



Conférence territoire santé

Les centres de santé

Vendredi 21 novembre 2014

Anne Giron et Sylvie Découflet

DASES

**Direction de l'action sociale,
de l'enfance et de la santé**

Sous direction de la santé

Bureau de l'Accès aux soins et des centres de
santé



Définition d'un centre de santé

- ☐ lieu de santé de proximité ou structure ambulatoire de soins de premiers recours mettant à disposition du public, sans aucune discrimination, une offre d'éducation à la santé, de prévention et de soins médicaux, paramédicaux et dentaires de proximité en secteur 1
- ☐ À côté des hôpitaux et des cabinets libéraux, mode d'organisation original dans la tradition des dispensaires et de la médecine sociale
- ☐ Les centres peuvent être polyvalents, infirmiers ou dentaires
- ☐ Les missions principales sont de faciliter l'accès aux soins pour tous et de favoriser une pratique regroupée et coordonnée



Origine historique

- ❑ Création du premier dispensaire gratuit pour les plus pauvres par T. Renaudot au XVIIIème siècle
- ❑ Développement des dispensaires à partir de la fin du XIXème , soit municipaux au départ soit ensuite gérés par des associations caritatives ou des congrégations religieuses
- ❑ Après 1945 création de nombreux dispensaires par des municipalités de la « banlieue rouge ». Début d'une structuration entre centres
- ❑ Le terme « centre de santé » commence à se substituer à celui de dispensaire dans les années 50/60, le développement se poursuit
- ❑ 1990 : un 1^{er} rapport de l'IGAS dénombre plus de 2000 centres dont 10% gérés par des municipalités



Cadre juridique actuel

- ❑ le code de la santé publique : chapitre III arrêté du 30 juillet 2010
 - Article L 6323.1 (définition et règles générales)
 - Articles D 6323.2 à 10 (fonctionnement, règlement intérieur)
 - Articles R 6323.23 à 25 (IVG médicamenteuse)
- ❑ Le code de la sécurité sociale : chapitre II dispositions générales relatives aux soins
 - Article L 162.32 (subventions, rapports CPAM et CDS)
- ❑ L'accord national du 19/04/2003 destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie (reconduit en 2008 pour 5 ans, quatre avenants en 2004, 2007 et 2009)



Caractéristiques principales

- ☐ Créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé ou des mutuelles
- ☐ Projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique
- ☐ Activités de soins sans hébergement
- ☐ Soins assurés en secteur 1 et dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie (tiers payant)
- ☐ Participation à une régulation concertée et médicalisée des dépenses de santé (tarifs encadrés hors parcours de soins ou non pris en charge)
- ☐ Salariat des médecins exerçant dans le centre



Caractéristiques principales

- ☐ Liberté de choix pour les assurés entre tous les offreurs de soins
- ☐ Organisation et procédures permettant l'intégration dans la pratique de l'équipe médicale des recommandations de bonnes pratiques
- ☐ Coordination des soins médicaux
- ☐ Relais des actions menées dans le cadre des fonds nationaux de prévention : dépistage (sensibilisation et participation aux actions)
- ☐ Non discrimination dans l'accès aux soins pour les assurés relevant des régimes obligatoires d'assurance maladie quelles que soient les modalités de leur prise en charge
- ☐ Lieux de stage pour la formation des professionnels de santé

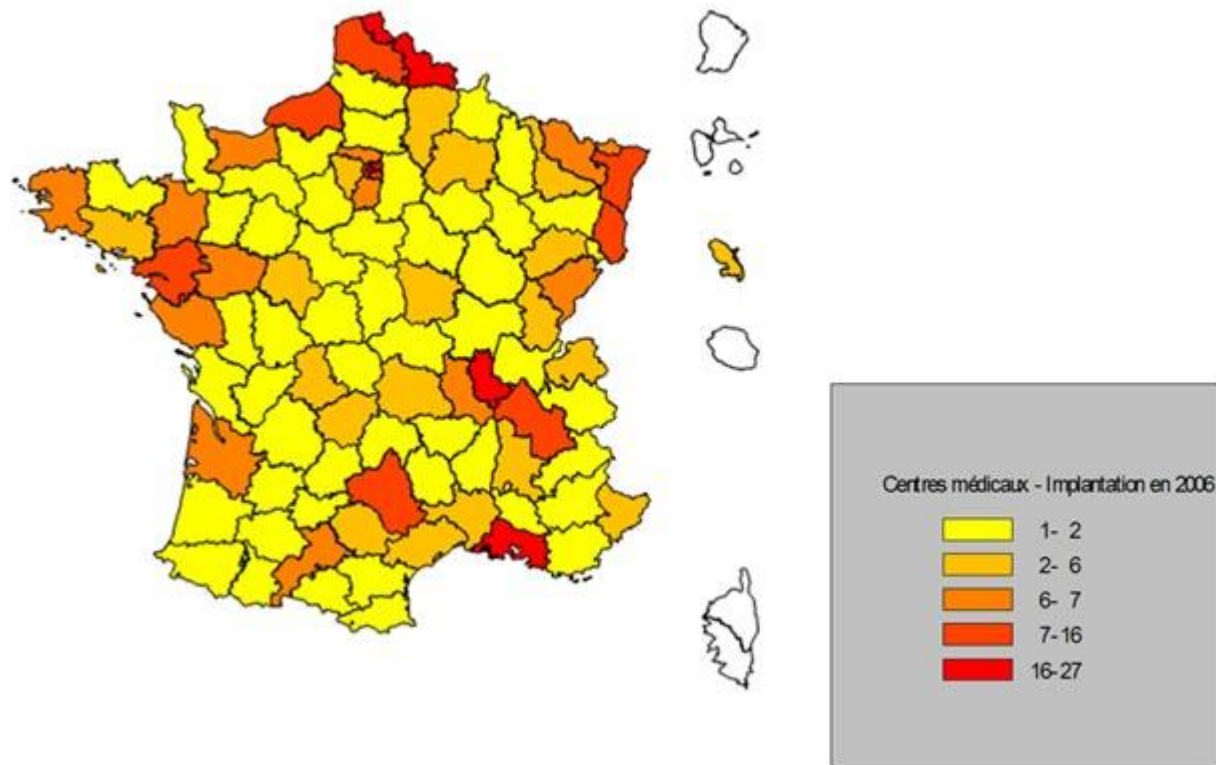


Quelques chiffres

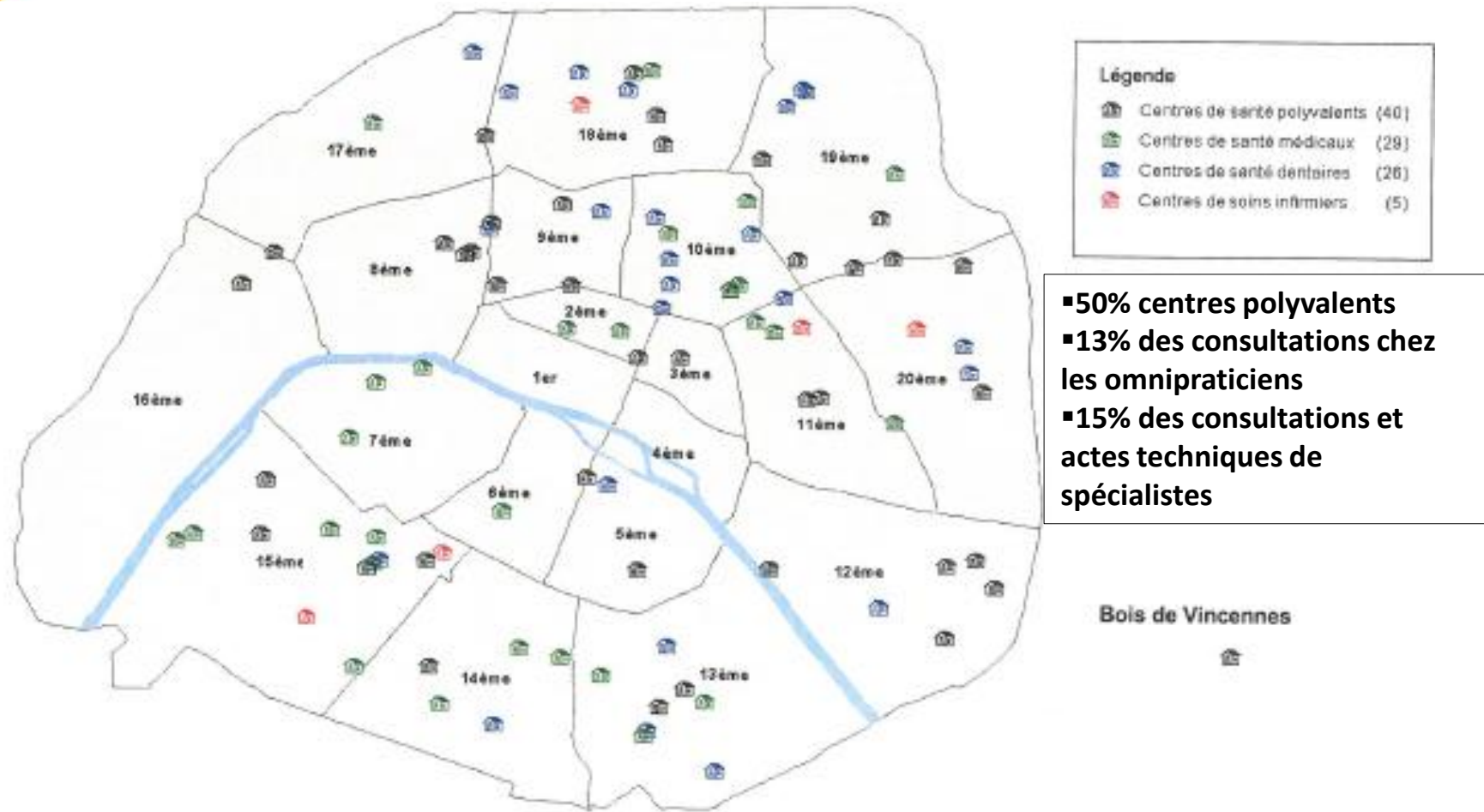
- ❑ près de 1500 centres de santé environ en France soit 2,4% des dépenses de médecine de ville
- ❑ 1,9 millions de patients soit 5% de la population a consulté au moins une fois un centre de santé polyvalent en 2011 (source CPAM, IGAS)
- ❑ 1 tiers des CDS sont associatifs, 1 tiers sont gérés par des mutuelles, 12% par la CPAM et 9% par les collectivités territoriales
- ❑ 35% centres infirmiers, 35% centres dentaires, 30% centres médicaux et polyvalents
- ❑ Une centaine de centres à Paris
- ❑ Répartition inégale selon le territoire en fonction de politiques locales volontaristes ou de la présence de mutuelles à forte vocation sociale



Répartition des centres de santé en 2007 (carte de la FNCS)



Les centres parisiens (carte CPAM 2013)



Source : fichier des structures de santé parisiennes au 1er janvier 2013



Le public des centres de santé

(enquête IRDS 2011)

❖ Une patientèle plus « sociale » que la moyenne

- ☐ Un taux significatif de patients bénéficiant de la CMU/AME
- ☐ Des patients en moyenne plus jeunes que l'âge moyen de la population (40/45 ans)
- ☐ Des patients en moyenne moins diplômés que la population globale
- ☐ Une proportion plus importante d'inactifs ou de travail à temps partiel
- ☐ Une part plus faible de patients bénéficiant d'une assurance complémentaire
- ☐ Un taux important se déclarant dans un état de santé moyen ou mauvais



Le public des centres de santé

❖ L'exemple du centre municipal parisien Marcadet

Un centre très ancré dans son environnement

- ☐ 45% des patients en CMU/AME : 10% AME et 35% CMU
- ☐ 65% des patients ont un revenu (par foyer fiscal) entre 28000 et 39400 euros
- ☐ 70% des patients âgés de moins de 40 ans et en majorité des femmes (59%)
- ☐ 18% en dessous du seuil de pauvreté (12% pour Paris)
- ☐ 60% sont domiciliés dans le territoire

❖ Les résultats de l'audit 2010 de la Ville de Paris

- ☐ 26% des patients n'ont pas de couverture complémentaire (moyenne nationale 8%)
- ☐ 34% des patients sont ouvriers ou employés 20% retraités et 22% sans profession



Le fonctionnement

(exemple centre municipal parisien)

❑ La permanence des soins

- Horaires : horaires d'ouverture de façon à favoriser la permanence des soins.
8h30/19h
- Urgences : plage réservée à la prise en charge des soins non programmés(plage réservée aux petites urgences)
- Orientation : le centre oriente vers d'autres structures de soins aux heures où le centre est fermé

❑ L'activité

- Offre de soins : elle est variable et se décline par centre (polyvalent ou dentaire.)
- Prévention et dépistage : les centres participent aux différentes campagnes de prévention et de dépistage (cancer du sein, cancer de la peau...)



Le fonctionnement

(exemple centre municipal parisien)

□ La gestion administrative

- Les centres sont gérés par un médecin chef et/ou un responsable administratif (en général un cadre de santé).
- Les praticiens sont soit vacataires, soit rémunérés à un % de leurs actes.
- La gestion administrative est assurée par des agents administratifs salariés
- Pas d'autonomie budgétaire, rattachement au budget départemental de Paris
- Un dossier médical unique et adhésion à l'option de coordination

□ Les effectifs

- des personnels d'accueil et de support (secrétaires médico-sociaux, assistantes dentaires, manipulateurs radio...)
- du personnel paramédical (infirmières, pédicures...)
- des médecins
- des chirurgiens dentistes
- des agents de logistique et de ménage

➤ *Il est préconisé dans le cadre d'une bonne gestion un ratio 1/1 (personnel support/personnel soignant)*



Le fonctionnement

(exemple centre municipal parisien)

☐ La prise en charge financière

Le tiers payant

- Le patient est dispensé de l'avance du tiers payant (Accord national)
- La gestion administrative du dossier est informatisée
- Vérification des droits (CDR) permettant de limiter les rejets de remboursements
- Les dossiers sont traités par télétransmission à la CPAM à partir de la carte vitale du patient et de la carte de professionnel de santé

Les tarifs hors CPAM pratiqués

- Tarifs votés en conseil de Paris
- Tarifs en conformité avec les recommandations CPAM (« dans la limite raisonnable »)
- uniquement en soins dentaires : prothèses



Les modalités de financement

❖ ressources

- ❑ Remboursements de l'assurance maladie (facturation des actes) : autour de 50%
- ❑ Remboursement des assurés (ticket modérateur) ou des organismes complémentaires : environ 33%
- ❑ Subventions et financements divers de l'Assurance maladie (remboursement d'une partie des cotisations patronales, options de coordination médicale et/ou dentaire...) : environ 5 à 6%
- ❑ Comptes souvent en déséquilibre (hors centres dentaires) : nécessitant des subventions des mutuelles, associations, établissement de santé ou collectivité territoriale dont ils dépendent : environ 10%

❖ Dépenses

- ❑ Frais de personnel (plus de 65%)
- ❑ Frais divers : équipement médical, prothèses (pour les centres dentaires)
- ❑ Dépenses de santé publique (actions de prévention) et part du coût payant (absence fréquente de comptabilité analytique permettant un chiffrage difficile)



La fragilité financière des centres

(source rapport IGAS 2013)

- ☐ un modèle économique peu satisfaisant
- ☐ Pas de mécanisme assurant la cohérence entre les dépenses et les recettes
- ☐ Des charges spécifiques : obligation de service (gestion coûteuse du tiers payant) ne bénéficiant d'aucun financement spécifique et obligation de fonctionnement (personnel salarié dont les prélèvements sociaux sont pris en charge dans les mêmes conditions que celle des praticiens libéraux de secteur 1)
- ☐ Dépenses propres à l'exercice regroupé pouvant être subventionnées mais complexité et lourdeur de la procédure : nécessité d'un nouveau mode de rémunération
- ☐ Missions connexes à l'activité de soins (actions sociales et de santé publique) peu ou mal financées



La fragilité financière des centres

(source rapport IGAS 2013)

- ❑ demande des centres de santé de la mise en place d'un financement spécifique tant pour l'organisation que pour la coordination et la promotion de la santé (voire un forfait regroupé finançant les coûts propres aux centres de santé)
- ❑ Piloté par les ARS au niveau régional, une expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR) est en cours. Il s'agit de tester dans quelle mesure des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficacité des soins de 1er recours dans l'exercice regroupé et coordonné de la médecine.



Conclusion et perspectives d'avenir

(source rapport IGAS 2013)

□ Structure de soins présentant de nombreux avantages tant pour les médecins, les patients que les pouvoirs publics :

- Exercice regroupé, coordination des soins (partage d'interrogations sur le diagnostic et le traitement, échanges d'informations, enrichissement des pratiques, prise en charge globale du malade)
- formation et encadrement des étudiants en médecine
- Réponse adaptée pour relever les défis de la transition épidémiologique
- Participe à la permanence des soins
- Garantie d'accès géographique, financier et social à des soins de premiers recours ambulatoires



Conclusion et perspectives d'avenir

(source rapport IGAS 2013)

- ☐ rapport IGAS et ses suites : nouveau modèle économique à mettre en place mais modèle organisationnel et médical efficace
- ☐ Attente d'un nouvel accord national
- ☐ Importance des CDS pour lutter contre la désertification médicale : soutien à apporter aux créations en zone déficitaire
- ☐ Des améliorations dans le financement et la gestion , des outils de pilotage national et régional : pour viser l'équilibre financier

