes d'information partagés de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BERF	Base établissement référentiel
C3SI	Confédération des unions régionales des centres de santé infirmiers communautaires
CANSSM	Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit du sida et des hépatites B et C
CDR	Consultation des droits
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIDD	Centre d'information et de dépistage de la drépanocytose
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CLIF	Centre lyonnais d'imagerie féminine
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CME	Commission médicale d'établissement
CMU-c	Couverture maladie universelle complémentaire
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPS	Carte de professionnel de santé
CRF	Croix rouge française
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSI	Centre de soins infirmiers
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMP	Dossier médical partagé
DRE	Demande de remboursement électronique
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
ENMR	Expérimentation des nouveaux modes de rémunération
ETP	Equivalent temps plein
FFMPS	Fédération française des maisons et pôles de santé
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FIDES	Facturation directe à l'hôpital
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR	Fonds d'intervention régional
FMF	Fédération des mutuelles de France
FNASS	Fonds national de l'action sanitaire et sociale
FNMF	Fédération nationale de la mutualité française
FNISASIC	Fédération nationale des institutions de santé d'action sociale d'inspiration

	chrétienne
FNCS	Fédération nationale des centres de santé
FSE	Feuille de soins électronique
GCS	Groupement de coopération sanitaire
HAS	Haute Autorité de santé
HPST	Hôpital, patients, santé, territoires
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRM	Imagerie par résonance magnétique
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LMDE	La mutuelle des étudiants
MGEN	Mutuelle générale de l'éducation nationale
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
MNH	Mutuelle nationale des hospitaliers
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
ONZUS	Observatoire national des zones sensibles
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMI	Protection maternelle et infantile
PRS	Projet régional de santé
RATP	Régie autonome des transports parisiens
REAGJIR	Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants
REPSA	Religieuses présentes dans la santé
RNOGCS	Regroupement national des organisations gestionnaires des centres de santé
ROC	Remboursement aux organismes complémentaires
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SNIIRAM	Système national d'informations inter régions d'assurance maladie
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
UNA	Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles
UNCAM	Union nationale de caisses d'assurance maladie
UNIOPSS	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
USMCS	Union syndicale des médecins de centres de santé
ZUS	Zone urbaine sensible

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

Sous la direction de Michel LIMOUSIN ; *Les centres de santé en mouvement* ; Le temps des cerises ; 2010

Rapports et études

COUR DES COMPTES :

- *La prévention sanitaire*, Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, octobre 2011

IGAS :

- DANIEL C., LEMOINE M., PICARD S. ; *Enquête sur le fonctionnement de l'AGECSA (Association de gestion des centres de santé de Grenoble)* ; 1994
- BURSTIN Anne, LALANDE Françoise, MERLHE Georges ; *Les centres de santé* ; 1998
- LEGER Anne-Marie, MAUSS Huguette ; *Situation financière des centres de soins infirmiers* ; novembre 2006
- ABELLA Pierre, DELAHAYE-GUILLOCHEAU Valérie, GATIER Jérôme ; *Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale* ; rapport conjoint IGAS-IGF, décembre 2008
- BONNET Jean-Louis, BRUANT-BISSON Anne ; *Mission d'évaluation de la contribution du Grand conseil de la mutualité à l'offre de santé des Bouches-du-Rhône et d'appui à l'évaluation de sa situation financière* ; juin 2012

DREES :

- BELLAMY Vanessa ; *Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010* ; Etudes et résultats n°786 ; décembre 2011
- LE GARREC Marie-Anne ; *Les comptes nationaux de la santé en 2011* ; Etudes et résultats n°809 ; septembre 2012
- SICARD Daniel ; *Les médecins au 1er janvier 2012* ; février 2012
- BARLET Muriel et al. ; *L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux* ; Etudes et résultats n°795; mars 2012

INSEE :

- INSEE Première n°1412 ; *Les niveaux de vie en 2010* ; septembre 2012

IRDES :

- CASES Chantal et al. ; *Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux ?* ; Questions d'économie de la santé n°130 ; mars 2008
- BOURGUEIL Yann, MAREK, Anna, MOUSQUES Julien ; *Trois modèles d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle Zélande* ; Question d'économie et de la santé n° 141, avril 2009
- LE FUR Philippe ; *Le temps de travail des médecins généralistes - une synthèse des données disponibles* ; Questions d'économie de la santé n°144 ; juillet 2009
- BAUDIER François et al. ; *La dynamique de regroupement des médecins généralistes de 1998 à 2009* ; Questions d'économie de la santé n°157 ; septembre 2010

- BOURGUEIL Yann, MOUSQUES Julien ; *Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure sont-elles plus précaires ?* Questions d'économie de la santé n°165 ; Mai 2011
- DESPRES Caroline et al. ; *Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique* ; Questions d'économie de la santé n°170 ; novembre 2011
- DOURNGON Paul, GUILLAUME Stéphanie, ROCHEREAU Thierry ; *Enquête sur la santé et la protection sociale* 2010 ; juillet 2012
- BOURGUEIL Yann, MOUSQUES Julien ; *Etude Epidaure – Evaluation de l'apport des centres de santé en termes d'accès aux soins et de réduction des inégalités de santé* ; avril 2011

AUTRES :

- ACKER Dominique, *rapport sur les centres de santé* ; juin 2007
- VALLANCIEN Guy, *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement* ; 2009
- HUBERT Elisabeth ; *rapport sur la médecine de proximité* ; 2010
- BOUTON Richard, COULOMB Alain ; *La place des centres de santé dans l'offre de soins parisienne* ; Cabinet Richard Bouton Consultants ; février 2010
- Conseil d'analyse stratégique ; *Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Les coopérations entre professionnels de santé* ; note d'analyse n°254 ; décembre 2011
- COACTIS SANTE ; *La création d'un prototype économique d'un centre de santé* ; décembre 2011
- Conseil national de l'ordre des médecins ; *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2012* ; Tome 1 ; 2012
- COACTIS SANTE ; *La création d'un prototype économique d'un centre de soins infirmiers* ; octobre 2012
- Observatoire national des zones urbaines sensibles ; *rapport annuel* ; p. 150 ; novembre 2012
- Haute Autorité de santé ; *Matrices de maturité en soins primaires* ; décembre 2012
- AZOULAY Danièle pour l'ARS d'Ile-de-France, *Accompagnement des centres de santé dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique* ; Cabinet Référis, décembre 2012
- FRIST William et al. ;*Report of the National commission on physician payment reform* ; mars 2013

Articles

VAN DORMAEL Monique ; *Le centre de santé intégré et les maisons médicales* ; Groupe d'étude pour la réforme de la médecine (GERM) ; 1981

ACKER Dominique, COLIN Marie-Pierre ; *Les centres de santé : une histoire, un avenir* ; revue Santé publique ; 2009

Sites Internet

Fédération des maisons de santé belges : http://www.maisonmedicale.org/

Site d'information sur les centres de santé : http://www.lescentresdesante.com/