



Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

36 | 2013

Les humanitaires au défi des marges de nos villes

Lutte contre les inégalités sociales de santé : le rôle des centres de santé

Fabrice Giraux



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/2792>

ISSN : 2105-2522

Éditeur

Médecins du Monde

Édition imprimée

Date de publication : 1 octobre 2013

Pagination : 40-43

ISBN : 978-2-918392-67-8

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Fabrice Giraux, « Lutte contre les inégalités sociales de santé : le rôle des centres de santé », *Humanitaire* [En ligne], 36 | 2013, mis en ligne le 18 décembre 2013, consulté le 20 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/2792>

© Tous droits réservés

Lutte contre les inégalités sociales de santé : le rôle des centres de santé

Par Fabrice Giraux

On en compte 1 200 environ et pourtant, ils représentent moins de 3 % de la dépense de santé ambulatoire au niveau national. Les centres de santé (CDS) – du fait notamment de leur mode d'exercice particulier et de leurs pratiques sociales – font l'objet, ces derniers temps, d'une attention soutenue des pouvoirs publics. Fabrice Giraux explique le rôle qu'ils peuvent jouer dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

En assurant des soins ambulatoires en secteur 1 et en tiers payant, en respectant les tarifs opposables de la sécurité sociale et en développant des actions de santé publique, les CDS constituent, là où ils sont implantés, une réponse aux inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins et à la prévention. De plus, en proposant un mode d'exercice regroupé, coordonné et salarié de la médecine ambulatoire, ils répondent aux attentes de la plupart des jeunes professionnels de santé qui ne souhaitent pas, contrairement à leurs aînés, s'installer en libéral. Pour autant, les modalités de financement de ces centres qui reposent essentiellement sur le paiement à l'acte et l'appui financier – fréquemment important – du gestionnaire, expliquent bien souvent le fait que les CDS ne soient pas plus présents dans le paysage sanitaire.

— Des dispensaires aux centres de santé...

Les ancêtres des centres de santé, les dispensaires, ont vu le jour vers la fin du XIX^e siècle dans de grandes villes comme Paris, Marseille ou Lyon, créés par les sociétés de secours mutuel. Les dispensaires municipaux ont, quant à eux, été principalement créés dans l'entre-deux-guerres sous l'impulsion du socialisme municipal. Les communes qui les développent se caractérisent par une situation sanitaire défavorable, un fort taux de mortalité materno-infantile et un sous-encadrement médical.

Initialement, ces dispensaires sont destinés aux plus démunis et à ceux qui bénéficient de l'assistance médicale gratuite mise en place en 1893. Ils sont ouverts par la suite à toute la population même s'ils continuent le plus souvent à recevoir les plus vulnérables. Ce n'est qu'en 1991 que plusieurs décrets unifient le statut de centres de santé par ailleurs fort divers dans leur taille (de moins d'un ETP de médecin à plus de 320 ETP), leur gestion (associative, mutualiste, municipale) ou leur activité de soins (centre infirmier ou centre dentaire exclusif, centre polyvalent...).

Les centres de santé sont très inégalement répartis sur le territoire français. Les centres de soins infirmiers – 30 % des centres – sont majoritairement implantés à l'Ouest (Bretagne et Pays de la Loire), dans le Nord et sur la bande Est (de l'Alsace à la région Rhône-Alpes). Les centres de soins dentaires – 36 % des centres – sont implantés majoritairement dans le Nord, en Île-de-France, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Les centres médicaux et polyvalents – 34 % des centres – sont implantés très

majoritairement en Île-de-France et dans une moindre mesure en Rhône-Alpes pour les centres médicaux, et en PACA pour les centres polyvalents.

Comme le rappelle un récent rapport de l'Igas¹, tous les centres de santé, peu importe leur localisation, leur taille ou leur gestionnaire, ont aujourd'hui des obligations communes : application des tarifs opposables, pratique de la dispense d'avance de frais au moins pour la partie assurance maladie de base, mise en œuvre d'actions sociales, d'actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique pour les patients, accueil de stagiaires en formation de profession de santé, élaboration d'un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique...

Des centres de santé situés principalement dans des zones défavorisées

Une étude de la DREES et de l'Insee² met en évidence qu'alors que l'accessibilité localisée des médecins généralistes est, en 2010, en moyenne de 71 équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 habitants, elle est inférieure à 31 ETP pour 100 000 habitants pour les 5 % d'habitants ayant l'accessibilité la plus faible. Parmi les territoires les moins bien couverts figurent les zones où les populations sont les plus fragiles. Ainsi, les populations présentes dans les zones urbaines sensibles ont une accessibilité aux soins plus faible que la population générale. De manière générale, l'offre de soins ambulatoire est plus faible dans les ZUS.

Dans ce cadre, les centres de santé apportent en partie une réponse du fait de leur localisation. L'étude Épidaure³ concernant les centres de santé, relève ainsi qu'ils sont implantés principalement dans les zones où les populations sont plus précaires que la moyenne. De la même manière, on peut noter la présence importante de CDS dans certains départements comme la Seine-Saint-Denis dont la densité de soignants libéraux est la plus faible de la région.

Une réponse aux inégalités financières d'accès aux soins

Si les CDS peuvent apporter une réponse géographique aux inégalités territoriales d'accès aux soins, ils apportent aussi une réponse – même s'ils ne sont pas les seuls à le faire – à la problématique de l'accès social et financier aux soins. En appliquant

1. Philippe Georges et Cécile Waquet, « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain », Igas, juillet 2013.

2. DREES, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Études et résultats*, n° 795, mars 2012.

3. Yann Bourgueil, Julien Mousquès, « Projet Épidaure-CDS : évaluation de l'apport des centres de santé en termes d'accès aux soins et de réduction des inégalités de santé », Irdes, avril 2011.

le tiers payant et des tarifs opposables (pas de dépassement d'honoraires), en dispensant d'avance de frais les patients (au moins pour la partie assurance maladie de base), les CDS garantissent aux patients un accès facilité aux soins primaires.

De fait, l'étude Épidauré montre bien que les CDS reçoivent, comparativement à la population générale, des patients moins diplômés (29 % sont sans diplôme contre 14 % en population générale), plus nombreux à se déclarer inactifs (53 % contre 39 %), moins nombreux à bénéficier d'une assurance maladie complémentaire (77 % contre 95 %) et donc plus précaires que la moyenne.

— Un accompagnement social et des missions de santé publique

Au-delà des obligations concernant les tarifs ou l'avance de frais, la loi confère aux CDS une mission d'accompagnement social. Ainsi, en allant plus loin que la simple vérification des droits, souvent l'occasion de régularisation, certains centres ont mis à disposition des patients une assistante sociale pour favoriser l'accès à leurs droits.

De plus, les CDS peuvent jouer un rôle dans la lutte contre les inégalités sociales de santé en promouvant des actions de santé publique⁴. De nombreux projets ont ainsi vu le jour qui touchent fréquemment la prévention bucco-dentaire, la lutte contre l'obésité, la prévention des addictions...

En se situant bien souvent dans les quartiers ou les villes les plus défavorisés, les CDS jouent un rôle important dans l'accès aux soins primaires des populations vivant à leur proximité. Ce rôle a tendance à grandir dans la mesure où la densité de professionnels de santé dans les quartiers populaires a tendance à diminuer. En inscrivant les actions de santé publique dans ses objectifs, les CDS peuvent aussi apporter des réponses adaptées aux populations les plus vulnérables en matière de prévention. En proposant un modèle d'exercice regroupé et salarié, les CDS semblent répondre à la demande des jeunes professionnels de santé. Il reste que le paiement à l'acte semble peu adapté à ce type de pratique car il explique le déséquilibre financier structurel que connaissent beaucoup de centres.

— L'auteur

Fabrice Giroux est médecin, directeur du centre de santé de la ville de Bobigny.

4. S'il s'agit en théorie d'une obligation, l'absence de mécanismes financiers adaptés fait que des CDS ne développent pas ce type d'action.