



EHESP

DESSMS

Promotion : **2012-13**

Date du Jury : **Décembre 2013**

**Atouts et limites de la gestion d'un
Centre de Santé pour un Centre
hospitalier de proximité. L'exemple de
Houdan.**

Alexis CHERUBIN

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à Youen Carpo, Directeur de site de l'hôpital de Houdan et maître de stage, pour m'avoir totalement impliqué dans la vie de l'établissement et m'avoir fait participer activement aux problématiques de l'hôpital de Houdan. Nos fréquents échanges auront nourri ce travail tout au long de sa réalisation.

Je tiens à remercier chaleureusement mes amis Abdellah, Ferdinand, Laurent, Line et Yannick pour leurs encouragements, leur diligence et leur disponibilité. Leurs conseils avisés m'auront chaque fois permis d'approfondir la réflexion.

Sommaire

Introduction	1
1 Atouts de la gestion d'un Centre de Santé pour le centre hospitalier de Houdan.....	9
1.1 Une identité forte qui s'explique par des luttes historiques	9
1.1.1 L'origine du Centre de Santé : le dispensaire	9
1.1.2 La reconnaissance progressive des Centres de Santé.....	10
1.2 Un modèle qui peut répondre aux préoccupations sanitaires actuelles	12
1.2.1 Le constat d'une inadéquation entre l'offre de soins et les besoins de santé amène à s'interroger sur le renforcement de la place des Centres de Santé	12
1.2.2 Les Centres de Santé peuvent répondre aux défis d'une offre de soins réellement accessible à tous	13
1.3 Le Centre de Santé : une opportunité pour l'hôpital de Houdan	16
1.3.1 Le maintien de l'offre de soins ambulatoires est le résultat d'un compromis local original	16
1.3.2 Complémentarité du Centre de Santé avec l'hôpital	18
2 Limites de la gestion d'un Centre de Santé pour le centre hospitalier de Houdan	23
2.1 Le Centre de Santé est un fardeau sur le plan financier	23
2.1.1 Un déficit qui grève les efforts réalisés sur les autres budgets	23
2.1.2 Une situation financière atténuée par des subventions.....	24
2.2 Un modèle du salariat marqué par sa rigidité	27
2.2.1 Le modèle du salariat	27
2.2.2 Limites du modèle	28
2.2.3 À la recherche d'une forme d'exercice plus adaptée ?	30
2.3 Le tiers payant.....	32
2.3.1 Comprendre le coût du tiers payant.....	32
2.3.2 Le coût du tiers payant	34
3 Quel avenir pour le Centre de Santé de Houdan ?	37
3.1 Le fardeau que représente le Centre de Santé pour l'hôpital et le peu de perspectives d'avenir amènent à envisager sa disparition pure et simple	38
3.1.1 Une situation sans perspectives	38

3.1.2	Un modèle qui ne correspond pas à la population du territoire	38
3.2	De nouvelles pistes pour atténuer le déficit du Centre de Santé ?	41
3.2.1	Repenser l'offre de soins en adéquation avec le territoire	41
3.2.2	Augmenter les recettes	43
3.2.3	Diminuer les charges	47
3.3	Des alternatives au Centre de Santé sont-elles envisageables ?	52
3.3.1	La Maison de Santé	52
3.3.2	Les Consultations Externes	53
	Conclusion	57
	Bibliographie	59
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AJ : Accueil de Jour
ACE : Actes et Consultations Externes
ALD : Affection Longue Durée
ARS: Agence Régionale de Santé
AME : Aide Médicale d'État
AM : Assurance Maladie
AMC : Assurance Maladie Complémentaire
AMO : Assurance Maladie Obligatoire
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPS : Carte de Professionnel de Santé
CPE : Carte de Professionnel d'Établissement
CdS: Centre de Santé
CSPI : Centre de Soins de Première Intention
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CSP : Code la Santé Publique
CCPH : Communauté de Communes du Pays Houdanais
CDR : Consultation des Droits
CE : Consultations Externes
CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNR : Crédits Non Reconductibles
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ETP : Équivalent temps-plein
EPS : Établissement Public de Santé
EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examen de Santé
FIDES : Facturation Individuelle Des Établissements de Santé
FNCS : Fédération Nationale des Centres de Santé
FSE : Feuille de Soins Électronique
HAS : Haute Autorité de Santé
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
MMG : Maison Médicale de Garde
PMP : Pathos Moyen Pondéré

RBC : Richard Bouton Consultant

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

Introduction

Depuis la *Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, les Établissements Publics de Santé (EPS) peuvent gérer un Centre de Santé (CdS). En effet, dans sa rédaction antérieure à la loi du 21 juillet 2009, l'article L.6323-1 du Code de la Santé Publique (CSP) disposait que « les centres de santé [...] sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, **à l'exception des établissements de santé** mentionnés au présent livre, soit par des collectivités territoriales ». Un EPS ne pouvait donc ni créer ni gérer un CdS.

Dans sa rédaction actuelle, l'article L.6323-1 dispose que les CdS « sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, **soit par des établissements de santé** ». Désormais, un établissement de santé peut prendre l'initiative de créer un CdS et en avoir la gestion pleine et entière. Mais tout d'abord, il importe de poser les définitions et le contexte.

Qu'est-ce qu'un Centre de santé ?

« Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et 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 »¹.

L'activité d'un CdS consiste principalement à dispenser des soins de premier recours. Qu'entend-on par « soins de premier recours » ? On en trouve une définition à l'article 36 de la *Loi du 21 juillet 2009*. Cette loi a procédé à une réorganisation de l'offre de soins qui se structure désormais en deux niveaux : le premier et le second recours². Les soins de premier recours comprennent :

- « 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- 4° L'éducation pour la santé »³

Les soins de second recours comprennent tous ceux qui ne sont pas « couverts par l'offre de premier recours »⁴.

¹ Art. L.6323-1 CSP

² Couty E., Kouchner Camille, Laude A., Tabuteau D., *La loi HPST regards sur la réforme du système de santé*, Presses de l'EHESP, 2009, p183

³ Art. L.1411-11 CSP

⁴ Art. L.1411-12 CSP

Dans la mesure où le CdS est une structure sanitaire qui dispense des soins de premier recours, en quoi se distingue-t-il des autres structures ou services de santé – la maison de santé, le pôle de santé, le réseau de santé ou la maison médicale de garde – positionnés eux aussi sur le premier recours ?

Quelles différences avec les maisons de santé qui « assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours, [...] de second recours et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé »⁵ ? En effet, au-delà de la dispensation de soins de premier recours, le CdS participe aussi à des actions sociales, de santé publique, de prévention et d'éducation du patient.

Les positionnements respectifs du CdS et de la maison de santé sont donc très proches. La formulation de leur objet est presque identique. On notera néanmoins que les maisons de santé « **peuvent** participer à des actions de santé publique, de prévention, etc » là où **ces missions font partie intégrante de l'objet d'un CdS**.

En outre, la maison de santé « est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens »⁶. Autrement dit, les professionnels de santé sont les gestionnaires de la structure, à la différence d'un CdS porté par une structure gestionnaire (collectivité territoriale, association ou établissement de santé) qui recrute ensuite les professionnels de santé. Autre spécificité, les professionnels de santé en maison de santé ont des honoraires libres. Ils peuvent pratiquer des honoraires supérieurs au tarif conventionnel de la Sécurité Sociale même si « leur montant doit être déterminé avec tact et mesure »⁷ tandis que les CdS proposent des tarifs conventionnels de la Sécurité Sociale. Concrètement, cela signifie par exemple que la consultation de médecin généraliste en CdS est toujours facturée 23€ alors qu'elle peut être supérieure en maison de santé.

Quelles différences maintenant avec les pôles de santé qui « assurent des activités de soins de premier recours, [...] de second recours [...] et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire »⁸ ? Le pôle de santé a pour objet de **répondre à des problématiques sanitaires précises en cohérence avec les schémas régionaux** et par les biais du regroupement de tous les acteurs concernés. Ils sont constitués de professionnels, établissements, centres et maisons de santé. Le pôle

⁵ Art. L.6323-3 CSP

⁶ *Ibid.*

⁷ Art. R.1111-22 CSP

⁸ Art. L.6323-4 CSP

de santé n'est donc pas une structure sanitaire à proprement parler, mais une organisation qui s'appuie sur les structures sanitaires afin de répondre à des problématiques de santé publique.

Quant à la maison médicale de garde (MMG), son objet est d'assurer une activité de consultation médicale non programmée. Elle fonctionne uniquement aux heures de permanence des soins.

Ces différentes définitions étant posées, en quoi consiste la spécificité d'un CdS ? Quelles caractéristiques en façonnent l'identité ? Trois caractéristiques principales façonnent l'identité des CdS par rapport aux services et structures sanitaires ambulatoires :

- Tarifs en secteur 1. Les CdS proposent presque exclusivement des tarifs conventionnés par la Sécurité Sociale. Une exception existe toutefois pour les prothèses dentaires.
- Tiers payant obligatoire. Les patients ne font pas l'avance des frais sur la part remboursée par l'Assurance Maladie.
- Salariat des médecins. L'exercice libéral est proscrit en CdS.

Ces caractéristiques n'épuisent pas l'originalité des CdS, mais sont celles généralement mises en avant. On notera que l'article 6323-1 CSP précité, dans lequel on trouve la définition et les conditions de fonctionnement d'un CdS, ne mentionne que le salariat des médecins et la délégation du paiement du tiers. Il n'est pas fait état d'une obligation de tiers payant. Tout au plus l'article précise-t-il que « les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'**accessibilité sociale** ».

L'article L.162-32-1 du Code de la Sécurité Sociale dispose 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 ». Ce texte négocié est l'*Accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie*. C'est un texte fondateur publié au Journal Officiel le 13 avril 2003. C'est dans ce texte que l'on trouve la résolution selon laquelle les CdS « pratiquent le tiers payant et **s'engagent à respecter les tarifs conventionnels** ». **En somme les CdS ont construit leur identité sur la volonté de favoriser l'accessibilité sociale à la santé avec une activité marquée par la non-lucrativité.**

En dépit de ces caractéristiques communes, les CdS sont aussi marqués par leur diversité. Ainsi on distingue trois types de CdS :

- Le centre de santé médical ou polyvalent qui propose dans un lieu unique toute une gamme de soins ambulatoires allant de la médecine générale à l'ensemble des spécialités médicales. On parle de centre polyvalent lorsque cette offre est complétée par des soins dentaires.

- Le centre de santé dentaire qui propose uniquement des soins dentaires dispensés par des chirurgiens-dentistes, regroupant les soins dentaires, prothétiques, d'orthodontie et d'implantologie.
- Le centre de soins infirmiers dispense sur prescription médicale des soins infirmiers (soins techniques, nursing : injections, prélèvements, toilettes, pansements) au domicile du patient ou sur place. Il n'emploie que des infirmières.

Pourquoi parler ici de CdS ?

L'hôpital de Houdan est situé à l'ouest de l'Île-de-France dans le département des Yvelines (78). Il est localisé à Houdan, ville de 3300 habitants frontalière de l'Eure-et-Loir (28). L'établissement s'est positionné principalement sur la prise en charge de la personne âgée. Il correspond à ce que l'on catégorisait jusqu'à la loi HPST comme « hôpital local ». Si l'hôpital de Houdan rentre désormais dans la catégorie des Établissements Publics de Santé (EPS), il reste une structure de proximité avec un positionnement différent d'un Centre Hospitalier Général. Il ne dispose pas de plateau chirurgical ni de maternité. Il regroupe les services suivants regroupés en un pôle sanitaire et un pôle médico-social⁹ :

PÔLE SANITAIRE	PÔLE MÉDICO-SOCIAL
Médecine (15) Unité de soins palliatifs (5) Soins de suite et de réadaptation (11) Soins de longue durée (30) Centre de santé	EHPAD (148) Hébergement temporaire (6) Accueil de jour (6) SSIAD (72) Maison d'accueil spécialisé (12) État végétatif chronique/État pauci- relationnel (6)

Héritage d'une histoire originale que nous retracerons plus loin, **l'hôpital de Houdan gère un Centre de santé médical**. On y trouve des consultations de médecine générale, 29 spécialités de médecine et des activités de prévention (addictologie, dépistage du cancer du sein, atelier nutrition, centre périnatal de proximité). Le CdS se distingue aussi par un Centre de Soins de Première Intention (CSPI), c'est-à-dire une activité non programmée de petite urgence ou « bobologie » et son plateau d'imagerie médicale (radiologie, échographie, mammographie). L'activité du CdS de Houdan est importante

⁹ Entre parenthèses est le nombre de lits ou places du service.

avec 20 694 patients pour un total de 54 266 passages et 96 528 actes réalisés pour l'année 2012¹⁰.

Aujourd'hui, la situation financière du CdS est difficile. Le déficit de l'année 2012 atteint 61 000€ et le déficit cumulé du CdS s'élève à 760 000€. Si l'on retranche les différentes subventions dont bénéficie le CdS et que nous détaillerons plus loin, celui-ci serait **annuellement** déficitaire de 300 000€.

Ce déficit cumulé est une difficulté supplémentaire pour l'hôpital qui renoue à peine avec une situation financière saine sur ses autres budgets. En effet, l'établissement a mis en place en 2012 un plan de maîtrise des dépenses de personnel pour respecter les moyens financiers alloués par les conventions tripartites sur l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), l'Accueil de Jour (AJ) et l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD). L'établissement s'est séparé de 16 ETP de personnel non médical. Aujourd'hui, l'hôpital de Houdan renoue avec une situation financière qui, sans être confortable, atteint l'équilibre sur tous les budgets à l'exception du CdS.

Le CdS constitue une situation préoccupante pour l'hôpital de Houdan. Pourtant, la situation financière du CdS de Houdan n'est pas exceptionnelle au regard des autres CdS. C'est au contraire la règle, les CdS ayant la réputation d'être structurellement déficitaires. Déjà en 2007, Dominique Acker soulignait que parmi les difficultés des CdS on trouve « principalement des difficultés financières liées en grande partie au modèle économique qui est le leur »¹¹. Plus récemment, une étude a été commanditée par l'ARS Île-de-France auprès du cabinet Réfèris sur la viabilité économique de 30 CdS franciliens¹². L'étude constate que si « l'Île-de-France a la chance de disposer d'une offre importante de centres de santé sur son territoire, [...] face aux difficultés économiques que nombre d'entre eux rencontrent, le risque d'une disparition d'une part importante de ces centres est réel »¹³. Il y a un risque de disparition parce que les 30 CdS de l'échantillon affichent « un résultat cumulé qui représente une perte de 15 millions d'euros sur l'année 2011 »¹⁴. Le tout récent rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) *Les Centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins* de juillet 2013 relevait sans ambages que « le modèle économique des centres de santé est **structurellement boiteux** ».

¹⁰ Un patient qui vient plusieurs fois sera compté en plusieurs passages. Un passage peut donner lieu à plusieurs actes médicaux. Ces données sont extraites du logiciel ActeurFSE servant à la prise de rendez-vous, à la facturation et au suivi de l'activité.

¹¹ Acker D., Juin 2007, *Rapport sur les Centres de santé*

¹² ARS Île-de-France, Octobre 2012, *Accompagnement des centres de santé, dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique*.

¹³ *Ibid.* p3

¹⁴ *Ibid.* p20

Ainsi, bien que la situation du CdS de Houdan ne soit pas exceptionnelle, elle n'en reste pas moins une source d'inquiétude pour l'établissement qui voit chaque année, et en dépit des efforts réalisés par ailleurs, sa situation financière toutes activités confondues grevée par le poids du CdS.

Pourtant, il est indéniable que l'hôpital tire profit de la présence de ce CdS au sein de ses murs. Ce n'est plus un hôpital de proximité seulement orienté sur la prise en charge de la personne âgée, c'est un acteur de santé incontournable sur ce territoire et qui dispense des soins de premier recours à un bassin de population de près de 60 000 habitants. En termes de visibilité, d'image et de recrutement, il semble que le CdS soit un solide atout pour l'hôpital.

Mais la situation financière du CdS, son impact sur le résultat toutes activités confondues de l'hôpital et sur sa capacité d'investissement ne permettent pas d'envisager l'avenir sereinement. Quel est l'intérêt et la place du CdS dans le projet de santé de l'hôpital de Houdan?

En somme, il s'agit d'évaluer et de comprendre **les atouts et limites de la gestion d'un CdS pour l'hôpital de Houdan**. L'enjeu est, dans un premier temps, de pouvoir se positionner sur l'avenir du CdS au sein de l'hôpital de Houdan. Faut-il s'en séparer, mais alors qui prendra la relève et pourra répondre aux besoins de santé de la population ? Faut-il le restructurer en vue d'atteindre l'équilibre ? Mais dans ce cas quelles pistes pourrions-nous proposer s'il est vrai que les CdS sont structurellement déficitaires ?

Il s'agira donc de se positionner sur l'avenir du CdS de Houdan. Pourtant l'enjeu dépasse le simple cadre de l'hôpital de Houdan et de son CdS. Il s'agit plus largement de savoir si, maintenant que les établissements de santé peuvent créer et gérer un CdS, l'hôpital de Houdan peut faire figure d'exemple d'un établissement de santé de proximité qui, au-delà de sa mission traditionnelle orientée vers la personne âgée et de la faiblesse du modèle économique, dispense des soins de premier recours à la population du bassin de vie sur lequel il s'insère. Autrement dit, dans un contexte de reconfiguration de l'offre sanitaire et médico-sociale, d'optimisation des moyens existants et dans un souci d'accessibilité géographique, sociale et financière, l'hôpital de Houdan et son CdS peuvent-ils fournir un modèle ?

1 Atouts de la gestion d'un Centre de Santé pour le centre hospitalier de Houdan

1.1 Une identité forte qui s'explique par des luttes historiques

On ne peut que partager le constat du Dr Véronique Solano selon lequel « l'histoire des centres de santé reste à faire »¹⁵. Les éléments historiques sont peu nombreux et épars. Du reste, retracer l'histoire des CdS n'est pas l'objet de ce travail. Néanmoins les CdS ont construit une identité forte sur un idéal d'accessibilité de la médecine et de réduction des inégalités. Or, cet idéal de la médecine représente un véritable atout au regard de la persistance de fortes inégalités de santé.

Il faudrait retracer, dans la mise en œuvre progressive du système de santé, la part de l'ambulatoire et de ce qui s'apparente à une médecine sociale. Tout au plus pouvons-nous fournir ici quelques dates et éléments clés afin de comprendre l'évolution de la place du CdS dans l'offre de soins. Ceci permettra de comprendre quel est le positionnement du CdS dans l'offre de soins ambulatoire et les atouts qu'il représente pour un territoire qui le porte. Pour ce faire nous nous appuyerons largement sur l'article du Dr Solano. Nous essaierons aussi de comprendre pourquoi le choix a été fait dès les années 70 par la ville de Houdan d'y installer un CdS. Quelle était la problématique que rencontrait la ville de Houdan à cette époque, et pourquoi la réponse trouvée consistait en la création d'un CdS. Tous ces éléments nous permettront de mieux appréhender la trajectoire du CdS dans la ville de Houdan.

1.1.1 L'origine du Centre de Santé : le dispensaire

« L'histoire des dispensaires et centres de santé municipaux en France trouve ses racines dans la confluence qui s'opère au début du XXe siècle entre les courants de l'hygiénisme et de l'assistance sociale, dans le contexte d'une montée en puissance des communes, des associations (Loi de 1901), des syndicats et du mouvement ouvrier »¹⁶.

Votée sous la III^e République, symbole du solidarisme et pilier de l'État-providence, la *Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale* établit en son article premier que « tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'État suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile, ou s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un lieu hospitalier ». On voit ainsi naître à la fin du XIXe siècle cet idéal d'une santé gratuite accessible à tous. L'article 35 dispose que les communes peuvent créer des dispensaires,

¹⁵ Solano V., « Historique », in Dr Limousin M., 2012, *Les Centres de santé en mouvement*, Paris : Le Temps des Cerises, pp.39-50.

¹⁶ Ibid.

services municipaux à part entière. On est dans le contexte du mouvement hygiéniste avec un renforcement des prérogatives communales et départementales sur les problématiques de santé publique. La *Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique* en son article 7 donne obligation aux villes de plus de 20 000 habitants de créer un service de désinfection. La *Loi du 15 avril 1916 sur les dispensaires d'hygiène sociale et la préservation antituberculeuse* « impose aux collectivités locales la création de dispensaires d'hygiène sociale et la prévention antituberculeuse lorsque la prévalence locale de la maladie le requiert »¹⁷. C'est dans ce contexte que naissent les premiers dispensaires municipaux de soins dans les villes ouvrières de banlieue parisienne. À partir de 1930 les dispensaires municipaux sont conventionnés avec les caisses d'assurances sociales et pratiquent le tiers payant. « La circulaire du 26 août 1936 définit le centre de santé comme : l'ensemble des différents organismes d'hygiène et d'aide sociale d'un secteur donné »¹⁸.

1.1.2 La reconnaissance progressive des Centres de Santé

À partir de 1945 commence à s'organiser le système de santé français. Le centre de santé commence à trouver sa place dans le paysage sanitaire.

Depuis une vingtaine d'années, la place du CdS dans le paysage français semble se consolider et un intérêt croissant des pouvoirs publics sur la place du CdS se faire sentir. Ainsi en mars 1990 est publié un premier rapport par l'IGAS sur les CdS. La *Loi du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales* pose en son article 16 la dénomination de « centre de santé ». Jusqu'alors on parlait de « dispensaire ». Cependant on ne trouve pas dans cette loi à proprement parler de définition du CdS. En l'absence de définition, le CdS est circonscrit par des modalités d'autorisation et de conventionnement. En effet, la loi organise les rapports entre les CdS et les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et pose le cadre des tarifs d'honoraires. Sur la base d'une convention-type, une convention doit être passée entre chaque CdS et la CPAM dont il relève donnant lieu à un agrément¹⁹. En l'absence de convention, les tarifs d'honoraires sont fixés par décret. Il est fait état d'une subvention versée par les CPAM, cette subvention étant égale à une partie des cotisations dues par les CdS pour les praticiens et auxiliaires médicaux. Trois décrets du 15 juillet 1991 viendront définir les conditions d'agrément, de conventionnement et de versement de la subvention.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Art. L.162-32 du Code de la Sécurité Sociale

C'est dans la *Loi du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000* que l'on trouvera une première définition du CdS, avec l'ajout au Code de la Santé Publique l'article L. 765-1 selon lequel « les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales ». Cette définition est assez proche de la définition actuelle. Cette même loi arrête le principe du conventionnement **national** des gestionnaires de CdS avec les Caisses d'Assurance Maladie.

Il faudra attendre 2003 pour que soit publié l'*Accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie*. Fruit de deux ans de négociation entre caisses d'Assurance-maladie et les organisations représentatives des CdS, il est selon le Dr Alain Lesieur le « premier texte conventionnel réellement négocié »²⁰. Cet Accord s'ouvre sur un Préambule qui synthétise la philosophie des CdS, ses missions, sa spécificité. Plus surprenant, le Préambule pose le principe d'une évaluation des pratiques organisationnelles en collaboration avec l'ANAES, aujourd'hui Haute autorité de santé (HAS). L'année 2007 voit paraître les référentiels de la HAS sur la mise en œuvre de l'auto-évaluation et un *Rapport sur les centres de santé de l'IGAS* par Dominique Acker.

²⁰ Lesieur D., « Accord national & tiers payant », in Dr Limousin M., 2012, *Les Centres de santé en mouvement*, Paris : Le Temps des Cerises, pp.250-260.

1.2 Un modèle qui peut répondre aux préoccupations sanitaires actuelles

1.2.1 Le constat d'une inadéquation entre l'offre de soins et les besoins de santé amène à s'interroger sur le renforcement de la place des Centres de Santé

La problématique des CdS est au cœur des préoccupations politiques actuelles, bien que cela puisse sembler contradictoire au regard de sa place dans le Code de la Santé Publique. On partagera avec Jean-Louis Romanens²¹ le constat de la place incongrue du « Chapitre III : Centres de santé » placé dans la rubrique « Autres services de santé », elle-même placée aux côtés de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins, des transports sanitaires et de la télémédecine dans le Livre III. Cette localisation dans le CSP n'est-elle pas une preuve du caractère résiduel de l'offre de soins lorsqu'elle se structure hors de l'hôpital ?

Le système de santé est en évolution constante, autant sur le volet hospitalier que sur le volet ambulatoire. Le CdS n'échappe pas à cette évolution. En l'espace de 6 ans, pas moins de deux rapports de l'IGAS²² et trois audits à caractère régional voire national ont été conduits sur la viabilité économique des CdS, démontrant un vif intérêt pour le modèle.

Le 13 décembre 2012, la Ministre des Affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, présentait le « Pacte territoire-santé ». Constatant que « depuis 5 ans, 2 millions de Français supplémentaires sont touchés par la désertification médicale. Les inégalités entre les territoires ne cessent d'augmenter. Les délais pour accéder à un médecin spécialiste sont de plus en plus longs »²³, la Ministre a présenté 12 mesures décrites comme « volontaristes » afin de lutter contre les déserts médicaux dont la douzième s'intitule « Conforter les centres de santé ». On y apprend que

*« Dans certains territoires, notamment dans les **zones urbaines sensibles**, l'offre libérale à elle seule ne peut répondre à l'ensemble des besoins. Il n'est pas envisageable de laisser nos concitoyens sans aucune réponse médicale de proximité. [...] Dans ces zones, le recours aux centres de santé doit être envisagé, en assurant un fonctionnement pérenne ».*

²¹ Romanens J-L., Septembre 2012, « Des réseaux, centres, maisons et pôles de santé, pour quels services ? », *Revue Droit & Santé*, n°49

²² Il s'agit du *Rapport sur les Centres de santé* de Juin 2007 par Mme Dominique Acker et du rapport *Les centres de santé: Situation économique et place dans l'offre de soins de demain* de Juillet 2013 par Philippe Georges, Cécile Waquet et Juliette Part

²³ Ministère des Affaires sociales et de la santé, *Le Pacte territoire-santé. Pour lutter contre les déserts médicaux*, Décembre 2012, http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/12_engagements_-_pacte_Territoire-Sante_DP_VDef.pdf

C'est ainsi qu'une mission IGAS a été lancée pour rénover le modèle économique des centres de santé et qui débouchera sur une négociation conventionnelle, autrement dit le renouvellement de l'Accord National qui avait été tacitement reconduit en 2008. Parallèlement à ce travail, les ARS identifieront leurs éventuels besoins en centres de santé.

Plus récemment, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), dont une des missions consiste à optimiser le fonctionnement du système de soins, a envoyé un courrier à 554 médecins dont les dépassements d'honoraires sont jugés abusifs²⁴. Il y est demandé aux médecins concernés de modérer leurs tarifs. La CNAMTS s'est donc engagée dans une procédure dissuasive à l'encontre des professionnels libéraux pratiquant des honoraires abusifs. Mais à partir de quel seuil peut-on parler d'honoraires abusifs ?

Selon la CNAMTS, les honoraires libres sont jugés abusifs lorsqu'ils sont plus de 2,5 fois supérieurs aux tarifs conventionnels. Ainsi, une consultation de médecine générale est tarifée de façon abusive lorsqu'elle est facturée **plus de 57,50€**. Autrement dit, une consultation de médecine générale à 57,50€ ne pourrait être dénoncée comme abusive par la CNAMTS, en dépit de son caractère évidemment prohibitif. Il importe de relever que le remboursement de l'Assurance Maladie se fait sur la base du tarif conventionné. Autrement dit, pour une consultation de médecine générale dont le tarif conventionné est de 23€, la part remboursée par l'Assurance Maladie s'élève à 70% soit 15,10€²⁵ que le professionnel de santé soit secteur 1 ou 2. Si l'on applique ce remboursement au cas précité, le reste à charge pour un patient peut atteindre 42,40€. Quelle réponse face aux dépassements d'honoraires ?

1.2.2 Les Centres de Santé peuvent répondre aux défis d'une offre de soins réellement accessible à tous

L'histoire des CdS montre qu'une orientation sociale a été pensée et choisie dès le début. Cette orientation perdure aujourd'hui avec les tarifs en secteur 1 et le tiers payant, et l'on est amené à se demander si le CdS peut servir de modèle pour la médecine ambulatoire. Pourtant, il importe de se questionner en amont sur le véritable impact des CdS dans la réduction des inégalités sociales. D'un côté, si un CdS est localisé dans un département plus pauvre que la moyenne, n'est-il pas prévisible qu'il accueillera des usagers plus pauvres ? Dans ce cas, ce n'est pas tant le statut de CdS qui réduit les inégalités d'accès aux soins que la localisation et la répartition de l'offre de soins. De l'autre, pour un CdS

²⁴ Laetitia Clavreul, « Des médecins aux honoraires abusifs rappelés à l'ordre », Le Monde, 14 août 2013

²⁵ 70% de 23€ = 16,10€ auquel on soustrait 1€ de ticket modérateur soit un remboursement de 15,10€

localisé dans une zone défavorisée avec des niveaux de chômage et de précarité plus importants, comment s'assurer que le CdS répond bien aux besoins de cette population précaire plutôt que toute la population dont une frange aisée qui y trouve une offre de soins financièrement plus accessible ?

En somme, il apparaît « nécessaire d'analyser scientifiquement les caractéristiques internes des CdS et leur rôle dans la santé de la population au sein d'un territoire, comme argumentaire de toute décision politique intervenant dans le champ des CdS »²⁶. Enquêter sur l'impact des CdS en termes de réduction des inégalités de santé prend sens si l'on garde à l'esprit le « paradoxe français méconnu que notre système de santé soit considéré par l'Organisation mondiale de la santé comme le plus performant au monde et que les disparités devant la mort en fonction des catégories socioprofessionnelles soient parmi les plus élevées des pays occidentaux »²⁷.

L'analyse du véritable impact social du CdS a été réalisée sous l'impulsion de la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) avec l'étude Epidaure-CdS. Elle a pour objet de réfléchir aux spécificités des CdS en termes d'accessibilité aux soins **notamment pour les personnes en situation de précarité**²⁸.

L'étude a été menée dans 21 CdS sur des patients majeurs. Un questionnaire standardisé leur a été administré en face à face par 30 enquêteurs formés à cet effet. Les enquêteurs ont, pendant les quatre mois de l'enquête, totalisé 23 596 questionnaires et permet d'avoir un échantillon représentatif de la population des CdS de l'enquête.

La précarité est évaluée au moyen d'un score, le score d'Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examen de Santé (EPICES). Ce score est construit par 11 questions sur une échelle allant de 0 à 100. Chaque question est binaire et est associée à un nombre de points²⁹. Un seuil de 30,17 est retenu pour discriminer précaires et non précaires. Les résultats de l'enquête sont éloquentes et permettent de se faire une

²⁶ Dr Villebrun & Dr Lopez, « La prise en charge de la précarité, L'étude EPIDAURE » in Dr Limousin M., *Les Centres de santé en mouvement*, Paris : Le Temps des Cerises, 2012

²⁷ Fassin D., « Les inégalités de santé », *Santé Publique. L'état des savoirs*, La découverte, 2010

²⁸ La définition retenue du concept de « précarité » est celle de Joseph Wresinski dans le *Rapport au Conseil économique et social* de 1987:

"La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible"

²⁹ On y répond par « oui » ou par « non ». Exemples de questions : Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? (+10,06pts) ; Êtes-vous propriétaires de votre logement ou accédant à la propriété ? (-8,28pts)

idée de la population des CdS par rapport à la population générale. Voici quelques-unes des conclusions de l'enquête³⁰ :

- Les patients en CdS sont plus nombreux à se déclarer inactifs (30% contre 7% de la population générale)
- Ils sont moins nombreux à bénéficier d'une Assurance maladie complémentaire (AMC), mais parmi ceux qui en bénéficient, ils sont plus nombreux à bénéficier de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) (16% contre 4%)
- Ils sont 46% en médecine générale à déclarer un état de santé moyen à mauvais contre 28% dans la population générale

En conclusion, c'est un fait avéré par l'étude que les CdS ont une action cohérente avec leur positionnement. Par l'accessibilité du tiers payant et de la garantie de tarifs conventionnés, les CdS permettent une réduction des inégalités dans l'accès aux soins en attirant une population qui serait autrement découragée par l'avance des frais sur des tarifs pas nécessairement conventionnés. Le CdS est donc une réponse possible en vue de la réduction des inégalités de santé.

Nous avons vu jusqu'à maintenant l'origine et le positionnement des CdS. Nous venons de voir comment ce positionnement est attesté dans les faits et répond par conséquent à un fort enjeu de santé publique, celui de la réduction des inégalités de santé. Essayons donc maintenant de comprendre pourquoi la ville de Houdan s'est préoccupée dans les années 70 des problématiques de santé et pourquoi cette préoccupation s'est concrétisée par la création d'un CdS.

³⁰ Dr Villebrun & Dr Lopez, « La prise en charge de la précarité, L'étude EPIDAURE » in Dr Limousin M., *Les Centres de santé en mouvement*, Paris : Le Temps des Cerises, 2012

1.3 Le Centre de Santé : une opportunité pour l'hôpital de Houdan

Les éléments précédents permettaient de noter deux atouts de taille : d'abord une histoire forte qui remonte au XIXe siècle, histoire des premières organisations de l'offre de soins autour des mairies qui doivent faire face à de criants besoins de santé et de salubrité. Ensuite, la persistance voire l'augmentation des inégalités de santé en contradiction avec les objectifs politiques pousse à s'interroger sur la place du CdS dans le maillage territorial de la médecine ambulatoire. Il nous faut donc aborder les raisons pour lesquelles l'hôpital de Houdan a eu la gestion du CdS et les bénéfices, escomptés ou réels, qu'il en retire.

1.3.1 Le maintien de l'offre de soins ambulatoires est le résultat d'un compromis local original

Avant 1958, des consultations externes existaient au sein de l'hôpital de Houdan. *L'ordonnance n°58-1199 portant réforme de la législation hospitalière et sur la coordination des établissements de soins comportant hospitalisation* classent les établissements en cinq catégories : les centres hospitaliers régionaux, les centres hospitaliers, les hôpitaux, les hôpitaux ruraux et les maisons de retraite³¹. Or dans la réforme, l'hôpital rural ne peut plus maintenir un service de consultations externes.

Ainsi, pour maintenir les consultations externes, le bureau d'aide sociale de la commune de Houdan crée un **dispensaire**. Or, l'hôpital rural ne pouvait à cette époque ni créer ni gérer un dispensaire. Par un montage juridique, l'hôpital de Houdan en aura la gestion dès le début. En effet, la gestion du dispensaire a été immédiatement déléguée à l'hôpital de Houdan par le biais d'une convention. Selon Jean-Marie Tétart, maire de Houdan depuis 1995, la convention établissait que la délégation de gestion du CdS se faisait « aux risques et périls de l'hôpital de Houdan »³² si bien que la délégation de gestion n'était pas particulièrement différente de la situation actuelle où l'hôpital est porteur de l'autorisation. Une situation qui prend tout son sens puisque le CdS, qui remplace les consultations externes, était de fait situé au sein des murs de l'hôpital. La délégation de gestion permettait donc à l'hôpital de continuer ses consultations externes.

En 2003, l'autorisation sanitaire du CdS que détenait le bureau d'aide sociale de la mairie a été transférée à la Communauté de Communes du Pays Houdanais (CCPH). Une autre convention a été signée qui, de même, en déléguait la gestion à l'hôpital de Houdan. En 2006 l'établissement signait sa première convention tripartite avec pour conséquence une

³¹ Saison J., *Droit Hospitalier*, Gualino, 2008, p45

³² Interview du 6/6/13

meilleure visibilité sur les financements en lien avec la capacité de l'EHPAD et de l'USLD.
Une première pierre de la séparation des budgets était posée.

2007 fut une année charnière. Répondant à une obligation réglementaire et législative, l'établissement procède à la **sincérité des comptes**. Cette démarche de sincérité des comptes consiste à affecter sur chaque budget les dépenses et les recettes réelles correspondantes. Jusque-là équilibré voire excédentaire, cette opération de sincérité des comptes a fait apparaître sur le budget du Centre de santé un résultat déficitaire. Le tableau suivant permet d'en mesurer l'évolution depuis 2005 :

Exercice	Résultat
2005	14 361,81 €
2006	586,06 €
2007	- 138 743,17 €
2008	- 64 527,98 €
2009	- 279 609,91 €
2010	- 46 372,84 €
2011	- 187 955,88 €
2012	- 61 925,74 €

On constate à partir de 2007 un résultat négatif sur le budget du CdS. Il serait erroné d'imputer ce résultat négatif à une erreur de gestion. Bien au contraire, l'apparition de ce résultat déficitaire à partir de 2007 est à mettre en relation avec le modèle économique des centres de santé dont nous avons dit qu'il est structurellement déficitaire. Jusque-là masqué ou équilibré grâce aux autres budgets de l'établissement (l'hôpital de Houdan compte 10 budgets), le CdS porte seul, depuis 2007, le poids de son modèle.

L'année 2009 est une autre date clé pour l'établissement, qui devient à partir de cette année le véritable gestionnaire du CdS, et non plus seulement le gestionnaire par délégation. C'est désormais l'hôpital qui porte l'autorisation relative du CdS, la responsabilité du déficit ainsi que le risque de fermeture. En effet, l'article L.6323-1 du CSP dispose qu' « un décret prévoit également les conditions dans lesquelles, 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 ». Si l'on peut s'interroger sur la raison pour laquelle l'établissement a accepté la gestion pleine et entière du CdS, notons que le transfert de l'autorisation de CdS de la CCPh à l'hôpital de Houdan s'est accompagné de l'apurement de la majeure partie du déficit soit une subvention de 188 323,28€. Mais bien que les déficits apparus depuis l'opération de sincérité des comptes jusqu'au transfert

d'autorisation à l'hôpital de Houdan aient été presque entièrement apurés³³, le modèle est resté le même, et le déficit s'est inexorablement creusé. Le déficit cumulé au 31 décembre 2012 est de 763 268,27€.

1.3.2 Complémentarité du Centre de Santé avec l'hôpital

Le CdS représente donc un poids économique que doit supporter l'hôpital. Mais le CdS ne représente-t-il qu'un coût, qu'une dépense, ou peut-on imaginer que l'hôpital en retire des bénéfices multiples, même sur le plan économique ?

Le tableau suivant permet d'analyser le nombre de consultations au CdS parmi les patients hospitalisés et les personnes hébergées selon leur service d'origine. Les chiffres suivants portent sur la période de janvier à novembre 2012.

³³ Début 2009, le déficit cumulé est de 64 527,98 + 188 323,28 = **203 271,15€**. La subvention de la CCPH est donc inférieure de 14 947,87€ au déficit cumulé.

Répartition par spécialité du nombre de patients et résidents selon leur service d'origine									
Spécialité	AJ/HT	EHPAD	EVC	MAS	Méd	SSR	USLD	USP	Total
Alcoologie					92	23			115
Allergologie					2				2
Anesthésie-Réanimat°			1		4				5
Angiologie/Phlébologie		2			24	4			30
Cardiologie	2	13	2	2	83	39	2	1	144
Consultation Mémoire		5	1	8	3	1		2	20
Dermatologie		3	2	10		2		4	21
Diabétologie-nutrition		1			6	7	1		15
Gastro-entérologie		1	1	3	26	3			34
Gynécolog-obstétrique		2		2	14				18
Médecine Générale	10	20				1			31
ORL		3	8	2	2	3		3	21
Ophtalmologie		1	3	1	18	10	2	4	39
Orthopédie		7			27	11			45
Orthophonie			24		4	3			31
Pneumologie		2			11			1	14
Radiologie	2	120	11	27	178	87	26	32	483
Rééduc fonctionnelle		1	2		2				5
Rhumatologie		4			7	5			16
Soins infirmiers		4			3	4			11
Urologie					5	1		1	7
Total	14	189	55	55	511	204	31	48	1107

De janvier à novembre 2012, 1107 consultations au CdS sont faites par des patients ou résidents de l'hôpital. Le premier bénéfice constaté est la qualité du service médical. Le service de médecine gériatrique par exemple avec 511 consultations sur la période indiquée bénéficie de la quasi-totalité des spécialités médicales du CdS. En effet, les médecins qui exercent dans les services de médecine sont généralement des généralistes. Ils ne disposent pas nécessairement des compétences dans les domaines spécialisés. De par la proximité des services, un spécialiste du CdS peut venir porter un avis sur la gravité ou le caractère bénin d'une affection dont souffre un patient. En comparaison, un autre hôpital de proximité à orientation gériatrique qui ne dispose pas d'un CdS ou de consultations externes ne pourrait pas assurer une même qualité de service. Comme on le constate sur le tableau, cette complémentarité bénéficie à tous les services de l'hôpital.

Qu'en est-il de l'aspect économique ? En dépit du déficit du CdS, celui-ci ne permet-il pas à d'autres services de l'hôpital de réaliser des économies ?

Nous choisirons comme exemple le service EHPAD qui permet de mieux apprécier l'impact économique. En effet, l'EHPAD est régi par une convention tripartite basée sur le niveau de dépendance et de soins que requiert la population accueillie. On parle de convention tripartite car elle engage 3 acteurs : l'agence régionale de santé pour ce qui relève du soin, le conseil général pour la partie dépendance et l'établissement d'accueil.

La convention tripartite s'appuie sur des indicateurs. Pour ce qui relève du soin, la convention tripartite s'appuie sur le Pathos Moyen Pondéré (PMP). Celui-ci permet d'estimer le niveau de soins requis par les résidents de l'EHPAD et d'en déduire la quantité de personnel soignant requis dans cet EHPAD. Or, il est intéressant de noter que ce calcul est le même selon qu'il s'agisse d'un simple EHPAD ou d'un hôpital qui a la possibilité de mutualiser des services et des personnels. Autrement dit, si l'on compare les soins fournis dans un EHPAD qui n'est directement rattaché à aucun service sanitaire aux soins fournis à l'EHPAD de Houdan, même à PMP équivalent, il est fort probable que les soins prodigués à Houdan soient plus importants, et que par conséquent la prise en charge médicale soit de meilleure qualité à Houdan grâce à la bonne complémentarité avec les services sanitaires.

Il n'est donc pas déraisonnable ni exagéré de supposer que la qualité de soins est supérieure dans un EHPAD directement rattaché à un service sanitaire. Et sur le plan économique, des bénéfices sont-ils possibles ?

Sur la période de janvier à novembre 2012, 189 résidents de l'EHPAD ont consulté en CdS. Si l'on proratise ce chiffre pour obtenir une estimation à l'année, on peut estimer que 206 résidents ont été au CdS sur l'année 2012. En l'absence de CdS, l'EHPAD prendrait à sa charge le transport des résidents, par exemple vers la structure sanitaire de référence la plus proche à savoir le centre hospitalier de Dreux. En effet, le transport d'un patient ou d'un résident vers un autre établissement de santé pour une consultation est assimilé à un transport inter-établissement provisoire³⁴. À ce titre, il est à la charge de l'établissement d'origine. Combien ce transport coûterait-il à l'hôpital ?

Il serait aisé de calculer ce coût en s'appuyant sur les tarifs des transports conventionnels par ambulance. Avec un forfait départemental de 51,30€, et un tarif kilométrique à 2,19€, le coût unitaire du transport d'un résident de l'EHPAD vers le centre hospitalier de Dreux serait de 95,10€³⁵. Avec 189 résidents, l'économie totale est 18000€. Néanmoins, dans la mesure où l'état d'un résident qui se rend à une consultation de médecine spécialisée ne

³⁴ *Circulaire du 27 juin 2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients*

³⁵ Tarifs au 1^{er} février 2013, le centre hospitalier de Dreux est à 20km.

nécessite pas *a priori* de transport en ambulances, des moyens de transport plus économes pourraient être recherchés, par exemple en véhicule sanitaire léger (VSL). Or, avec un forfait départemental de 13,28€ et un tarif kilométrique de 0,85€, le coût unitaire d'un transport en VSL serait égal à 30,28€. L'économie totale pour l'hôpital de Houdan serait non plus de 18000€ mais de 5700€.

En conclusion, s'il existe une indéniable complémentarité entre le CdS et les autres services de l'hôpital, celle-ci se manifeste principalement en termes d'une meilleure qualité de prise en charge pour les patients et résidents de l'hôpital. Si un impact économique existe, celui-ci est sans commune mesure avec le déficit du CdS.

Nous avons donc vu qu'un atout du CdS est un positionnement identitaire et historique fort, avec un idéal de la pratique de la médecine. Ce positionnement se révèle tout à fait adapté et légitime au vu des problématiques actuelles de l'accès aux soins, particulièrement dans un contexte économique général difficile. Enfin, dans son adossement avec les différents services de l'hôpital, si l'on peut constater un intérêt économique, celui-ci est faible et ne saurait occulter un véritable gain en termes de qualité de soins rendus aux patients et résidents, une qualité due à la bonne complémentarité des services. Ces atouts étant posés et explicités, il s'agit maintenant de voir combien ils pèsent face aux limites.

2 Limites de la gestion d'un Centre de Santé pour le centre hospitalier de Houdan

2.1 Le Centre de Santé est un fardeau sur le plan financier

2.1.1 Un déficit qui grève les efforts réalisés sur les autres budgets

Le CdS dispose d'un budget moyen de 2,8M€. Comme vu précédemment, le CdS a terminé l'année 2012 à - 61 925,74 €. Le déficit cumulé au 31 décembre 2012 est de 763 268,27€. L'hôpital de Houdan dispose d'une comptabilité analytique. Nous en reprendrons les grandes lignes pour mieux comprendre la cause de ce déficit. Le budget 2012 est le suivant :

Dépenses (en Euros €)

Titre 1 – Charges d'exploitation courante	197 303,10
Titre 2 – Charges de personnel	2 386 593,91
Titre 3 – Charges de la structure	221 971,26
Total	2 805 868,27

Recettes (en Euros €)

Titre 1 – Produits de la tarification	0
Titre 2 – Autres produits relatifs à l'exploitation	2 713 867,89
Titre 3 – Produits financiers et non encaissables	30 074,64
Total	2 743 942,53

Résultat (en Euros €) - 61 925,74

Les dépenses sont supérieures aux recettes, ce qui explique le résultat déficitaire. À ce stade, il n'est pas possible d'identifier où se situent les faiblesses du CdS. Les produits sont-ils insuffisants pour couvrir l'activité ? Ou alors les charges sont-elles trop importantes ? Et si c'est le cas, sur quel titre ?

Avant d'aller plus loin, un rappel s'impose. Le CdS de Houdan est un CdS **médical**. Il a une activité de 54 266 consultations par an dont 5970 au CSPI. Il propose donc de la médecine générale, de la petite urgence ou « bobologie » et enfin des consultations spécialisés. On dénombre 26 spécialités³⁶. Si le nombre de spécialités proposées peut paraître important au regard de la taille et du budget du CdS de Houdan, notons toutefois que le personnel médical ne représente que 8,4 Équivalent temps-plein (ETP). Autrement dit, beaucoup de médecins exercent à temps partiel voire très partiel (1 à 2 demi-journées par semaine).

³⁶ Dermatologie, ophtalmologie, gastroentérologie, gynécologie, cardiologie, ORL, orthopédie, rhumatologie, alcoologie, endocrinologie, urologie, angiologie, pneumologie, allergologie, sage-femme, anesthésie, orthoptie, rééducation gériatrique, audioprothésiste, psychiatrie, pédicure, orthophonie, rééducation périnéale, diabétologie, diététique, radiologie

La comptabilité analytique dont dispose l'établissement nous apprend que dans l'ensemble les médecins génèrent des recettes qui sont supérieures à leur coût. En effet, les recettes s'élèvent à 1 999 137€ et le coût médical à 1 260 665€ soit un résultat de **738 471€**. Cependant ce résultat concerne **l'ensemble**. En effet, 4 spécialités sur les 26 n'équilibrent pas leur propre coût. Autrement dit, certains spécialistes coûtent plus cher à l'établissement qu'ils ne rapportent, perte pour l'établissement que la comptabilité analytique a chiffrée à 47 852€. Situation ubuesque au regard des autres charges que doit payer la structure. Comme tout établissement, le CdS doit payer, en sus des rémunérations des médecins, des charges de structure, d'exploitation courante, ainsi que le personnel administratif, paramédical et soignant.

L'avantage d'un CdS pour les médecins, à l'image des autres formes de regroupement professionnel évoquées en introduction, consiste en la possibilité de se consacrer à son art. Du personnel dédié s'occupe des formalités administratives. Cela signifie aussi que l'activité du médecin devrait, *a minima*, couvrir son propre coût plus les charges annexes liées à son activité. Cela est souvent difficile pour les CdS, et c'est pourquoi le modèle est dit déficitaire. Tout au moins, si l'activité d'un médecin ne couvre pas la totalité des charges, ne peut-on pas légitimement exiger qu'elle couvre son propre coût pour la structure ? Bien que ce ne soit pas la règle, on constate que quelques spécialités médicales proposées au CdS de Houdan ne couvrent pas leur propre coût.

2.1.2 Une situation financière atténuée par des subventions

Un premier cliché de la situation financière du CdS de Houdan fait apparaître un résultat net déficitaire de 300 000€. Or, le déficit de 2012 était de – 62 000€. Comment cela s'explique-t-il ? C'est par le biais d'un certain nombre de subventions que le CdS peut atténuer son déficit. En voici le détail :

Nature de la subvention	Type	Montant (en Euros)	% des recettes
Subvention « Teulade »	De droit	74632	2,72
Médecin optant	De droit	759	0,03
Forfait d'aide à la télétransmission	De droit	2908	0,11
Subvention ENMR	D'opportunité	58890	2,15
Crédit Non Reconductible de l'ARS	D'opportunité	50000	1,82
Subventions communes & CCPH	D'opportunité	42690	1,56
TOTAL		187189	6,82

Le total des subventions s'élève à 187 189€ et représente 6,82% des produits. Sans ces subventions le déficit 2012 du CdS atteindrait 249 000€. À quoi correspondent ces subventions ?

- Subvention Teulade : L'article L.162-32 du Code de la Sécurité Sociale dispose que « Les caisses primaires d'assurance maladie versent aux centres de santé une subvention égale à une partie des cotisations dues par ces centres [...] pour les personnes qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux ». Cette subvention appelée « Teulade » tire son origine et son nom du *Décret du 14 décembre 1992 relatif au montant de la subvention versée par les caisses primaires d'assurance maladie aux centres de santé* rédigé par René Teulade, à l'époque ministre des affaires sociales et de l'intégration. Ce décret fixe à 11,5 points la partie des cotisations mentionnée au L.162-32 CSP versée sous forme de subventions. À Houdan, cette subvention s'élève à 74 632€ et représente 2,75% des recettes de 2012³⁷.
- Médecin Optant : L'Accord National prévoit 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 »³⁸. Un CdS optant perçoit une rémunération forfaitaire annuelle de 46€ par an et par patient ayant adhéré à l'option. Ce forfait est versé en deux fois, la première au moment de l'adhésion du patient, la seconde à la fin de l'année de l'adhésion, sous réserve que les conditions donnant droit à l'option soient toujours réunies. La subvention s'élevait en 2012 à 759€ soit 0,03% des recettes du CdS³⁹.
- Le Forfait d'aide à la télétransmission est une aide incitative apportée par l'Assurance Maladie aux CdS afin qu'ils utilisent la Feuille de Soins Électronique (FSE). La facture est réalisée à l'aide de la carte Vitale de l'assuré et de la carte du professionnel de santé ayant réalisé la consultation ou l'acte. Lorsque les conditions sont réunies, elle est transmise dans un délai de 3 à 8 jours ouvrés à l'Assurance Maladie pour remboursement. Cette subvention s'élevait en 2012 à 2908€ soit 0,11% des recettes.
- Expérimentations de nouveaux modes de rémunérations (ENMR) : Dans le contexte d'une profonde mutation de l'offre de soins, des besoins des usagers et des attentes des professionnels de santé, le paiement à l'acte trouve ses limites. Il s'agit aujourd'hui de favoriser un mode d'exercice de la médecine basé sur l'échange et la coordination entre les professionnels de santé. Ainsi, l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a ouvert la possibilité de procéder à des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations compléter ou se substituer au paiement à l'acte. Dans le cas de Houdan il s'agit d'un complément, puisque si le CdS est rémunéré en fonction du nombre et de la valeur des actes réalisés par les professionnels de santé, ce dernier est salarié du CdS. Au départ prévu sur la période 2008-2012, cette expérimentation, qui fait l'objet d'une évaluation, a été prolongée jusqu'en 2013. Elle s'élevait à 58 890€ soit 2,15% des recettes⁴⁰.
- Le CdS bénéficie d'une subvention non pérenne de l'ARS de 50 000€ versée sous forme de Crédits non reductibles (CNR). Elle représente 1,82% des produits.

³⁷ $(74632 \times 100) / 2743942 = 2,72\%$

³⁸ Accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie du 19 novembre 2002, p15

³⁹ $759 \times 100 / 2743942 = 0,03\%$

⁴⁰ $58890 \times 100 / 2743942 = 2,15\%$

- La CCPH ainsi que quelques communes qui la composent soutiennent le CdS en versant des subventions dont le total s'élève à 42690€ soit 1,56% des produits.

Nous avons donc le détail des subventions dont bénéficie le CdS de Houdan. Mais cela est encore insuffisant pour obtenir un cliché réaliste de la structure. En effet, il importe de distinguer les subventions par type. Nous distinguerons deux catégories de subventions :

- Les subventions que nous appellerons « de droit », pérennes car obtenues par le statut même du CdS. Les subventions « Teulade », médecin optant et le forfait d'aide à la télétransmission font partie de cette catégorie.
- Les subventions que nous dirons « d'opportunité » puisque conjoncturelles et non pérennes. On y regroupe la subvention ENMR puisque l'expérimentation se termine en 2013 et que son éventuelle reconduction est conditionnée à l'évaluation qu'en fera l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES).

Obtenir un cliché réaliste du CdS, c'est analyser sa situation en tenant compte uniquement des subventions de droit. Dans ce cas, le déficit 2012 aurait été de 213 455€. Par conséquent, lorsque nous essaierons de proposer plus loin des pistes pour améliorer la gestion du CdS, ce sera en tenant compte de ce chiffre de 213 455€.

Au moment où nous écrivons ces lignes, la situation financière du CdS n'est pas viable économiquement. Il est difficile dans ces conditions de se prononcer sur sa pérennité à moyen terme. En outre, celle-ci se conjugue avec une situation qui a été difficile pour l'hôpital sur les budgets relatifs l'hébergement. Néanmoins, rappelons que la situation économique du CdS de Houdan est loin d'être exceptionnelle. Bien au contraire, elle correspond aux difficultés que rencontrent les CdS médicaux.

2.2 Un modèle du salariat marqué par sa rigidité

L'article L.6323-1 CSP dispose que « les médecins qui exercent en CdS sont salariés ». D'où vient ce modèle du salariat et quelles en sont les limites ?

2.2.1 Le modèle du salariat

Le salariat serait « un élément fondateur des centres de santé et identitaire d'une pratique innovante et pertinente de la médecine ambulatoire de proximité qui est née avec les centres et a été un des facteurs de leur développement : la pratique d'équipe, globale et coordonnée »⁴¹. Inversement, la rémunération à l'acte de la médecine libérale aurait un caractère inflationniste. Elle conduirait à l'augmentation des dépenses de santé, le professionnel de santé étant incité à faire un maximum d'actes, ou à voir un maximum de patients au détriment de la qualité de soin, de l'écoute et de la transmission de tous les messages relatifs à la prévention et à l'éducation thérapeutique du patient.

Le salariat affirme une relation désintéressée entre le médecin et son patient. Le médecin à qui est versé un salaire n'est pas incité à multiplier ni les actes ni le nombre de patients. Il n'est donc pas exagéré de supposer que le salariat permet une prise en charge plus globalisée du patient, laissant du temps pour l'écoute et la transmission de recommandations. Plus concrètement, le salariat permet au professionnel de santé d'accorder plus de temps aux réunions de coordination. Ces réunions de coordination sont l'occasion de porter un regard pluridisciplinaire sur des cas plus difficiles, mais aussi d'échanger sur les pratiques dans une optique d'amélioration continue. Cet exercice coordonné est un aspect inhérent de la pratique en CdS.

Contrairement à un exercice libéral, le temps passé en réunion de coordination ne saurait être assimilé par le praticien à une perte d'argent puisqu'il n'affecte pas sa rémunération. La rémunération étant détachée de la quantité des actes et consultations, mais permet d'améliorer la qualité des soins. Il faut toutefois souligner le caractère conjectural des bénéfices associés au modèle du salariat. **Affirmer que le salariat soit corrélatif d'une augmentation de la qualité des soins nous semble plausible. Néanmoins, cette assertion n'a encore fait l'objet d'aucune démonstration.** Il nous faudra garder cette nuance à l'esprit lorsque nous nous positionnerons ultérieurement sur la place du CdS au sein de l'hôpital de Houdan.

Le modèle du salariat intéresse, et l'on constate un intérêt renouvelé pour ce mode d'exercice. Comment ne pas partager cette boutade du Dr Richard Lopez : « écoutons les

⁴¹ Dr Eric May, « Le contrat des praticiens en centre de santé : Histoire, état des lieux et enjeux » in, Dr Limousin M., *Les Centres de santé en mouvement*, Paris : Le Temps des Cerises, 2012, p327-337

jeunes, il paraît qu'ils veulent travailler en groupe, partager les pratiques, diversifier leurs activités, ne plus faire que du soin pendant 60h par semaine, finir par un divorce et mourir d'un infarctus à 55 ans »⁴². Le rapport au travail a changé, les médecins ne font pas exception.

Aujourd'hui, 43,1% de médecins exercent en tant que salariés et 10,3% de médecins ont une activité mixte (libérale et salariée)⁴³. Un état de fait qui place les CdS dans une situation favorable. Si l'on regarde les effectifs de médecin exerçant selon un unique mode d'exercice, on constate que les médecins libéraux sont plus nombreux. Ils sont en effet 46,6% de libéraux contre 43,1% de salariés, hors activité mixte. Cependant, entre 2007 et 2013 la part de libéraux parmi les médecins est passée de 47,6% à 46,6% tandis que la part de salariés parmi les médecins est passée 41,7% à 43,1%. La préférence pour le salariat se confirme dans ces chiffres.

Un autre aspect qui penche en faveur du salariat est la féminisation du corps médical. La part de femmes dans la profession médicale est passée de 38% en 2007 à 43% au 1^{er} janvier 2013⁴⁴. Un exercice salarié permet d'avoir des horaires fixes, avec la possibilité de mieux concilier vie familiale et vie professionnelle. L'exercice libéral, *a fortiori* dans des zones où la démographie médicale est faible, peut conduire à multiplier les heures de travail sous la pression de la demande. Ce risque est moins présent en CdS et peut constituer un facteur d'attractivité pour les médecins. Il faut toutefois souligner que la dernière mission IGAS a pu constater « que le salariat n'empêchait pas, dans certains centres, d'effectuer des heures non rémunérées au-delà de la limite légale »⁴⁵. Gardons-nous donc d'une vision trop simple et caricaturale selon laquelle le médecin libéral ne compte pas ses heures tandis que le médecin salarié jouirait d'un emploi du temps assez libre.

Que le modèle du salariat présente des avantages, c'est ce que nous venons de montrer. Mais ce modèle est-il exempt de limites et d'inconvénients ?

2.2.2 Limites du modèle

Une première limite du modèle est sa rigidité, en vertu de l'article L.6323-1 CSP précité. **Il est à noter que l'article L.6323-1 CSP, dans sa rédaction antérieure à la loi du 21 juillet 2009, n'indique aucun mode d'exercice pour le médecin en CdS.** Tout au plus

⁴² Dr Lopez R., « Réflexions sur le 'modèle médico-économique' des centres de santé », *Les cahiers de santé publique et de protection sociale*, 2011

⁴³ Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2013*

⁴⁴ Idem

⁴⁵ Georges P., Waquet C., Part J., *Les centres de santé: Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, Juillet 2013

trouve-t-on dans l'Accord National la formule selon laquelle « le centre de santé fait connaître à la caisse les noms et titres des professionnels de santé exerçant dans le champ de la médecine ambulatoire, [...] à savoir pour les médecins et les chirurgiens-dentistes l'inscription au tableau de l'ordre concerné et l'existence d'un **contrat de salarié** communiqué aux instances ordinales »⁴⁶. Aujourd'hui, le principe du salariat est clairement posé.

La rigidité de ce principe peut néanmoins étonner au regard de la tendance en cours des médecins qui s'orientent de plus en plus vers le salariat, et que les chiffres donnés ci-dessus confirment. **Quel intérêt de poser le principe exclusif du salariat si la tendance est au salariat ?** La question serait simplement rhétorique si les CdS, dans des cas bien précis, ne pâtissaient pas de cette rigidité réglementaire.

Le dernier rapport IGAS, dans sa recommandation n°9, propose de « modifier la loi afin de permettre aux médecins réalisant moins de deux demi-journées de vacation par semaine dans les centres de santé de conserver leur statut libéral »⁴⁷. Pour les médecins libéraux qui souhaitent exercer en CdS à temps très partiel (inférieur ou égal à 0,20 ETP) autant que pour les gestionnaires des CdS, le contrat salarié même pour de faibles quotités de temps peut être pénalisant. Il représente en effet un coût du travail plus élevé en vertu des charges sociales que paye l'établissement. De plus, l'obligation de salariat alourdit la gestion administrative sans être compensée par une meilleure entrée de recettes.

L'Hôpital de Houdan, du fait de son ancien statut d'hôpital local, a l'habitude de travailler depuis de nombreuses années avec des médecins libéraux agréés exerçant au sein des services de Médecine et SSR. Les contrats des médecins du centre de santé ont été revus en 2009 avant la promulgation de loi HPST et par conséquent avant que le principe du salariat soit posé à l'article L.6323-1 CSP. Ainsi, les médecins interviennent à ce jour sous deux statuts, salarié ou libéral. Interviennent sous statut libéral les médecins déjà libéraux⁴⁸ et dont les rémunérations sont importantes (radiologue, cardiologue, ophtalmologue, ORL ...). Or, ces médecins sont peu intéressés par un statut de salarié forcément moins rémunérateur. Interviennent sous statut salarié les autres médecins, qui peuvent avoir par ailleurs une activité libérale. Pour complexe qu'il soit, ce système a l'avantage de pouvoir s'adapter au type d'exercice que souhaite le médecin. Il présente donc un avantage en termes de recrutement et d'attractivité de l'hôpital.

⁴⁶ Accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie du 19 novembre 2002

⁴⁷ Georges P., Waquet C., Part J., *Les centres de santé: Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, Juillet 2013

⁴⁸ C'est-à-dire libéraux dans leur activité à l'extérieur de l'hôpital

Mais ce problème juridique a aujourd'hui des impacts sur le financement du centre de santé de l'hôpital de Houdan. Actuellement les médecins disposent de cartes dites « CPS »⁴⁹. Ces cartes permettent d'authentifier le médecin et de signer les feuilles de soins électroniques (FSE). Ces FSE donnent lieu au remboursement des consultations et actes par la CPAM. Or, dans leur dernière version les CPS ne permettent plus de facturer les actes, la facturation électronique générant une erreur due à l'inadéquation statutaire des médecins. L'hôpital a ainsi été amené à régulariser la situation, c'est-à-dire à salarier tous les médecins, en respectant deux impératifs :

- Conserver les médecins au sein de l'établissement
- Ne pas augmenter les charges de ce budget déjà déficitaire

D'un côté, pour les médecins libéraux exerçant sur les spécialités les plus rémunératrices, il est à craindre qu'un contrat salarié qui serait défavorable aux médecins les incite à exercer ailleurs qu'à l'hôpital de Houdan. Ce qui aurait pour conséquence une importante perte de revenus pour le CdS qui peine déjà à trouver l'équilibre. De l'autre, si le médecin exerçant à titre libéral ne souffre aucune perte en cas de modification du contrat vers un salariat, cela signifie que c'est l'établissement qui assume seul un alourdissement des charges. En effet le médecin toucherait la même rémunération⁵⁰, charge pour l'établissement à laquelle s'ajouteraient les charges sociales de l'activité salariée.

2.2.3 À la recherche d'une forme d'exercice plus adaptée ?

Le salariat est la règle. Il est indissociable du modèle et de l'identité des CdS. Néanmoins, si les promoteurs des CdS font l'apologie du salariat, il apparaît important de questionner ce modèle. Le fait de parler de « médecine sociale » et de lutte contre les inégalités de santé ne risque-t-il pas d'occulter purement et simplement la notion de « productivité », de faire passer l'impératif de viabilité économique au second plan ? Or, par-delà les avantages qu'il procure, le salariat ne risque-t-il pas d'induire un désintérêt du médecin pour l'équilibre financier de la structure ? Des solutions sont proposées aujourd'hui pour remédier à cette difficulté en intéressant les médecins aux résultats financiers de la structure.

C'est dans l'enquête réalisée par le cabinet Coactis pour la Mutualité Française⁵¹ que nous trouvons une estimation de ce que pourrait être un intéressement des médecins à l'activité dégagée par le CdS. Nous aurons l'occasion plus loin, lorsque nous formulerons des préconisations pour le CdS de Houdan, d'approfondir le modèle du cabinet Coactis.

⁴⁹ Carte de professionnel de santé

⁵⁰ Celle-ci est estimée sur la base de la rémunération annuelle que touchait le médecin exerçant à titre libéral puis serait mensualisée.

⁵¹ Coactis Santé, *La création d'un prototype économique d'un centre de santé*, novembre 2011

Pour l'heure, nous nous intéresserons simplement à la proposition sur le mode de rémunération des médecins.

Dans le modèle du cabinet Coactis, les rémunérations sont calculées sur la base d'un Équivalent Temps Plein (ETP) de praticien soit 1607 heures par an pour un contrat de 35 heures par semaine. Le modèle distingue entre un temps productif, celui du médecin en consultation, soit 1520 heures par an, et un temps non productif regroupant les jours de formations et le temps consacré aux réunions de coordination.

Dans l'exemple de la médecine générale, le salaire est estimé à partir d'un volume-cible d'activité de 4 actes par heure pour des contrats de 35h par semaine. **La rémunération du médecin représente 40% de ces actes à laquelle il faut ajouter 10% de congés payés, 3% de l'option de coordination et une rémunération supplémentaire de 1,5% de l'équilibre du CdS.** Autrement dit, le cabinet Coactis propose un salariat avec une prime d'intéressement sur 2 points stratégiques :

- l'option de coordination afin que les médecins soient incités à fidéliser les patients
- un intéressement sur le résultat pour inciter à l'activité

Concrètement, cela signifie qu'un médecin généraliste touche un salaire net mensuel de 3850€ pour 35 heures par semaine et avec des congés payés. Le modèle de rémunération obtenu présente la stabilité du salariat, mais est aussi incitatif à l'activité grâce au pourcentage d'intéressement sur l'équilibre du CdS. Cette mesure, **combinée avec les autres recommandations du modèle Coactis**, permettrait d'atteindre l'équilibre.

Dans la mesure où le modèle démontre que la médecine générale ne peut s'équilibrer à elle seule, l'enjeu consiste à optimiser l'activité médicale. Le salariat permet d'avoir des charges fixes tandis que l'intéressement incite à l'activité. Il est donc possible d'apporter de la flexibilité au cadre rigide du salariat.

2.3 Le tiers payant

Le tiers payant est une caractéristique indissociable de l'identité des CdS. Il serait pour ses usagers une raison de l'attractivité des CdS⁵². Les résultats de l'étude Épidaure restitués et commentés en 1.2.2. attestent de cette attractivité. Néanmoins la pratique du tiers payant s'accompagne d'un coût non négligeable.

2.3.1 Comprendre le coût du tiers payant

Le coût du tiers payant peut se décomposer en 2 étapes⁵³ : le *front office*, c'est-à-dire tout ce qui a trait à l'accueil du patient, à la vérification de ses droits et à l'établissement d'une facture et le *back office*, qui a trait à la gestion des rejets et impayés.

Le Front Office

C'est une étape cruciale puisqu'elle va déterminer le niveau de remboursement de la CPAM. Une consultation chez un médecin généraliste est de 23€. Si le patient n'a pas déclaré de médecin traitant, la consultation lui sera facturée 16,10€. S'il a déclaré un médecin traitant, elle lui coûtera 6,90€. S'il est bénéficiaire de la CMUC, du dispositif de suivi d'une Affection Longue Durée (ALD) ou s'il s'agit d'une femme enceinte de plus de 6 mois, l'utilisateur est exonéré du ticket modérateur. La consultation ne lui coûte rien et est totalement prise en charge par l'Assurance Maladie.

Cette étape suppose que l'agent chargé de la vérification des droits du patient connaisse bien les règles de facturation à l'Assurance Maladie, règles parfois complexes et dont il faut pouvoir suivre l'évolution. Il faut donc que les agents de l'accueil soient spécifiquement formés à cet effet.

Dans un contexte idéal, chaque usager viendrait au CdS en possession de sa carte Vitale. Celle-ci aurait été mise à jour régulièrement, évitant ainsi toute rupture de droits due par exemple à un changement de situation. L'agent de l'accueil n'aurait plus qu'à facturer en fonction des informations dont il dispose à l'écran, facturation peu susceptible de rejet de la part de l'Assurance Maladie. On se doute néanmoins qu'entre cette situation idéale et la réalité du terrain, il y a un écart. Une carte Vitale qui n'est pas mise à jour ou l'oubli de la carte Vitale obligent les agents de l'accueil à vérifier différemment les droits des assurés.

⁵² Lesieur D., « Accord national & tiers payant », in Dr Limousin M., 2012, *Les Centres de santé en mouvement*, Paris : Le Temps des Cerises, pp.250-260.

⁵³ Georges P., Waquet C., Part J., *Les centres de santé: Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, Juillet 2013, p28-33

La consultation peut se faire directement sur le site de l'Assurance Maladie⁵⁴ mais celle-ci ne serait « pas d'une grande fiabilité car la mise à jour est décalée par rapport à l'évènement [...]. 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 »⁵⁵.

Le CdS établit ainsi une facturation à l'Assurance Maladie qui ne correspond pas aux données dont elle dispose, et ceci sans que la faute soit nécessairement imputable à l'utilisateur. Il se peut par exemple que l'utilisateur ait indiqué à sa CPAM son changement d'adresse mais le temps de traitement des formalités administratives implique un décalage entre les données transmises par l'utilisateur et les droits enregistrés par l'Assurance Maladie. Pour toutes ces raisons, de nombreuses factures adressées à l'Assurance Maladie sont rejetées et ces rejets doivent être traités. Ils le sont en *back office*.

Le back office

Les CdS, afin de traiter les rejets, sont amenés à détacher, en plus des agents de l'accueil, une équipe dite de « back office » car elle n'est pas visible pour l'utilisateur. Cette équipe se consacre exclusivement à la gestion des impayés.

Il importe de comprendre le processus de facturation en amont afin d'explicitier le retraitement des factures en aval. La facturation est généralement réalisée de façon électronique. Sont ainsi établies des feuilles de soins électroniques (FSE), ce qui permet une facturation plus rapide et l'allègement des coûts de traitement autant pour les établissements que pour l'Assurance Maladie. Le remplissage d'une FSE peut se faire selon plusieurs modes :

- Le mode sécurisé. La facture est réalisée avec la carte Vitale de l'assuré et la carte dite « CPS » du médecin. C'est ce mode de facturation qu'on trouve chez le médecin généraliste lorsqu'il y a dispense d'avance des frais.
- Le mode désynchronisé est signée avec la carte Vitale du patient au moment de la facturation par le secrétariat. La signature du professionnel de santé sera recueillie ultérieurement et par conséquent sécurisée. Les agents du secrétariat disposent d'une carte dite « CPE » (Carte de professionnel d'établissement) grâce à laquelle ils peuvent réaliser la FSE. **C'est ce mode de facturation qui est principalement utilisé en CdS** puisqu'il permet au professionnel de santé de se consacrer à l'exercice de son art. Le secrétariat s'occupe ainsi de toutes les formalités administratives dont la facturation.
- Le mode dégradé est réalisé en cas d'absence de la carte Vitale. Ce mode suppose d'effectuer un duplicata papier de la FSE, envoyé par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) du patient.

⁵⁴ www.ameli.fr

⁵⁵ *Ibid.*

- Le mode papier enfin, choisi en cas d'absence des informations obligatoires sur le patient (absence de carte Vitale et d'attestation papier) ou lorsque la FSE a subi plusieurs rejets consécutifs.

Le mode désynchronisé est celui privilégié par les CdS. Il permet aux professionnels de santé de se consacrer exclusivement à l'exercice de leur métier. Néanmoins ce mode n'exclut pas les rejets puisqu'une non-concordance est toujours possible entre les informations de la carte Vitale et celle de l'Assurance Maladie. Le mode dégradé présente l'inconvénient de devoir rechercher les droits de l'assuré, par exemple sur le site www.ameli.fr. Il est donc plus chronophage que le mode précédent, sans que ce temps consacré ne soit compensé par des informations plus sûres. Enfin, de tous les modes, le mode « papier » est le plus chronophage et coûteux. Mais il n'est pas non plus exempt de rejets.

La dernière mission IGAS a estimé à 4% le nombre de FSE rejetées par l'Assurance Maladie. Il faut donc traiter ces rejets, c'est-à-dire en comprendre la cause (est-ce un problème de libellé ? Ils sont variables entre les caisses et parfois peu explicites. Est-ce une erreur dans le parcours de soins ? Une exonération du ticket modérateur non prise en compte ? Ou est-ce un accident du travail que la caisse va rejeter parce qu'elle n'a pas encore reçue ou traitée la déclaration faite par l'employeur ?). Les cas de rejets sont multiples et complexes. Comprendre la cause du rejet demande un investissement certain. Une fois que la cause est identifiée, il faut refacturer la consultation. Sans compter que « 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 »⁵⁶. Autrement dit, il n'est pas exclu que certains rejets de facturation par la CPAM soit dus à une erreur de la CPAM.

Enfin, il faut dans un dernier temps vérifier la cohérence des versements de l'Assurance Maladie avec l'activité qui a été facturée. Or là encore des pertes sont fréquentes même si les gestionnaires s'accordent pour considérer comme négligeables les pertes inférieures à 1%. Tout ceci représente un coût significatif pour les CdS que nous essaierons maintenant d'estimer.

2.3.2 Le coût du tiers payant

Tous les gestionnaires s'accordent pour dire que le tiers payant est une source de dépenses pour les CdS. Le cabinet Richard Bouton Consultant (RBC) a mené une enquête commanditée par la CPAM de Paris et la Ville de Paris sur 18 CdS⁵⁷. Si le coût

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Richard Bouton Consultants, *La place des centres de santé dans l'offre de soins parisienne*, février 2010

du tiers payant par acte est très variable d'un CdS à l'autre (de 0,65€ par acte à 9,41€ par acte) **il s'établit en moyenne à 4,38€ par acte**. Sur une consultation de médecine générale tarifée à 23€ en secteur conventionnel, on se retrouve avec un coût du tiers payant qui représente 20% de l'acte. Il faut ensuite, sur les 80% restant, payer le salaire des professionnels de santé, des agents administratifs, les frais de structure et d'exploitation courante.

En 2012, le CdS de Houdan a enregistré 96 503 actes. Avec un coût du tiers payant de 4,38€ par acte, le tiers payant représenterait un manque à gagner pour le CdS de Houdan de 422 683€. Or, nous avons analysé au point 2.1.2 que la situation financière réelle du CdS de Houdan, c'est-à-dire celle qui tient compte uniquement des subventions de droit, était de 213 455€. On est tenté de conclure que : **Hors tiers payant, le CdS de Houdan serait excédentaire de 200 000€**. Ce résultat est-il valide ? Dans la mesure où le tiers payant, selon l'enquête évoquée, varie en 0,65€ et 9,41€ par acte selon les CdS, quel est le coût exact du tiers payant à Houdan ?

Si le coût du tiers payant varie de façon aussi significative dans l'enquête précitée, c'est parce que les façons de calculer ce coût ne sont strictement les mêmes et parce que, d'un centre à l'autre, les organisations relatives au tiers payant (accueil, vérification des droits et facturation) peuvent différer grandement.

Avant de calculer le coût du tiers payant, nous distinguerons les coûts administratifs relatifs à l'accueil et à la facturation des coûts du tiers payant proprement dit. En effet les coûts administratifs font partie des charges de tout établissement de santé. Les coûts administratifs sont inhérents à l'activité puisqu'il faut prendre les rendez-vous, orienter les usagers et facturer les prestations tandis que les coûts du tiers payant sont tous ceux générés par la dispense d'avance des frais.

Pour calculer le coût du tiers payant, nous additionnons le coût chargé des agents de l'accueil, le coût du retraitement en *back office* des rejets de facture, le coût informatique du logiciel de gestion et de la maintenance et enfin le total des factures rejetées qui, après retraitement, n'ont pas donné lieu à facturation.

Les agents chargés de l'accueil vérifient les droits des patients. Selon l'IGAS, « ce coût de vérification des droits prend environ 20% à 50% du temps de travail des agents d'accueil »⁵⁸. Dans la mesure où la politique du CdS de Houdan consiste en l'application stricte du tiers payant (c'est-à-dire principalement sur l'AMO) et que lorsqu'un patient n'est pas en mesure de prouver ses droits il doit avancer les frais, il paraît raisonnable

⁵⁸ Georges P., Waquet C., Part J., *Les centres de santé: Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, Juillet 2013, p30

d'estimer la charge de travail des agents de l'accueil relative à la vérification des droits à 30% du coût des agents. De même, le coût du retraitement des factures est calculé à partir du temps consacré par un agent à cette tâche. Enfin, il faut ajouter les frais informatiques et le total des factures rejetées⁵⁹.

Le coût total du tiers payant représente alors 121 000€. **Avec 96 000 actes réalisés en 2012, le coût du tiers payant par acte au CdS de Houdan est de 1,26€** soit un coût relativement bas par rapport à la moyenne de 4,38€. La bonne organisation du CdS de Houdan a donc permis de maintenir le coût du tiers payant au plus bas. Nous verrons en 3.3.3 de quelle façon ce coût peut encore être baissé.

⁵⁹ On trouvera le détail de ce calcul en annexe.

3 Quel avenir pour le Centre de Santé de Houdan ?

Après avoir vu quelles étaient l'histoire et les valeurs portées par les CdS, après avoir réfléchi à la réponse qu'ils peuvent apporter sur un territoire rural et excentré tel que Houdan, il s'agit maintenant d'aborder la question centrale de ce travail : Quel l'avenir pour le CdS de Houdan ?

Faut-il se contenter du jugement déjà évoqué selon lequel le modèle des CdS serait « structurellement boiteux » ? Dans ce cas, le CdS ne saurait représenter autre chose qu'un fardeau sur le plan financier pour l'hôpital de Houdan. Il faudrait alors envisager la disparition pure et simple du CdS. L'hôpital de Houdan se déchargerait complètement de la responsabilité de fournir une offre de soins ambulatoires au territoire houdanais (3.1). Mais si l'hôpital faisait le choix de conserver le CdS, quelles mesures radicales faudrait-il prendre pour réduire le déficit voire retrouver l'équilibre financier du CdS de Houdan (3.2) ? Enfin, si c'est le statut même du CdS qui est problématique, quelle alternative au CdS peut être développée afin de maintenir une offre de soins ambulatoires sur le territoire houdanais (3.3) ?

3.1 Le fardeau que représente le Centre de Santé pour l'hôpital et le peu de perspectives d'avenir amènent à envisager sa disparition pure et simple

3.1.1 Une situation sans perspectives

Nous avons vu que le déficit cumulé au 31 décembre 2012 atteint 760 000€, avec un déficit annuel variable d'une année sur l'autre (de 180 000€ en 2011 à 60 000€ en 2012) sans qu'il soit pour autant permis d'envisager l'avenir sereinement. Le déficit cumulé se creuse, et continuera de se creuser pour les années à venir. On ne peut plus compter sur l'apurement du déficit par la CCPH (celui-ci avait été fait à l'occasion du transfert de l'autorisation de gestion du CdS, de la CCPH vers l'hôpital de Houdan). Il ne serait pas non plus raisonnable de compter, au vu des difficultés économiques de la période actuelle, sur l'augmentation des subventions de l'ARS et de la CCPH. Et puisque selon le dernier rapport IGAS sur les CdS, le modèle économique des CdS est « structurellement boiteux », il faut donc penser sa disparition pure et simple et imaginer que cette offre de soins ambulatoires prendra une autre configuration. On peut très bien imaginer que la population du bassin de vie houdanais se réorientera sur les autres structures sanitaires de la région. Se pose alors la question des moyens dont dispose la population du bassin de vie houdanais.

3.1.2 Un modèle qui ne correspond pas à la population du territoire

Nous avons vu que le modèle du CdS trouve ses origines dans la volonté des municipalités de répondre à des problématiques de santé publique. L'enquête Epidaure a montré que les CdS facilitent l'accès aux soins de la population. Certains CdS sont plus que centenaires et sont généralement situés aujourd'hui dans des zones défavorisées pour garantir un accès aux soins à une population qui a un niveau de vie moyen voire faible. Dans ces endroits, la disparition d'un CdS aurait un sérieux impact sur l'accès aux soins. D'un côté le renouvellement de l'offre de soins ne serait pas assuré car des libéraux qui auraient le choix préféreraient s'installer dans des quartiers plus aisés. De l'autre côté, la population serait peut-être découragée de devoir chercher des professionnels de santé sur un périmètre plus large et par l'avance des frais. Puisqu'un des scénarii de l'avenir du CdS que nous envisageons ici est sa fermeture, il faut se poser la question de la capacité de la population du bassin de vie houdanais à se répercuter sur une autre offre de soins.

La question posée ici est en somme celle de l'adéquation de l'offre de soins de type CdS et le besoin de la population du bassin houdanais. Soutenir une offre de soins de type

centre de santé est-il pertinent au regard des caractéristiques sociodémographiques de ce territoire ?

Le tableau suivant est construit à partir des données de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Il permet d'apprécier et de comparer les caractéristiques sociodémographiques de la population houdanaise :

Revenus	Houdan (78310)	Yvelines (78)	France	Dreux (28134)
Revenu net déclaré moyen par foyer fiscal en 2009, en euros (1)	25 247	34 171	23 230	16 779
Foyers fiscaux imposables en % de l'ensemble des foyers fiscaux en 2009 (1)	61,9	69,5	53,6	40,9
Médiane du revenu fiscal des ménages par unité de consommation en 2010, en euros (2)	21 355	25 058	///	13 345

L'indicateur le plus pertinent est le revenu médian mais dans la mesure où il n'est pas disponible à l'échelle du territoire français, nous nous contenterons du revenu net moyen pour la comparaison. Le revenu net moyen est de 25 247€ dans la ville de Houdan. Ce revenu peut paraître faible au regard du département puisqu'il est inférieur de 9000€ à la moyenne des Yvelines. En outre, en termes de revenu la commune de Houdan est, sur le département, 230^e sur un total de 260 communes. On pourrait être amené à penser que la population houdanaise est plutôt pauvre. Or, si l'on soutient la comparaison avec la moyenne nationale, il apparaît que Houdan, bien que 230^e sur 260 à l'échelle départementale, reste plus riche que la moyenne nationale, cette dernière s'élevant à 23 230€.

La comparaison avec la ville de Dreux est encore plus éloquent⁶⁰. Chez le voisin eulérien, le revenu annuel moyen d'un ménage est de seulement 16 779€, soit presque 10 000€ de moins qu'à Houdan. Un autre indicateur nous permettra de constater le fossé qui sépare les deux villes : le taux de chômage. Si celui-ci est de 8,3% à Houdan, soit un chiffre inférieur à la moyenne nationale de 11,7%, il atteint le pic de 22,7% dans la ville de Dreux. Un dernier chiffre achèvera de nous convaincre. Il concerne la part de patients bénéficiant de l'Aide Médicale d'État (AME) et de la CMUC. L'AME est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. La CMUC est accordée aux personnes à faibles revenus et donne droit à une prise en charge gratuite de la part complémentaire. AME et CMUC sont donc des indicateurs du

⁶⁰ On rappellera ici que la ville de Dreux est distante de 30km et se situe dans le département voisin l'Eure-et-Loir. Les centres hospitaliers de Dreux et Houdan sont en direction commune et un GCS est en cours de constitution. Par conséquent la comparaison entre les villes de Houdan et Dreux n'est ni hasardeuse ni fortuite.

positionnement social de la structure. Sur un total de 54 267 passages en 2012, seuls 250 passages ont été facturés au titre de la CMUC soit 0,46% du total. Dans l'enquête Epidaure, les CdS accueillaienent en moyenne 15% de patients au titre de la CMUC. De même, 49 passages ont été facturés au titre de l'AME soit 0,09%⁶¹ de l'activité là où les personnes bénéficiant de l'AME représentent 6% de la patientèle dans un CdS comme celui d'Aubervilliers.

En conclusion, le statut de CdS et son positionnement ne sont pas adaptés au territoire houdanais. **Si, en tant que service public, on ne peut que soutenir une offre de soins accessible à l'ensemble de la population, force est de constater que le CdS et son héritage de « médecine sociale » sont en complet décalage avec la réalité du bassin de vie houdanais. Cet état de fait justifie d'autant moins que l'hôpital de Houdan supporte ce fardeau financier.** Autrement dit, au regard des caractéristiques sociodémographiques de sa population, il apparaît que le bassin de vie houdanais peut se passer d'une offre de soins ambulatoires **de type CdS**. En effet, si le CdS devait fermer et était remplacé par une offre de soins ambulatoires en secteur 2, la population du territoire serait dans l'ensemble en mesure d'avoir accès aux soins. Néanmoins, avant d'arriver à une telle extrémité, quelles mesures, même radicales, permettent de réduire le déficit du CdS ?

⁶¹ Ces chiffres sont extraits d'ActeurFSE, logiciel de gestion et de suivi de l'activité du CdS.

3.2 De nouvelles pistes pour atténuer le déficit du Centre de Santé ?

De nombreux audits ont été commandés au fil des années afin de mieux comprendre les tenants et aboutissants de la situation financière du CdS et pour donner de nouvelles perspectives pour, si ce n'est retrouver l'équilibre, au moins en atténuer le déficit. Ce travail et quelques-unes des préconisations que nous ferons s'inscrivent dans la continuité des efforts qu'a menés l'hôpital jusqu'ici. Pour formuler quelques nouvelles hypothèses pour l'avenir du CdS s'il était maintenu, nous nous appuyerons sur deux importants travaux menés récemment sur les CdS.

Il s'agit d'abord du travail réalisé par le cabinet Coactis pour la Mutualité Française. C'est un prototype qui se présente sous la forme d'un tableau Excel et qui modélise, grâce à près de 6000 lignes de calcul, « les conditions humaines, techniques, organisationnelles et financières garantissant la pérennité économique d'un centre de santé »⁶². Cette modélisation permet de rassembler les bonnes pratiques de gestion et de simuler, en fonction des choix faits sur l'offre de soins (nombre de cabinets, de spécialités, amplitude horaire, délégation de tâches, etc), le chiffre d'affaires annuel et les recettes. Il permet de visualiser si, en fonction des choix retenus, un équilibre financier est possible. Nous nous appuyerons aussi sur le rapport de l'IGAS de juillet 2013 déjà cité intitulé *Les centres de santé: Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*. Ce rapport se termine sur une vingtaine de recommandations pour optimiser la gestion des CdS. Nous verrons lesquelles de ces recommandations sont applicables à Houdan et de quelle façon.

Les pistes que nous préconisons s'articulent autour de trois axes : repenser l'offre de soins (3.2.1), augmenter les recettes (3.2.2) et diminuer les charges (3.2.3).

3.2.1 Repenser l'offre de soins en adéquation avec le territoire

L'article L6323-1 du Code de la santé publique dispose que « 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 ». Le fait que le CdS fasse partie de l'hôpital ne change rien puisque « le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement »⁶³.

Élaborer un projet de santé, c'est s'inscrire dans un contexte. En raison du positionnement du CdS maintes fois évoqué, ce contexte peut être celui d'une raréfaction

⁶² Coactis Santé, *La création d'un prototype économique d'un centre de santé*, novembre 2011.

⁶³ L6323-1 CSP

de l'offre de soins sur le territoire, d'une population aux moyens trop limités pour pouvoir se soigner dans les meilleures conditions ou tout autre contexte justifiant son insertion.

Comprendre le contexte dans lequel s'insère l'établissement suppose d'avoir mené un **diagnostic territorial de santé**. Ce diagnostic, de préférence élaboré avec les autorités de tarification, permet de se mettre d'accord sur les priorités de santé. Ainsi, le CdS peut développer une offre de soins spécifique au territoire et répondre aux besoins de la population. Or, nous n'avons connaissance d'aucun diagnostic territorial de santé qui ait été mené sur le territoire houdanais. De même, le CdS ne dispose pas encore de projet médical spécifique tel que le prévoit la réglementation.

L'absence de détermination du contexte territorial et de projet médical apparaît d'autant plus problématique au regard de la comptabilité analytique. Grâce à la comptabilité analytique, il est possible de suivre l'activité de chaque praticien et de déterminer ce que cette activité rapporte au CdS. **Or, il apparaît que 4 spécialités⁶⁴ présentent un résultat déficitaire sur leur activité pour un total de – 47 000€.** Ce résultat est calculé en soustrayant aux recettes dégagées par le praticien le coût, charges comprises, qu'il représente pour l'hôpital. Il importe de noter que ce calcul ne tient pas compte des charges administratives (prise de rendez-vous, encaissement, gestion des impayés), des charges d'exploitation courante ou des charges de structures.

En effet si l'on prend en compte ces coûts, presque toutes les activités du CdS sont déficitaires. Mais si l'on écarte ces coûts dans notre calcul, et que le résultat est négatif, cela signifie simplement que **l'activité du praticien ne couvre pas son salaire**. Dans la mesure où le résultat de ces 4 activités est de – 47 000€, on est amené à se questionner sur l'intérêt pour l'hôpital de Houdan de conserver de tels contrats.

C'est ici que la notion de diagnostic territorial de santé prend tout son sens. **Il est possible, et même légitime, de supporter une activité déficitaire si celle-ci trouve son origine dans un besoin réel et fort de la population.** C'est d'ailleurs sur ce principe que s'est construite l'histoire des CdS. Les municipalités ont soutenu politiquement et financièrement leur « dispensaire » qui répondait à un besoin de la population. Le problème n'est donc pas de financer une activité dont le résultat est négatif. Le problème émerge lorsqu'on finance une activité déficitaire sans savoir si celle-ci répond à un réel besoin de la population. Or cette analyse n'a pas encore été faite pour le bassin de vie houdanais, ce qui rend encore plus improbable l'existence de tels contrats et donne par conséquent quelques marges de manœuvre à l'hôpital de Houdan.

⁶⁴ Par souci de confidentialité, et parce qu'il serait facile de déduire de quel praticien il s'agit, nous n'indiquerons pas quelles spécialités présentent un résultat négatif.

Pour radicale qu'elle puisse paraître, la première mesure nous semble être aussi une mesure de bon sens. **Il s'agit de ne conserver que les praticiens dont l'activité, a minima, rembourse le salaire.**

3.2.2 Augmenter les recettes

Dans quelle mesure le CdS de Houdan peut-il augmenter ses recettes ? Les différents audits ont abouti à des pistes d'amélioration qui ont été mises en place. Parmi ces mesures nous citerons :

- Le rappel du rendez-vous par SMS. Dans certains cas, (certaines consultations de spécialistes par exemple), les rendez-vous sont pris plusieurs semaines voire plusieurs mois à l'avance. Le risque est que le patient oublie son rendez-vous et ne se présente pas à la consultation. En termes de recettes cela signifie que l'hôpital ne bénéficie pas de l'entrée d'argent qui provient de la consultation et de l'acte mais continue de rémunérer le professionnel qui a un statut de salarié. Un coût supplémentaire est aussi induit pour l'administration qui doit reprendre un rendez-vous ultérieur pour le patient. Le rappel par SMS permet de réduire le taux de non-venue des patients et contribue à l'optimisation des recettes.
- Optimisation du taux d'occupation des cabinets. La file active de certains médecins s'étale sur plusieurs mois, garantissant ainsi à l'hôpital une activité constante, sauf aléas sur la non-venue des patients.
- Optimisation de la cotation des actes. La consultation de médecine générale ou spécialisée et les actes de soins sont cotés selon une nomenclature précise appelé Classification commune des actes médicaux (CCAM). Commune aux secteurs public et privé, elle permet de suivre l'activité médicale et donne lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie selon des tarifs préétablis. Cette nomenclature est d'une grande complexité si bien qu'il est toujours possible que certains actes ne soient pas cotés à leur valeur réelle. Le CdS perdrait ainsi de l'argent puisque la totalité des actes réalisés ne donneraient pas lieu à une facturation. Une enquête a été réalisée en interne sur la cotation des actes auprès des médecins dont l'objet était de savoir si les médecins rencontraient des difficultés dans la cotation des actes. Ceux-ci ont majoritairement répondu négativement.

D'autres pistes sont évoquées dans différents rapports et référentiels sur les CdS pour augmenter les recettes. Il s'agit de la délégation de tâches notamment en imagerie médicale pour en optimiser le rendement, de la création de cabinets dentaires puisque les cabinets dentaires ont la possibilité de facturer des actes hors nomenclatures et par conséquent plus rémunérateurs ou d'optimiser les ratios de personnel. Cependant au vu du travail déjà réalisé par l'établissement sur tous ces aspects, l'augmentation des

recettes de l'activité nous apparaît comme une impasse. Si une augmentation des recettes est possible, c'est du côté des subventions.

Les subventions représentent une part importante des recettes des CdS. « La plupart des centres municipaux polyvalents ne s'équilibrent que grâce à une importante subvention d'équilibre de la commune, qui représente au moins un tiers des recettes »⁶⁵. On trouve de nombreux autres exemples de centres de santé associatifs qui, bien que faisant preuve d'une gestion rigoureuse atteignent l'équilibre grâce à des subventionnements au niveau local, départemental ou régional. Or, si l'on compare avec la structure des produits du CdS de Houdan, **les subventions conjointes de l'ARS et de la CCPH représentent seulement 3,38% des produits, bien loin du « tiers des recettes » dans le rapport IGAS**. Il n'est donc pas exagéré de dire que le CdS pâtit d'un manque de soutien des autorités de tarification et autres partenaires institutionnels. Pour autant, est-il raisonnable, pour retrouver une situation financière équilibrée du CdS, de compter sur une augmentation des subventions des autorités de tarifications et des collectivités territoriales ? La raréfaction et la mise sous contrainte des financements publics ne laissent pas présager une embellie sur le court terme. C'est pourquoi, si un retour à l'équilibre est possible, il portera prioritairement sur une action en interne.

Parmi les subventions que touche l'hôpital et dont il a la marge de manœuvre, lesquelles peuvent être augmentées ? La subvention « Teulade » dépend de la masse salariale soignante et s'élève à 11,5% des rémunérations brutes des médecins. Cette subvention est peu fluctuante, mais il serait peu judicieux d'augmenter la masse salariale dans le but de toucher une subvention plus importante. Cette subvention étant calculée sur la base des salaires versés aux médecins, il faudrait d'abord augmenter les charges avant de voir augmenter les recettes, lesquelles n'augmenteraient pas dans la même proportion. Quant à l'incitation à la télétransmission, c'est-à-dire à la transmission des FSE, celle-ci est trop faible pour pouvoir constituer un intérêt dans le cadre d'un redressement économique. Ne reste donc qu'une seule subvention qui retienne notre attention : l'option de coordination ou centre « optant ».

Pour rappel, l'*Accord National* prévoit que les centres de santé puissent mettre en place une organisation spécifique capable d'assurer la coordination des soins, élément essentiel de l'amélioration du système de soins. Un CdS qui met en place une telle organisation relative à la coordination des soins est dit « optant ». Bien que cette organisation relève d'un cahier des charges relativement lourd, elle représente un intérêt financier non négligeable. Un CdS optant perçoit une rémunération forfaitaire annuelle de 46€ par an et

⁶⁵ Georges P., Waquet C., Part J., *Les centres de santé: Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, Juillet 2013

par patient **ayant adhéré à l'option**. Pour adhérer à l'option, le patient doit choisir un médecin traitant qui exerce au CdS. Ce forfait est versé en deux fois, la première au moment de l'adhésion du patient, la seconde à la fin de l'année de l'adhésion, sous réserve que les conditions donnant droit à l'option soient toujours réunies.

Le montant de l'option de coordination est très faible en 2012 et s'élève à 759€. Un montant surprenant au regard du prototype du cabinet Coactis. Sur une amplitude horaire de 55h par semaine, le cabinet a estimé que la subvention pouvait s'élever à 60 000€ par cabinet et conclut que « sans ce forfait, la médecine générale ne peut s'équilibrer »⁶⁶. Les hypothèses retenues sont que les patients optant en médecine générale consultent 3,7 fois dans l'année et représentent jusqu'à 55% de la patientèle de médecine générale.

En 2012, 32 711 patients ont été au CdS. Sur ces 32 711, seuls 247 patients ont consulté en médecine générale. Ce chiffre est surprenant car l'on aurait pu supposer qu'une part significative de la patientèle passe par la case médecine générale. Or, c'est principalement en médecine générale que les patients choisissent leur médecin traitant. Une discipline aussi particulière que l'urologie a réalisé une activité plus importante que la médecine générale avec 284 patients. Ce chiffre est révélateur d'un positionnement problématique de l'offre de soins sur son territoire. Si l'on applique les hypothèses du cabinet Coactis, il apparaît que l'option de coordination pourrait s'élever à 6250€⁶⁷. C'est près de 8 fois le montant de l'actuelle subvention, mais reste très faible et ne contribue pas, de toute évidence, à contenir le déficit.

La faible patientèle en médecine générale s'explique en partie par la présence du CSPI qui diffère de la médecine générale par le fait que les consultations et actes n'y sont pas programmés. Le CSPI a reçu en 2012 5970 patients. Si l'on y applique les hypothèses précédentes, il apparaît que l'option de coordination pourrait s'élever à 150 000€⁶⁸. **Au total, l'option de coordination pourrait rapporter 156 000€. Ce seul paramètre appliqué à l'année 2012 fait apparaître non plus un déficit de 60 000€ mais un excédent de 95 000€.**

Comment expliquer que le CdS de Houdan passe à côté d'une telle somme ? La raison est en réalité très simple : le CdS ne s'est pas positionné sur le segment des consultations programmées de médecine générale. Il a donné la priorité au CSPI et aux spécialités médicales avec pour conséquence que très peu de patients ont un médecin traitant au sein du CdS. Leur médecin traitant est alors installé en centre-ville de Houdan (plusieurs médecins ont une double activité) ou sur le bassin d'attractivité de l'hôpital. Le

⁶⁶ Coactis Santé, *La création d'un prototype économique d'un centre de santé*, novembre 2011

⁶⁷ $247 \times 55\% \times 46\text{€} = 6249,10\text{€}$

⁶⁸ $5970 \times 55\% \times 46\text{€} = 151\,041\text{€}$

patient a alors un médecin traitant dans sa commune et consulte au CdS lorsque son médecin est absent ou lorsqu'il a besoin d'une consultation spécialisée. Certaines spécialités étant très onéreuses, le CdS peut apparaître sous certains aspects comme le parent pauvre de ce système.

Dans tous les cas, l'option de coordination est une subvention trop importante pour que l'on puisse, au vu de la situation financière du CdS, se contenter de cet état de fait. Il importe tout d'abord de comprendre et d'accepter le fait que le CdS s'inscrit dans un contexte concurrentiel. Sa viabilité économique est dépendante du fait que l'on attire et fidélise une patientèle, même si cela se fait au dépend de professionnels libéraux installés en cabinet. Cela suppose aussi de devoir « vendre » les mérites du CdS auprès du patient, de la médecine coordonnée, de ses tarifs attractifs et de la qualité des soins. Il faut, en somme, qu'un maximum de patients ait leur médecin traitant au sein du CdS.

Ce principe étant établi, comment faire pour inciter les agents de l'accueil et les médecins généralistes à « vendre » le CdS afin que les patients y déclarent leur médecin traitant ? Ce point représente un véritable défi puisque cela suppose d'accepter une médecine qui s'inscrit dans un contexte concurrentiel. À Houdan particulièrement, dans la mesure où plusieurs médecins qui exercent à l'hôpital (donc pas seulement en CdS) ont aussi une activité libérale, cela suppose d'accepter une activité ouvertement concurrentielle avec des collègues. **Cette configuration houdanaise est un véritable obstacle.**

L'introduction d'un intéressement sur l'option de coordination est peut-être une solution à cette impasse. Dans le modèle Coactis, 3% de l'option de coordination est reversée aux professionnels de santé. Dans l'hypothèse retenue, au vu de la fréquentation du CdS, nous avons calculé que l'option de coordination pouvait s'élever à 150 000€. Avec un taux d'intéressement de 3%, c'est 4500€ que le praticien ajoutera à sa rémunération annuelle. **Vu l'importance de cette option dans l'équilibre final, cet intéressement est peut-être la seule clé pour augmenter le taux de patients optant.**

Néanmoins il importe de rester très circonspect sur la mise en place d'une telle mesure. En effet, dans le prototype Coactis, l'efficacité du « recrutement » des patients au titre de l'option de coordination est due à la présence d'une infirmière coordinatrice. Cette infirmière veille à la fluidité du parcours de soins du patient et encadre les personnels de l'accueil et de la facturation. Autrement dit, il s'agit d'augmenter les charges par un recrutement d'infirmière (environ 50 000€ par an en coût chargé) pour dans un second temps augmenter les recettes. De plus, avec le mécanisme d'intéressement, la subvention se trouve réduite de 3% pour chaque ETP de médecin généraliste. En conclusion, ce n'est pas 150 000€ par an que le CdS peut espérer obtenir via une

valorisation de l'option de coordination, mais plus probablement une somme de l'ordre de 75 000€⁶⁹. On remarquera que ce chiffre est bien plus important que les 759€ récupérés en 2012. Par ailleurs, avec 75 000€ supplémentaires de recettes, le CdS aurait été excédentaire en 2012. En conclusion, si la valorisation de l'option de coordination est sans aucun doute une des mesures les plus impérieuses à mettre en place pour la viabilité économique du CdS, elle se heurte à 2 difficultés : dans un premier temps l'augmentation des charges qui, si elle n'est pas compensée par des meilleures recettes, risque d'accroître le déficit. Dans un second temps la compréhension que le CdS évolue dans un contexte concurrentiel, c'est-à-dire parfois en concurrence avec des médecins libéraux qui sont aussi des collègues. En somme, valoriser l'option de coordination est un véritable défi.

3.2.3 Diminuer les charges

L'hôpital a déjà mis en place quelques unes des bonnes pratiques afin de réduire ses charges. Le CdS bénéficie par exemple de l'intégration de l'hôpital dans le Réseau des acheteurs hospitaliers d'Île-de-France (RESAH-IdF). Le RESAH-ÎdF est un groupement d'achat qui permet aux établissements qui en sont membres d'obtenir de meilleurs prix. Un travail a aussi été mené sur les amplitudes horaires afin d'éviter le chevauchement des temps de présence d'agents administratifs sur les heures creuses lorsque l'activité est faible voire nulle. Il nous apparaît toutefois que des efforts peuvent être menés sur deux aspects : la rémunération des médecins (A) et le coût du tiers payant (B).

A) Rémunération des médecins

Le cabinet Coactis souligne que le prototype n'a pas pour but de redresser un CdS, tributaire de son histoire et de son environnement. Son but est de prévoir, avant la création d'un CdS et en prenant en compte les besoins de santé sur un territoire donné, si l'organisation retenue peut être viable économiquement. En effet, « le prototype économique a été construit comme un outil de création de centres, non comme un outil de gestion des centres existants, dont bien évidemment le fonctionnement réel ne peut réunir toutes les conditions optimales évoquées précédemment »⁷⁰.

Une des « conditions optimales » particulièrement problématique est la rémunération des médecins. Nous avons en 2.2.3 détaillé ce que pourrait être la rémunération mensuelle d'un médecin généraliste dans le prototype. Elle représente un salaire brut annuel de 61 500€. À titre de comparaison, nous reprenons la grille de rémunération des praticiens hospitaliers issue de l'*Arrêté du 12 juillet 2010 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps*

⁶⁹ 150 000€ – 50 000€ – 4 500€ x 5 = 77 500€.

⁷⁰ Coactis Santé, *La création d'un prototype économique d'un centre de santé*, novembre 2011, p4.

partiel dans les établissements publics de santé. Cet arrêté inscrit en annexe III le tableau suivant⁷¹ :

ÉMOLUMENTS DES PRATICIENS HOSPITALIERS	
Echelon	MONTANTS bruts au 1er juillet 2010 (en euros)
13e échelon	88 939,41
12e échelon	85 169,09
11e échelon	74 915,21
10e échelon	71 922,46
9e échelon	66 934,63
8e échelon	64 607,04
7e échelon	62 611,95
6e échelon	58 455,49
5e échelon	54 631,40
4e échelon	52 303,80
3e échelon	50 973,84
2e échelon	49 809,80
1er échelon	48 978,59

Un médecin généraliste ayant passé le concours de praticien hospitalier débute sa carrière à 48 978€ bruts par an, hors indemnités. Ainsi, il est plus intéressant pour un médecin en début de carrière de travailler dans un CdS qui le rémunérerait selon les recommandations du prototype du cabinet Coactis. Mais dès qu'un praticien hospitalier atteint le 7^e échelon, les hypothèses de rémunération retenues dans le prototype ne lui sont plus favorables. L'exercice en CdS devient moins intéressant sur le plan financier.

La rémunération des médecins est un autre obstacle auquel doit faire face l'hôpital de Houdan s'il entend réduire les charges. Dans la mesure où beaucoup de médecins praticiens hospitaliers du CdS sont rémunérés sur les derniers échelons, il est difficilement envisageable de faire diminuer ce poste de dépenses. En effet, cela signifie de « négocier » les contrats à la baisse, perspective qui ne semble ni possible ni souhaitable. Cela n'est pas possible car quel médecin accepterait de voir son salaire revu à la baisse ? Cela n'est pas souhaitable car ce serait envoyer un message selon lequel un médecin ne peut faire toute sa carrière en CdS. Or, un CdS a besoin d'être attractif pour attirer et recruter des médecins. Cette solution étant à écarter, quelle autre piste peut être explorée dans la perspective d'une diminution des charges ?

⁷¹ Nous adoptons un code couleur pour séparer les échelons 1 à 6 des échelons 7 à 13.

B) Réduire le coût du tiers payant

La réduction du coût du tiers payant est peut-être la mesure la plus essentielle à mettre en place pour l'hôpital de Houdan. Quelles recommandations peut-on mettre en place afin d'en diminuer le coût ?

Dans le prototype du cabinet Coactis, le coût du tiers payant quelle que soit la spécialité a été descendu à 3€ par passage⁷². Selon l'IGAS, il est même possible de faire descendre ce coût en dessous de 2€ par passage. Or, notre calcul en 2.3.2 montre que le coût du tiers payant à Houdan est de l'ordre de 1,26€ par passage. Est-il possible de réduire encore ce coût ? De quelles recommandations du cabinet Coactis ou de l'IGAS peut-on s'inspirer pour abaisser les charges relatives au tiers payant ?

Comment le cabinet Coactis a-t-il pu réduire ce poste de dépense ? Les recommandations du cabinet s'articulent autour de quatre axes :

- Repenser le processus de vérification des droits

Vérifier les droits du patient dès la prise de rendez-vous. Ceci permet d'informer et de relancer le patient sur la mise à jour de ces droits. Former les personnels de l'accueil à cette nouvelle procédure et à une bonne connaissance de la réglementation.

- Miser sur une solution logicielle performante

Un logiciel performant permet par exemple de suivre les patients débiteurs, et de les relancer à l'occasion de leur prochain passage. Ce logiciel permettrait aussi d'obtenir un taux de recouvrements automatiques par FSE supérieur à 95%. Ce qui limiterait considérablement le travail de recouvrement en *back office*. Enfin le logiciel permettrait d'actualiser les bases de données des AMC pour limiter les rejets de FSE.

- Appliquer une gestion stricte du tiers payant

Ne pas pratiquer le tiers payant pour les AMC qui n'utilisent pas les FSE. Demander aux patients de payer la totalité du reste à charge si les droits ne sont pas à jour.

- Optimiser le parcours du patient afin qu'il ne fasse qu'un seul passage à l'accueil

Ces pistes sont décrites comme des facteurs clés de la réussite d'un CdS. Sur ces quatre mesures, trois ont déjà été mises en place à Houdan. Il s'agit de la gestion stricte du tiers payant, de l'optimisation du parcours du patient à l'accueil et d'une solution logicielle performante. La vérification des droits pourrait se faire en amont. Dans ce cas, il faudrait aussi revoir notre calcul du tiers payant et y ajouter le coût des agents chargés de la prise de rendez-vous.

Selon le dernier rapport IGAS, il serait même possible de réduire le coût du tiers payant en dessous des 3€ par passage. « Les investigations de la mission conduisent à

⁷² À noter que dans le prototype, à l'exception du dentaire, 1 acte = 1 passage

recommander une organisation permettant de passer à un niveau inférieur, entre 1,5 ou 2€ »⁷³. Les recommandations IGAS peuvent-elles inspirer l'hôpital de Houdan ? Ces recommandations s'inspirent du fonctionnement des pharmacies et de la récente facturation directe à l'hôpital.

Comme l'indique le rapport, bien que la procédure de vérification des droits dans les pharmacies soit moins complexe que celle en CdS, notamment parce qu'il n'y a pas d'informations relatives au parcours de soins, elle peut néanmoins inspirer les gestionnaires de CdS. Les pharmacies passent par une plateforme qui organise et régit les relations entre professionnels de santé d'un côté, organismes assurantiels de base et complémentaires de l'autre. Ce processus est garanti par le remboursement dès lors que la carte Vitale est à jour.

En CdS, comme établi en 2.3.1, il arrive que l'Assurance Maladie ne rembourse pas la consultation alors même que la vérification des droits a été faite correctement. Dans ce cas les informations contenues dans la carte Vitale ne correspondent pas aux informations dont dispose l'Assurance Maladie dans sa base de données. Dans certains cas, cette situation n'est imputable ni à l'assuré qui a correctement déclaré ses droits ou son changement de situation ni au CdS qui ne peut établir une facture qu'en fonction des informations dont il dispose. La garantie de remboursement dès lors que la carte Vitale est à jour et la plateforme commune aboutissent au fait que « 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 »⁷⁴.

Le second modèle dont les CdS pourraient s'inspirer est le projet Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé (FIDES). Le projet FIDES consiste à facturer au fil de l'eau les recettes liées à l'activité des établissements de santé. Pour l'heure, le projet se cantonne aux Actes et Consultations Externes (ACE)⁷⁵ soit un positionnement identique à celui de Houdan, où le CdS est géré par l'hôpital.

Le système FIDES est pensé de façon à facturer systématiquement de façon électronique. Dans les CdS, lorsqu'il y a plusieurs rejets sur une facture électronique, une facturation « papier » est faite en dernier recours. Or cette facturation « papier » peut être encore rejetée ou dans certains cas n'est tout simplement pas traitée.

⁷³ Georges P., Waquet C., Part J., *Les centres de santé: Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, Juillet 2013, p43

⁷⁴ Ibid. p44

⁷⁵ <http://www.sante.gouv.fr/la-facturation-individuelle-des-etablissements-de-sante-fides,6077.html>

Un autre avantage de FIDES est qu'elle est associée à l'outil « Consultation des droits » dit CDR. Cet outil permet, en l'absence de carte Vitale, de consulter les droits d'un assuré à l'AMO quelle que soit sa caisse d'affiliation. Cette consultation se fait sur des données synchronisées avec celle de l'Assurance Maladie, ce qui permet de diminuer très fortement les rejets de facture. Si l'on ajoute à cet outil la recommandation selon laquelle le CdS pratique un tiers payant strict, c'est-à-dire sur la part complémentaire que lorsque les droits sont vérifiés et à jour, alors on peut faire chuter de façon importante le taux de rejets.

En 2012, 5280 factures émises par le CdS ont été rejetées soit près de 10% des passages. Selon l'IGAS, il est possible en appliquant ces recommandations d'obtenir un taux de rejet inférieur à 4%. Avec 4% de rejets soit 2170⁷⁶ factures rejetées, le coût total du rejet des factures atteint 33 000€⁷⁷ au lieu de 81 000€, soit une économie de près de 50 000€. En dépit des efforts déjà réalisés par le CdS de Houdan sur la gestion du tiers payant, celui-ci peut encore être réduit et de façon significative. **Le coût du tiers payant pourrait alors être descendu à 0,76€ par acte.**

En conclusion, le CdS de Houdan est aujourd'hui en mesure de retrouver une viabilité économique. Pour cela, il doit repenser son activité en cohérence avec ses possibilités et ne pas financer des activités trop déficitaires. Cette première mesure permettrait d'économiser 47 000€ par an. L'augmentation des recettes et de l'option de coordination représentent, non seulement un défi, mais aussi un risque puisque cela suppose un investissement préalable en personnel. Nous ne retiendrons pas cette possibilité, en dépit de la somme importante qu'elle est susceptible de représenter. Par contre le coût du tiers payant peut encore être abaissé pour une économie potentielle de 50 000€. **L'économie totale atteindrait 97 000€. Appliquée à l'année 2012, cette économie aurait généré non pas un résultat de – 60 000€ mais un excédent de 37 000€. Ces réflexions montrent que, à subventions égales, le CdS de Houdan peut retrouver l'équilibre sur le plan financier.** Il nous faut maintenant aborder un dernier point : les alternatives au CdS.

⁷⁶ 54 267 x 4% = 2170

⁷⁷ (Nombre de factures rejetées) x (Montant moyen du remboursement de chaque facture) soit
2170 x 21,9€ x 70% = 33 266,10€
5280 x 21,9€ x 70% = 80 942,40€

3.3 Des alternatives au Centre de Santé sont-elles envisageables ?

Comme indiqué en introduction, le présent travail prend pour point de départ le CdS de l'hôpital afin d'en comprendre la situation puis essaie de formuler quelques pistes d'amélioration. Il s'inscrit néanmoins dans une réflexion plus globale sur l'offre de soins, et la place qu'y joue un hôpital de proximité. Il faut par conséquent envisager les alternatives possibles au CdS même si nous le ferons de façon liminaire. Nous évoquerons deux scénarii : la maison de santé et les consultations externes. D'autres modes⁷⁸ de regroupement de professionnels en ambulatoire existent, mais leur objet est trop éloigné du CdS pour que nous nous y attardions.

3.3.1 La Maison de Santé

Définies en introduction, les Maisons de Santé ont le même positionnement qu'un CdS. Elles assurent des activités de soins sans hébergement de premier et de second recours dans le cadre d'un projet de santé établi en cohérence avec les orientations régionales. Elles peuvent aussi, comme les CdS, assurer des actions de prévention, d'éducation du patient et de santé publique.

Pour les professionnels de santé cela peut présenter plusieurs avantages. Ils seraient gestionnaires de la structure et leurs honoraires seraient libres. La Maison de Santé pourrait intéresser des professionnels de santé attirés par de meilleures rémunérations puisqu'ils seraient payés à l'acte et qu'il n'y a pas d'obligation de tarifs en secteur 1.

Cela signifierait un positionnement complètement différent pour l'hôpital de Houdan qui ne serait plus gestionnaire de cette offre de soins ambulatoires. Il n'aurait plus la même ouverture sur le territoire et son activité se réduirait à la prise en charge d'un public âgé. Le problème évoqué du statut des médecins disparaîtrait et l'hôpital qui est à l'équilibre sur ses autres budgets ne verrait pas ses excédents réduits. La Capacité d'Autofinancement (CAF), ensemble des ressources internes de l'établissement lui permettant de financer ses investissements, serait plus importante et permettrait de réaliser les orientations retenues dans le schéma directeur des travaux. Mais l'hôpital perdrait son originalité et son rôle de précurseur en tant qu'établissement de proximité ayant développé une offre de soins ambulatoires de type CdS au moment où cette possibilité est ouverte aux établissements de santé.

Enfin, il est fort probable que la Maison de Santé ne rassemblerait pas toutes les spécialités que l'on trouve actuellement en CdS. L'offre de soins ambulatoires serait à la fois moins variée et plus chère, puisque les professionnels pourraient s'adapter au niveau

⁷⁸ Il s'agit des réseaux de santé, des pôles de santé et des maisons médicales de garde.

de vie de la population. En somme, que le CdS laisse la place à une Maison de Santé ne présenterait un avantage ni pour l'hôpital de Houdan (sous réserve qu'une meilleure alternative soit trouvée) ni pour la population du bassin houdanais.

3.3.2 Les Consultations Externes

L'article R162-51 du Code de la Sécurité Sociale dispose que

« Les établissements de santé peuvent organiser des consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26 pour permettre aux malades, blessés et femmes enceintes en état de se déplacer soit de venir recevoir des soins, soit de faire établir le diagnostic d'une affection et prescrire le traitement approprié ».

À la différence d'une urgence ou d'une hospitalisation, la Consultation Externe (CE) consiste à recevoir sans hébergement un patient programmé dans une plage horaire définie par l'hôpital. Dans la mesure où le CdS est actuellement situé dans les murs de l'hôpital, la CE est aujourd'hui ce qu'il y a de plus proche du CdS. **C'est aussi l'alternative la plus sérieuse au CdS.** Elle a, à ce titre, été envisagée à plusieurs reprises par l'hôpital de Houdan.

Avec les CE, le problème du statut des médecins est résolu. L'article L.6146-2 du Code de la santé publique prévoit que « le directeur d'un établissement public de santé peut [...] admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral [...] à participer [...] aux activités de soins de l'établissement ». Les CE permettraient de laisser le libre choix aux médecins de leur mode d'exercice, l'établissement ayant la latitude de recruter des professionnels de santé sous statut salarié ou libéral, à la convenance du professionnel concerné.

Pour les usagers, le changement serait indolore puisque les tarifs appliqués seraient les mêmes qu'en CdS. La différence se situerait au niveau du tiers payant, l'établissement n'ayant plus l'obligation de dispenser le patient d'avancer les frais sur la partie obligatoire des remboursements de l'Assurance Maladie. La transformation du CdS en CE présente-t-elle un intérêt sur le plan économique ?

L'obstacle principal du passage aux CE est la perte des subventions afférentes au statut de CdS à savoir :

- Subvention « Teulade » de 74 632€
- Médecin optant de 759€
- Le Forfait d'aide à la télétransmission (CPAM) de 2908€

C'est un total de 78 000€ de subventions dont l'hôpital de Houdan devrait se passer. Nous n'intégrons pas dans ce calcul les ENMR puisque l'expérimentation prend fin en 2013 et qu'aucune décision n'a encore été prise quant à son éventuelle reconduction ou

pérennisation. De même, nous supposons dans ce scénario que les subventions de l'ARS et de la CCPH sont maintenues.

Dans le cas de CE, l'hôpital ne toucherait plus les subventions afférentes au statut de CdS. Mais il éviterait les dépenses spécifiques au statut de CdS, particulièrement sur le tiers payant. Le tiers payant, obligation des CdS, s'élève à 121 000€ à Houdan. Faut-il conclure que dans le cas des CE ce coût disparaîtrait entièrement ? Ainsi, même en perdant les 78 000€ de subventions, il serait tout de même plus intéressant de passer aux CE puisque la différence serait un excédent de 43 000€⁷⁹.

Ce calcul n'est pas applicable en tant que tel, car les CE s'accompagnent aussi de difficultés, et de coûts, similaires à ceux du CdS. Les rejets de factures en sont un exemple. Dans le tiers payant, nous avons inclus le montant total des factures rejetées. Or, un hôpital doit faire face aux mêmes difficultés qu'un CdS en termes de facturation. Certaines personnes n'ont pas leurs droits à jour ou ne peuvent attester de leurs droits. Parfois la CPAM rejette la facture parce qu'il y a une erreur dans le parcours de soins, ou parce qu'il y a un décalage entre les données dont elle dispose et la situation qui est présentée lors de la facturation. En somme, toutes les difficultés que rencontrent les CdS pour la facturation se retrouvent dans les CE des hôpitaux. Autrement dit, une partie de l'activité des CE dans les hôpitaux n'est pas remboursée.

Nous avons présenté en 3.2.3 le système FIDES ainsi que l'outil « Consultation des droits » dit CDR. Pour rappel, cet outil permet de réduire de façon significative le nombre de factures rejetées puisqu'il utilise une base de données synchronisée avec celle de l'Assurance Maladie. Une des préconisations du rapport IGAS est de généraliser l'utilisation de cet outil « hospitalier » dans les CdS. Aussi, nous avons estimé l'impact financier de la mise en place d'un tel outil. Dans le scénario que nous étudions, celui du remplacement du CdS par des CE, il nous faut prendre en compte l'impact de l'outil CDR.

Reprenons donc le coût du tiers payant tel que nous l'avons estimé avec la mise en place de l'outil CDR. **Il s'élève non plus à 121 000€ mais à 73 500€.** Les subventions que touche le CdS s'élèvent à 78 000€. Passer du statut de CdS aux CE permettrait d'éviter les frais relatifs au tiers payant mais signifierait aussi la fin des subventions. **Nous aboutissons à cette situation tout à fait inattendue selon laquelle passer du CdS aux CE n'aurait aucun impact sur le plan économique.**

En outre, parmi les pistes que nous avons proposées en 3.2.3 pour le retour à l'équilibre du CdS, nous conseillons de revoir et rationaliser l'offre de soins par rapport à la

⁷⁹ 121 000€ - 78 000€ = 43 000€

population. Cela signifie concrètement de ne pas maintenir les contrats avec les praticiens dont l'activité ne rembourse pas le salaire. Dans ce scénario sur les CE, cette mesure pourrait aussi être appliquée et permettrait aux CE de faire quelques économies. Au total, en appliquant les mêmes préconisations que pour le CdS, il apparaît que le passage aux CE pourrait s'accompagner d'un excédent de 42 000€.

Conclusion

L'objet de ce travail était *in fine* de se positionner sur l'avenir du Centre de Santé de Houdan. Avec un déficit qui augmente chaque année et que l'on qualifie trop hâtivement de « structurel », sa pérennité semblait menacée.

Ce travail, s'inspirant de récents travaux sur les Centres de Santé et envisageant leurs préconisations à Houdan, démontre que le modèle des Centres de Santé n'est pas « structurellement boiteux ». Il démontre aussi que, sous réserve que l'hôpital de Houdan poursuive de rigoureux efforts de gestion, retrouver l'équilibre et même dégager un léger excédent est possible.

Le Centre de Santé se doit maintenant de construire un projet de santé concerté et négocié avec les autorités de tarification. Il s'agit d'identifier avec précision les besoins de santé sur le territoire houdanais et de développer une offre en adéquation avec ces besoins.

Ce travail, en envisageant les structures sanitaires alternatives au Centre de Santé, montre que le statut de la structure sanitaire importe peu. Seules comptent la rigueur de gestion et la cohérence de l'offre de soins avec le territoire. Les Centres de Santé doivent désormais se dégager de leur positionnement sur la médecine sociale. C'est à ce prix que le modèle du Centre de Santé pourra se diffuser et que, paradoxalement, une offre de soins ambulatoire accessible au plus grand nombre pourra se généraliser.

Bibliographie

Articles, Ouvrages et Rapports

- Acker D., *Rapport sur les Centres de santé*, Juin 2007
- Afrite A., Bourgueil Y., Dufournet M., Mousquès J., « Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? », *Questions d'économie de la santé*, Mai 2011 n°165
- Apollis B., Pages J. « Des réseaux, centres, maisons et pôles de santé, pour quels services ? » in *Revue Droit & Santé*, n°49, Septembre 2012
- ARS Île-de-France, *Accompagnement des centres de santé, dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique*, Octobre 2012
- Beaupin A., « Vers un cadre d'exercice moderne pour la médecine de premier recours », *Cahiers de santé publique et de protection sociale*, Octobre 2012, p61-64
- Coactis Santé, *La création d'un prototype économique d'un centre de santé*, novembre 2011
- Chevalier C., *L'hôpital dans la France du XXe siècle*, Perrin, 2009
- Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2013*, <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-francaise-2013-1327>, 2013
- Couty E., Kouchner Camille, Laude A., Tabuteau D., *La loi HPST regards sur la réforme du système de santé*, Presses de l'EHESP, 2009
- Dr Limousin M., *Les Centres de santé en mouvement*, Paris : Le Temps des Cerises, 2012
- Dr Limousin M., « Une nouvelle loi pour les centres de santé », *Les cahiers de santé publique et de protection sociale*, 2011
- Dr Lopez R., « Réflexions sur le 'modèle médico-économique' des centres de santé », *Les cahiers de santé publique et de protection sociale*, 2011
- Fassin D., « Les inégalités de santé », *Santé Publique. L'état des savoirs*, La découverte, 2010
- Georges P., Waquet C., Part J., *Les centres de santé: Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, Juillet 2013
- HAS, *Référentiel d'évaluation des centres de santé*, 2007
- HAS, *Aide à la mise en œuvre de l'auto-évaluation*, 2007
- HAS, *L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé*, 2007
- Maillard C., *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours*, Dunod, 1986
- Ministère des Affaires sociales et de la santé, *Le Pacte territoire-santé. Pour lutter contre les déserts médicaux*, Décembre 2012, http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/12_engagements_-_pacte_Territoire-Sante_DP_VDef.pdf

- Romanens J-L., « Des réseaux, centres, maisons et pôles de santé, pour quels services ? », *Revue Droit & Santé*, n°49, Septembre 2012
- Richard Bouton Consultants, *La place des centres de santé dans l'offre de soins parisiennes*, février 2010
- Saison J., *Droit Hospitalier*, Gualino, 2008

Textes législatifs et réglementaires

- Décret n° 2010-895 du 30 juillet 2010 relatif aux centres de santé
- Arrêté du 12 juillet 2010 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé
- Arrêté du 30 juillet 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé mentionnés aux articles D. 6323-1 et D. 6323-9 du code de la santé publique
- Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie du 19 novembre 2002 (publication au JO le 13 avril 2003)
- Circulaire du 27 juin 2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients

Liste des annexes

- A) Coût du tiers payant à Houdan
- B) Liste des personnes rencontrées

A) Coût du tiers payant à Houdan

COÛT DU TIERS PAYANT EN 2012		
1. Coût des agents de l'accueil hors prise des rendez-vous		
Accueil	ETP	Coût chargé
Agent A	1,00	27 190,81 €
Agent B	0,93	31 811,81 €
Agent C	1,00	24 838,36 €
Agent D	0,50	14 961,87 €
Total	3,43	98 802,85 €
Temps consacré au tiers payant 30%	1,03	29 640,86 €
2. Coût de la gestion des prises en charge rejetées par l'Assurance Maladie		
Facturation	ETP	Coût chargé
Agent E	0,04	1 278,94 €
3. Solution informatique		
		9 320,00 €
4. Nombre et montant des prises en charge rejetées		
Nombre de factures rejetées		5280
Montant total		80 942,40 €
5. Coût du tiers payant		
Coût total		121 182,19 €
Nombre d'actes		96503
Coût TP/actes		1,26 €

B) Liste des personnes rencontrées

- Patrice Lorson, Directeur Général des hôpitaux de Houdan et Dreux
- Youen Carpo, Directeur de site de l'hôpital de Houdan et maître de stage
- Jean-Marie Tétart, Maire de la ville de Houdan
- Dr Richard Lopes, Président de la Fédération Nationale des Centres de Santé
- Laurent Leclère, Directeur de la Mutualité Française Côtes-d'Armor
- Kamil Salama, Chef de service du Centre de Santé de Houdan
- Philippe Georges, Inspecteur Général des Affaires Sociales
- Cécile Wacquet, Inspectrice des Affaires Sanitaires et Sociales
- Juliette Part, Stagiaire à l'IGAS
- Delphine Huygue, Délégation territoriale des Yvelines, Département établissements de santé
- Dr Brigitte Jeanblanc, Délégation territoriale des Yvelines, Département ambulatoire et professionnels de santé

CHERUBIN

Alexis

Décembre 2013

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
Promotion 2012-2013

Atouts et limites de la gestion d'un Centre de Santé pour un Centre hospitalier de proximité. L'exemple de Houdan.

Résumé :

L'hôpital de Houdan gère un Centre de Santé qui dispense des soins de premier recours sur le bassin de vie houdanais. Le Centre de Santé présente un déficit chronique, source de préoccupations pour l'hôpital. Si le modèle économique des Centres de Santé est généralement décrit comme structurellement déficitaire, celui de Houdan ne fait pas exception. Dans la mesure où la viabilité économique du Centre de Santé n'est pas assurée, sa pérennité à moyen terme peut être remise en question.

Le présent travail vise à mettre en exergue les atouts et limites de la gestion d'un Centre de Santé pour un hôpital de proximité dont l'orientation première est la prise en charge d'un public âgé. Il montre que la complémentarité entre un hôpital de proximité et un Centre de Santé est possible et souhaitable et peut inspirer d'autres établissements. L'enjeu est *in fine* de réfléchir aux moyens d'assurer l'offre de soins de premier recours sur des bassins de population excentrés des grandes agglomérations où les établissements de santé de proximité jouent un rôle essentiel.

Mots clés :

Centre de santé, Houdan, tiers payant, viabilité économique, offre de soins, premier recours, ambulatoire, salariat, consultations externes, médecine sociale, bassin de vie, Mutualité Française, IGAS,

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.