

Chapitre IX

Les centres d'examens de santé

PRESENTATION

Depuis 1946, le code de la sécurité sociale fait obligation aux caisses d'assurance maladie de proposer à l'assuré du régime général et aux membres de sa famille un examen de santé gratuit. C'est ainsi que pour remplir leurs missions, les organismes de sécurité sociale ont progressivement créé des centres d'examens de santé qui proposent des bilans de santé à leurs ayants droit.

A l'origine, les examens de santé étaient destinés à répondre aux priorités sanitaires d'après guerre, à commencer par la lutte contre le développement des maladies infectieuses telles que la tuberculose et la syphilis, mais aussi la prévention des maladies carencielles génératrices d'une grande morbidité. Ces examens ont peu évolué dans le temps jusqu'à la parution de l'arrêté du 20 juillet 1992 qui prend en considération les nouveaux besoins de santé de la population, notamment en situation de précarité. Désormais, les examens de santé doivent être tournés prioritairement vers les assurés les plus fragiles.

Or, après plus d'un demi-siècle d'existence, les centres d'examens de santé peinent à convaincre de leur utilité. La Cour avait déjà soulevé cette question dans son rapport sur la sécurité sociale de 1999 où elle notait²⁴⁸ que « (l') on peut s'interroger sur l'utilité des centres d'examens de santé dans leur forme actuelle et sur leur coût élevé (735 MF en 1997) ». La CNAMTS, qui s'était jusque là peu investie pour piloter, animer et surtout contrôler l'action de ces centres a tenté une reprise en main de ces structures depuis 2007, suite à l'introduction pour la première fois dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2006-2009 avec l'Etat de dispositions concernant les centres d'examens de santé. Cependant, malgré des progrès, les centres d'examens de santé restent des structures encore peu pilotées et dont l'utilité continue à faire débat.

I - Un défaut de pilotage

Les centres d'examens de santé, jusqu'à très récemment, n'étaient ni contrôlés ni pilotés par la CNAMTS. Cette carence de la caisse nationale a permis un accroissement continu du nombre de ces centres et une implantation sur le territoire sans réflexion d'ensemble alors que les moyens financiers et humains mis en œuvre dans ces structures sont importants.

248. Page 266.

A – Des structures de prévention créées sans planification et peu coordonnées

1 – Des structures définies par leurs missions

Les centres d'examens de santé sont exclusivement tournés vers des missions de prévention. Ils ne peuvent pratiquer aucun soin ce qui les distingue des centres de santé²⁴⁹ avec lesquels ils ne doivent pas être confondus.

Les centres d'examens de santé ne sont pas dotés en tant que tels de la personnalité juridique. Ils n'existent qu'au travers des textes réglementaires organisant leur principale activité à savoir la réalisation des examens périodiques de santé (EPS) qui sont en fait des examens de prévention. Ainsi, qu'il s'agisse du premier texte qui mentionne les centres d'examens de santé (l'arrêté du 19 juillet 1946²⁵⁰ désormais abrogé) ou de l'arrêté du 20 juillet 1992²⁵¹ qui constitue le socle réglementaire actuel de ces centres, ces textes ne font état des centres que par rapport à leurs missions, initialement la réalisation périodique d'examens de santé.

C'est donc pour répondre au souhait du législateur de 1945 désireux que chaque assuré et ses ayants droit puissent disposer périodiquement d'un bilan de santé gratuit, qu'ont été créés au fil des années des centres d'examens de santé dans une majorité des départements. Ces centres sont gérés pour 75 % d'entre eux directement par les CPAM (gestion directe), pour les autres par des structures -essentiellement des associations de loi 1901- ayant passé une convention avec les organismes de sécurité sociale (gestion conventionnée).

2 – Un nombre de centres en constante augmentation

Le décompte des centres s'avère délicat en raison de la diversité des constructions juridiques, du fait qu'un centre peut être composé lui-

249. Les centres de santé, conformément à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, 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. Il existe quatre types de centres de santé (centres de soins infirmiers, centres de santé dentaire, centres médicaux, centres polyvalents).

250. Arrêté du 19 juillet 1946 relatif aux périodes de la vie auxquelles doivent être pratiqués les examens de santé prévus à l'article 31 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, ainsi que la nature de ces examens et les modalités selon lesquelles ils sont effectués.

251. Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé.

même de plusieurs sites ou antennes et que le vocabulaire utilisé reste toujours l'appellation « centre d'examens de santé » quelle que soit sa configuration. Il en résulte que leur nombre varie selon les sources. Ceci étant, le nombre de structures (centres et antennes, en gestion directe ou conventionnée) a augmenté continûment et régulièrement jusqu'à récemment, en l'absence d'encadrement de leur création par la CNAMTS. Au 1^{er} janvier 2009, le réseau des centres d'examens de santé compte 112 structures.

Evolution du nombre de centres d'examens de santé

	1970	1980	1990	2000	2005	1/1/2009
Centres d'examens de santé	21	43	67	82	88	89
Antennes	7	9	9	20	25	23
Total entités	28	52	76	102	113	112

Source : CETAF²⁵²

Il aura fallu attendre la COG 2006-2009 pour qu'il n'y ait plus d'ouverture de nouveaux centres ou d'antennes sans avis préalable de la CNAMTS. Désormais, la caisse nationale s'oppose à la création de tout nouveau centre d'examens de santé en l'absence d'optimisation des centres existants. De même, les demandes de création d'antennes ne peuvent se faire qu'après accord de la CNAMTS et ce à budget constant par redéploiement des moyens disponibles. Le conseil de la CNAMTS fait l'objet de pressions des conseils locaux en vue d'autoriser de telles créations.

3 – Une répartition inégale sur le territoire

Compte tenu de l'absence de politique de la CNAMTS en ce domaine, la répartition de ces structures sur le territoire n'est pas homogène. On observe ainsi un fort ancrage des centres dans le nord de la France et a contrario une absence dans certaines parties du territoire (une grande partie du Languedoc-Roussillon...) et/ou dans certaines grandes villes comme Montpellier, Rouen, Nantes...

Il résulte, de cette répartition hétérogène des centres sur le territoire, une inégalité entre les assurés dans la possibilité de se voir proposer un EPS par un centre d'examens de santé.

252. CETAF : centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé.

Il existe par ailleurs deux centres d'examens de santé spécifiques aux enfants en région parisienne, le centre de Clichy et le département d'examens de santé de l'enfant (DEPSE) de Paris.

4 – Une coordination nationale insuffisante

Les instances de coordination nationale sont, outre la CNAMTS qui jusqu'à récemment n'a pas joué son rôle de pilote, le CETAF et l'IRCESAM²⁵³.

Le CETAF est une association créée en 1994 à l'initiative de la CNAMTS pour faciliter l'évolution des missions des centres d'examens de santé en conformité avec les axes de la réforme découlant notamment de l'arrêté du 20 juillet 1992. Le CETAF emploie une soixantaine de personnes. Principalement implanté à Saint-Etienne, siège de l'association, il est aussi présent sur trois autres sites, Villejuif, Maisons-Alfort et Vandœuvre-lès-Nancy. La CNAMTS, après avoir décidé en 2002 de renforcer le CETAF alors constitué de neuf agents pour atteindre un effectif cible d'une centaine de postes fin 2005, a gelé les effectifs à partir de 2006.

Alors que la CNAMTS assure le pilotage des centres d'examens de santé, le CETAF offre un appui en termes de moyens à ce pilotage et reçoit pour ce faire une subvention annuelle de la CNAMTS. Or, le CETAF, n'étant pas en situation hiérarchique par rapport aux centres d'examens de santé, rencontre de réelles difficultés dans son rôle d'interfaçage entre la CNAMTS et les centres et ne peut ainsi assumer son rôle de coordination.

B – Des structures mal suivies

1 – L'insuffisance des données

De façon générale, la CNAMTS ne semble pas encore disposer d'éléments d'informations suffisants sur les centres d'examens de santé.

253. Instance de réflexion sur les centres d'examens de santé de l'assurance maladie. Mise en place en 2005, elle est composée de membres du CETAF, de la CNAMTS, des CPAM et des centres d'examens de santé.

Certes, la caisse nationale élabore des tableaux récapitulatifs, assimilables à un tableau de bord des centres, à partir de leurs volumineux rapports d'activité annuels. Mais ces rapports d'activité s'avèrent peu lisibles et peu exploitables. Les données y figurant, outre qu'elles paraissent peu fiables (cas du coût moyen de l'examen de santé), peuvent être foisonnantes sur certains thèmes comme être totalement absentes sur d'autres (notamment sur les caractéristiques du personnel). Les synthèses réalisées sous forme de tableaux récapitulatifs de ces rapports d'activité sont ainsi partielles et approximatives, voire même erronées quant à certaines données (ex. : pourcentage d'un type de population reçue dans un centre supérieur à 100 %).

Depuis mi-2007, la CNAMTS s'est engagée dans une démarche de recueil systématique de l'information avec la mise en place d'un suivi trimestriel d'indicateurs d'activité et de gestion des centres d'examens de santé²⁵⁴. Mais la participation des caisses à ces remontées a été réduite et partielle. Ces remontées auraient été plus importantes en 2008, cependant les données fournies par la CNAMTS restent lacunaires et à fiabiliser.

2 – L'absence d'objectifs dans les CPG

La COG 2006-2009 a prévu la définition d'indicateurs pertinents pour mesurer l'activité des centres dans ses différentes composantes. Comme cela a été indiqué, des travaux sont en cours avec la mise en place d'un nouvel outil de suivi des activités des centres et de leur budget. En attendant, les impératifs de qualité et d'efficience sont très dépendants de l'intérêt apporté par chaque CPAM à la gestion de son centre.

En effet, jusqu'à présent, il n'existe pas d'objectifs précis individuels assignés par centre d'examens de santé en termes d'atteinte des missions et d'optimisation des coûts dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) des CPAM gestionnaires de centres ou ayant contractualisé avec des structures privées.

C – Des moyens conséquents

1 – Les moyens en personnels

En 2006, la CNAMTS reconnaissait ne pas disposer des éléments nécessaires sur les effectifs en général (dans les centres en gestion directe comme dans les centres conventionnés).

254. Lettre-réseau DDGOS-54/2007 de la CNAMTS du 27 juin 2007 relative à la mise en œuvre des orientations définies par le conseil de la CNAMTS et la COG 2006-2009 pour les centres d'examens de santé : mise en place d'outils de suivi.

En l'absence d'autres informations, sur la base des tableaux récapitulatifs des rapports d'activité, les centres d'examens de santé mobilisent, en 2007, 1 510 équivalents temps plein (ETP) contre 1 645 ETP en 2004. Il s'agit là de moyens humains non négligeables même si la tendance semble globalement à la baisse.

Les centres d'examens de santé ont en général des petits effectifs. En raisonnant à partir du décompte de 62 centres en 2004 ayant un ou plusieurs sites, 56,4 % d'entre eux ont moins de 20 ETP et 90,3 %, moins de 50 ETP.

Quant à la structure des effectifs par catégorie de personnel, le tableau récapitulatif des effectifs des centres d'examens de santé pour l'année 2004, ci-après, montre que le personnel administratif occupe une place qui semble surdimensionnée (40 % des effectifs, 43 % si l'on y ajoute le personnel d'entretien) et que les effectifs des auxiliaires médicaux et des médecins sont équivalents (environ 500 personnes). La plupart de ces personnels sont sous convention collective UCANSS.

Effectifs en nombre de personnes employées par type de personnels

2004	CES en gestion directe		CES conventionnés		Total hors vacataires	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Médecins	238	21 %	264	24 %	502	23 %
Dentistes	44	4 %	81	8 %	125	6 %
Auxiliaires médicaux	279	25 %	219	20 %	498	23 %
Laboratoire	71	6 %	67	6 %	138	6 %
Personnel administratif	477	42 %	409	38 %	886	40 %
Personnel d'entretien	25	2 %	39	4 %	64	3 %
Total	1 134	100 %	1 079	100 %	2 213	100 %

Source : CETAF

2 – Les moyens financiers

a) Des moyens financiers substantiels

Le budget que l'assurance maladie a consacré aux centres d'examens de santé s'est élevé en 2007 à 143,1 M€ (budget exécuté). Ce budget est financé par une ligne spécifique du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS). Les montants dévolus à ces centres sont relativement importants et représentent globalement le tiers du FNPEIS (152,5 M€ prévus en 2009 dans la COG 2006-2009 pour un budget total de 461,2 M€).

En outre, le budget des centres d'examens de santé peut être abondé par d'autres crédits dans le cadre de leurs actions locales. Le montant de ces recettes externes s'est élevé en 2007 à 7 M€ Il inclut notamment la lecture des tests Hémocult dans le cadre du dépistage organisé des cancers colorectaux, des recettes correspondant au paiement de prestations d'EPS pour le compte d'autres régimes et d'autres partenaires (conseils généraux...).

b) Une allocation budgétaire inégalitaire

Jusqu'à présent, à défaut d'informations pertinentes et exactes sur les activités des centres d'examens de santé permettant une allocation budgétaire par objectifs, les moyens du FNPEIS financent essentiellement des structures pour les centres en gestion directe. Seuls, les centres d'examens de santé conventionnés échappent partiellement à ce financement de structure puisqu'ils reçoivent une dotation fonction de leur activité. Les dotations budgétaires ainsi calculées sont donc inégalitaires. Les centres sont plus ou moins richement dotés, sans que leur dotation respective soit totalement corrélée au volume et à la qualité de leur activité.

Aussi la CNAMTS a-t-elle défini de nouvelles règles d'allocation budgétaire liées à l'activité pour tous les centres d'examens de santé, sur la base de prix établis pour chacune des activités relevant des différentes missions, les activités ayant été préalablement identifiées et homogénéisées dans leur contenu et donnant lieu à des objectifs pluriannuels dans le cadre des CPG à partir de 2009-2010.

L'année 2007 devait constituer une période de transition mais le processus a pris du retard. En outre, en janvier 2009, les données des centres d'examens de santé ne remontaient pas encore vers la CNAMTS via un outil informatique dédié permettant une saisie des données en ligne, sans avoir recours à un support papier.

3 – Les moyens techniques et les outils

En 2006, dix-neuf centres d'examens de santé disposaient de leur propre laboratoire d'analyses de biologie médicale. Ces laboratoires réalisent les analyses de sang et d'urine prévues dans le cadre de l'EPS. Ils peuvent aussi être centres de lecture des tests Hémocult.

En janvier 2007, seuls sept centres avaient fait certifier leur activité à leur propre initiative. La COG 2006-2009 a prévu la poursuite de la politique de certification avec pour objectif la certification de l'ensemble des centres en fin de COG. Début 2009, 32 CES seraient certifiés.

L'informatisation des centres d'examens de santé n'est pas organisée de façon satisfaisante. Le logiciel gérant les examens périodiques de santé, SAGES 1, est le même dans pratiquement tous les centres. Dans le réseau, ce logiciel est considéré comme obsolète. Il ne devrait être remplacé par SAGES 2 qu'en 2011 voire 2012 alors que les spécifications fonctionnelles ont été définies depuis le premier trimestre 2004, par le CETAF et le réseau des centres.

Le système de comptabilité analytique a été développé en 1993 et conçu essentiellement pour l'EPS. En fait, on peut s'interroger sur la réalité même de cet outil en l'absence d'une comptabilité analytique standardisée dans les centres d'examens de santé. En effet, les éléments de coûts constitutifs d'un examen périodique de santé ne sont pas les mêmes selon les centres, notamment entre les centres en gestion directe et les centres conventionnés. Les coûts des unités d'œuvre constituant un examen de santé peuvent ainsi présenter de très grandes variations : de un à six entre le centre le meilleur marché et le centre le plus onéreux en 2006, ce qui est considérable²⁵⁵. Par ailleurs, ces coûts d'unités d'œuvre présentent une grande dispersion par rapport aux tarifs 2006 de la classification commune des actes médicaux (CCAM), applicables à l'exercice libéral, en étant, pour nombre d'entre eux, soit très en-deçà, soit très au-delà de ces tarifs²⁵⁶. La relation entre le coût d'unité d'œuvre et le tarif semble ainsi totalement aléatoire voire aberrante.

La COG 2006-2009 a prévu la mise en place d'une comptabilité analytique adaptée pour rationaliser les choix de gestion.

II - Une utilité contestable

Les missions des centres d'examens de santé ont été fixées par l'article 3 de l'arrêté du 20 juillet 1992. Le CETAF a été créé en 1994 pour accompagner les centres dans leurs missions. Par ailleurs, de nouvelles orientations leur ont été données par le conseil de la CNAMTS en 2002 puis en 2006 ainsi que par la COG 2006-2009. Malgré cela, la question de l'utilité des centres d'examens de santé reste pendante.

255. Pour le test Hémocult, les variations entre centres sont encore plus surprenantes avec un coût d'une unité d'œuvre en 2006, dans un échantillon de quatre centres pris au hasard, évoluant entre 5,05 € et 79,24 € soit une différence de 1 à 15.

256. Par exemple, le coût d'une unité d'œuvre pour un examen d'audiométrie varie en 2006, dans un échantillon de quatre centres pris au hasard, entre 5,93 € et 16,19 € alors que le tarif 2006 de la CCAM est de 21,5 € ou 32,26 € selon l'importance du bilan. Inversement, le coût d'une unité d'œuvre pour un frottis varie entre 21,09 € et 104,34 € tandis que le tarif CCAM est de 21,72 € (dont 13,75 € d'anatomopathologie et 7,97 € de prélèvement).

A – L'examen périodique de santé

L'examen périodique de santé, qui représente 90 % de la dotation des centres, constitue la mission principale.

L'ensemble des centres d'examens de santé reçoit chaque année quelque 600 000 personnes, représentant environ 1,3 % des assurés. Les examens, dont le nombre tend à baisser (près de 650 000 examens avaient été réalisés en 1996), soulèvent des difficultés, car ils sont insuffisamment ciblés, disparates d'un centre à l'autre et ont un coût unitaire moyen croissant.

1 – Des examens insuffisamment ciblés

a) Les publics concernés

L'arrêté du 20 juillet 1992 marque un tournant dans la définition de la fonction des examens de santé et du rôle des centres qui les proposent. Le principe selon lequel « des examens périodiques de santé sont offerts à tout assuré et à ses ayants droits » est réaffirmé à l'article 1^{er}, mais il est précisé, à l'article 2, que ces examens doivent cibler en priorité des populations en marge du système de soins (et leurs ayants droit), à savoir : les inactifs âgés de plus de seize ans, les demandeurs d'emploi, les personnes affiliées à l'assurance personnelle (avant la mise en place de la couverture médicale universelle), les retraités ou préretraités, les autres assurés inactifs et les populations exposées à des risques particuliers menaçant leur santé.

Parmi cette population prioritaire, une catégorie dénommée « précaire » regroupe les chômeurs, les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, d'un contrat emploi solidarité ou de la couverture maladie universelle (CMU), les jeunes de 16 à 25 ans en voie d'insertion et les personnes sans domicile fixe.

La périodicité de l'EPS est généralement quinquennale, ce qui, sur la base de 600 000 examens annuels pratiqués, ne permet de couvrir que de l'ordre de 6 % de la population du régime général. Dans ces conditions, l'objectif d'un examen pour tout assuré est hors d'atteinte des centres d'examens de santé qui devraient réaliser annuellement plus de dix millions d'examens, cet objectif étant par ailleurs dénué de sens compte tenu de l'importance de l'offre de soins et de l'état de santé de la population.

Le ciblage sur les populations précaires, pour lesquelles la périodicité de l'EPS peut être réduite à un ou deux ans, se heurte à la même difficulté. Avec une population précaire de l'ordre de quatre

millions de personnes et une périodicité de l'examen ramenée à deux ans pour ce type de population, les 600 000 examens de santé réalisés chaque année restent là aussi très en-deçà des deux millions d'examens qui devraient être proposés.

b) Un ciblage peu performant vers les populations précaires

En 2007, sur 96 centres d'examens de santé, seuls 16 d'entre eux avaient un taux de consultants composé pour plus de 50 % de publics précaires au sens de l'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1992. Ce nombre est porté à 26 si l'on retient la définition de la précarité telle qu'elle résulte de l'indicateur composite EPICES²⁵⁷. Aussi, le taux de population précaire accueillie par rapport à la totalité des examens de santé effectués dans l'ensemble des centres d'examens de santé plafonne à 30 % si l'on prend la définition de la précarité au sens de l'arrêté de 1992 et à 40 % selon le score EPICES, donc largement inférieur à 50 % même dans le meilleur des cas. De plus, ces taux sont restés stables sur les trois dernières années 2005, 2006 et 2007.

Le ciblage des examens vers les personnes en situation de précarité s'avère ainsi, dans les faits, peu performant.

Les actions menées pour développer un meilleur ciblage des consultants consistent en des extractions dans les fichiers des caisses et la mise en place de partenariats locaux adossés éventuellement aux conventions de partenariat passées au niveau national par le CETAF.

Cependant, la culture actuelle de ce réseau continue à encourager la population en général à venir effectuer un examen (ex. : sites internet de certaines CPAM, messages divers dans la presse,...).

Dans ces conditions, la fixation dans les CPG des caisses d'un taux d'accueil des populations précaires dans les centres d'examens de santé, déjà préconisée par la Cour dans son rapport sur la sécurité sociale de 1999²⁵⁸, pourrait faire évoluer les pratiques de recrutement dans les centres.

2 – Un contenu de l'examen hétérogène d'un centre à l'autre

L'insuffisance du ciblage des examens sur les populations fragiles n'est pas la seule difficulté de l'examen de santé. Posent aussi problème, selon les termes de la commission santé-prévention de la CNAMTS de

257. Le score EPICES (évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examens de santé) est un indicateur individuel prenant en compte le caractère multidimensionnel de la précarité.

258. Page 268.

novembre 2007, « la variabilité du contenu des examens périodiques d'un centre à l'autre et l'application hétérogène des règles de modulation des examens (qui) résultent en partie de leur caractère non opposable, du fait de l'absence de validation scientifique récente de la pertinence des examens proposés pour les populations concernées, en fonction de leurs antécédents et suivi ». Un examen de santé comporte ainsi diverses composantes modulables selon les caractéristiques d'une personne : un questionnaire de perception de la santé, une analyse de sang et d'urine, la mesure de la tension artérielle, du poids, de la taille et du rapport taille/hanches, des examens de la vue et de l'audition, un examen dentaire pour les personnes non suivies depuis six mois et, si nécessaire, un électrocardiogramme, une spirométrie, un frottis cervical et un test Hémocult. A cette modulation qui peut être différente d'un centre à l'autre, s'ajoute la disparité de l'offre d'un centre à l'autre (ex. : présence ou non d'un dentiste pour un examen dentaire, de personnels formés pour un frottis...).

Afin de remédier à cette situation, la COG 2006-2009 prévoit qu'un référentiel commun d'examen de santé²⁵⁹, validé par la HAS, sera mis en œuvre. Ce nouveau référentiel étant attendu pour 2009, quatre ans se seront écoulés entre le début des travaux et leur achèvement sur ce sujet pourtant considéré comme prioritaire. Toutefois, sans attendre cette refonte, certains examens tels les radiographies ont été abandonnés en raison notamment des difficultés à les faire réaliser dans les centres.

3 – Un bénéfice médical non démontré

Les arguments en faveur des examens périodiques de santé sont qu'ils constituent, d'une part, l'occasion d'un vrai dialogue avec des professionnels de santé disponibles pour écouter, expliquer et conseiller, d'autre part, un « autre regard » sur l'état de santé de la personne. Les enquêtes sur les suites d'examen de santé²⁶⁰ (taux d'observance²⁶¹ de 85 % même si seulement 50 % des médecins ont retourné le document de

259. Actuellement décrit au travers du « guide des recommandations pour l'examen de santé ».

260. Suite d'examen de santé (SES) : le patient peut, sur la recommandation du médecin du centre d'examens de santé, consulter son médecin traitant dans un délai de deux mois. Il bénéficie d'une prise en charge à 100 % par sa caisse primaire sans avance de frais. De son côté, le médecin reçoit les résultats de l'examen de santé accompagnés d'un formulaire administratif et d'un questionnaire médical sur les suites entreprises à retourner au médecin du centre. Cet acte est rémunéré sur la base d'un forfait équivalent à 1,5 C.

261. Le taux d'observance mesure le pourcentage de personnes ayant effectivement consulté leur médecin suite à l'examen de santé et à la recommandation du médecin du centre.

suivi d'après les premiers résultats de l'étude de suivi prospectif de l'examen de santé -SPES-) tendraient à montrer que les recommandations formulées seraient assez souvent suivies d'effets. L'intérêt de l'examen de santé est aussi lié à la pertinence des réponses personnalisées que l'équipe médicale apporte aux questions du consultant. Ces réponses personnalisées peuvent aller parfois jusqu'à un véritable accompagnement, notamment des personnes prioritaires. Cette assistance ne semble cependant pas avoir été évaluée et, partant, valorisée.

Ce bénéfice individuel suscite cependant de réelles interrogations. Témoin en est le rapport d'expertise de novembre 2000 commandé par la CNAMTS sur l'activité et les orientations des centres d'examens de santé. Il relevait dans sa conclusion que l'activité de ces centres, qui repose presque exclusivement sur les examens périodiques de santé, n'a montré ni son utilité pour ceux qui en bénéficient, ni son efficacité pour l'amélioration de la santé de la population française. Aussi ce rapport préconisait-il de transformer les centres d'examens de santé en laboratoires de santé publique, orientation dont il subsiste aujourd'hui le projet de cohorte CONSTANCES qui soulève par ailleurs un grand nombre de difficultés comme cela sera exposé plus loin (voir infra).

La question de l'utilité de l'examen de santé est donc posée même si cet examen constitue désormais une des modalités de la consultation de prévention prévue par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Une évaluation de l'examen de santé serait à développer. La Cour dans son insertion au rapport sur la sécurité sociale de 1999²⁶² recommandait déjà d'« inclure dans les travaux du comité national de la prévention une réflexion sur l'évaluation médico-économique des actions de prévention, y compris des examens de santé ». Or, à ce jour, il n'y a pas eu d'évaluation médico-économique des examens de santé.

4 – Un coût moyen croissant

D'après les tableaux récapitulatifs des rapports d'activité 2004 à 2007 des centres, dont on rappellera le caractère approximatif des données voire erroné pour certaines d'entre elles (voir supra), le coût moyen de l'examen augmente pour désormais se situer aux alentours de 220 € alors que dans le même temps le nombre d'examens diminue.

Ce coût présente une grande dispersion entre un minimum et un maximum aux alentours respectivement de 150 € et 400 €

262. Page 273.

Coût moyen unitaire d'un examen périodique de santé

	2004	2005	2006	2007*
Nombre total d'examens	595 166	586 224	589 819	565 124
Coût moyen tous centres	204,55 €	215,43 €	215,95 €	222,59 €
Minimum	138,25 € (Montauban)	155,30 € (Dijon)	155 € (Auch)	158,86 € (Dijon)
Maximum	467,78 € (DEPSE)	433,19 € (DEPSE)	423,47 € (DEPSE)	378,33 € ^e (Metz)
	351,36 € (Marseille)	294,74 € (Bordeaux)	389,44 € (Gap)	361 € (CMP**)

Source : CETAF, CNAMTS

*Données provisoires (manquent notamment les statistiques du DEPSE – département d'examens de santé de l'enfant de la CPAM de Paris-).

**CMP : Centre de médecine préventive de Vandœuvre-lès-Nancy.

A cette dispersion du coût, s'ajoute l'absence manifeste de corrélation entre le coût moyen d'un examen dans un centre donné et les caractéristiques de ce centre.

Ainsi, les centres d'examens de santé ayant une activité similaire, exprimée en nombre d'examens effectués, présentent un coût moyen unitaire très variable entre eux. En outre, le rapprochement de la dotation budgétaire d'un centre et du nombre d'examens qu'il réalise donne un coût moyen parfois très éloigné de celui indiqué par le centre dans son rapport d'activité, notamment pour les centres en gestion directe. De même, parmi les dix-neuf centres disposant en 2006 d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale, certains présentent un coût de l'examen parmi les plus faibles alors que d'autres affichent un coût parmi les plus élevés. Enfin, parmi les neuf centres qui, en 2006, ont reçu une proportion de plus de 50 % de population précaire dans la population qu'ils ont accueillie²⁶³, se trouvent le centre avec le coût le plus faible comme le centre avec le coût le plus élevé.

Aux demandes d'explications sur ces écarts de coûts entre les centres lors d'une réunion en mai 2006 sur la COG, la CNAMTS n'était

263. On notera la discordance entre ces données 2006 qui recensent neuf centres recevant plus de 50 % de population précaire et celles présentées précédemment qui décomptent 16 centres ou 26 selon la définition de la précarité. Cette différence résulte des définitions retenues pour l'appellation « centre d'examens de santé » auxquelles s'ajoutent d'éventuelles discordances dans les données individuelles par centre. Cependant, ces données débouchent sur le même constat, à savoir seule une minorité de centres reçoit plus de 50 % de population précaire.

pas en mesure de répondre en raison de l'insuffisance de la comptabilité analytique des centres. Cette réponse reste toujours d'actualité.

B – Les autres missions

Les autres missions des centres d'examens de santé ne représentent que 10 % de leur dotation mais elles soulèvent de nombreuses interrogations.

1 – Une offre de services au médecin traitant et aux patients peu convaincante

La COG 2006-2009 a fixé de nouvelles missions aux centres d'examens de santé dont notamment le développement d'une offre de services aux médecins traitants en matière d'éducation thérapeutique du patient. Pour ce faire, la CNAMTS a organisé une expérimentation avec la mise en place d'une action en éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 bénéficiant d'un examen périodique de santé.

Il s'agit là d'un enjeu d'importance pour les centres d'examens de santé. L'éducation thérapeutique du patient relève du soin et non de la prévention. Son inclusion dans le champ des centres d'examens de santé ouvre ces derniers à un nouveau domaine, le soin.

Cependant, l'expérimentation conduite est réduite à 21 centres d'examens de santé et 600 patients diabétiques. Elle est réalisée à moyens constants, par redéploiement, en utilisant les ressources humaines et matérielles disponibles au sein des centres d'examens de santé expérimentateurs.

Comparée au programme Sophia²⁶⁴ qui se présente comme un programme de masse pour le même public, cette expérimentation dans 21 centres d'examens de santé n'a qu'une dimension complémentaire et en tout état de cause limitée.

Dans ces conditions, on peut s'interroger sur la réorientation des centres d'examens de santé vers l'éducation thérapeutique du patient sur la base de cette expérimentation qui ne constitue jamais qu'un microprojet.

²⁶⁴. Le programme Sophia est un programme d'accompagnement des patients diabétiques d'un coût de 10 M€, lancé par l'assurance maladie et visant, au total, 136 000 patients ainsi que 6 000 médecins traitants.

De la même façon, la COG 2006-2009 a prévu comme nouvelles missions pour les centres d'examens de santé la sensibilisation des consultants au parcours de soins coordonné.

Cette action s'insère plus généralement dans le développement de la prévention, à l'attention des populations qui en ont le plus besoin. En fait, un tel développement implique aussi et surtout le renforcement du ciblage des examens périodiques de santé en faveur des populations précaires, ciblage dont on a vu précédemment qu'il était peu performant.

2 – Une participation à des études nationales de santé publique, sujette à interrogations

Les centres d'examens de santé participent à des études de santé publique, notamment au travers d'études sur des cohortes²⁶⁵. Ils ont également collaboré aux études suivantes : Hépatites B et C et étude nationale nutrition santé (InVs)

Actuellement, quatre cohortes sont en cours d'exploitation ou d'élaboration sur le fondement de données collectées par le réseau des centres d'examens de santé lors des examens périodiques de santé. Ces cohortes sont suivies par une équipe spécifique du CETAF, l'équipe risques post-professionnels -cohortes (RPPC), insérée par ailleurs au sein d'une unité INSERM, l'unité mixte 687.

Deux études retiendront plus particulièrement l'attention : le programme SPIRALE (surveillance post-professionnelle des travailleurs exposés) et la cohorte CONSTANCES (cohorte des consultants des centres d'examens de santé), notamment en raison du coût induit par ces études pour la CNAMTS via son réseau de centres d'examens de santé.

a) Le programme SPIRALE

Le programme SPIRALE vise à repérer les retraités ayant été exposés à des cancérogènes puis à les informer de leur droit à un suivi médical post professionnel et à les accompagner dans leurs démarches. SPIRALE permet également de mener une étude épidémiologique (cohorte) pour dresser un panorama des expositions professionnelles.

En 2003, la CNAMTS a décidé d'orienter une partie de l'activité des centres d'examens de santé vers le suivi post-professionnel. Dans l'attente d'un avis de la HAS sur l'intérêt et les modalités du suivi post professionnel pour l'amiante, la CNAMTS a décidé de poursuivre

265. Les études par cohorte sont des suivis dans la durée de paramètres de santé de groupes de sujets soit en population générale, soit sur des populations ciblées, par exemple les personnes exposées à l'amiante lors de leur activité professionnelle.

l'expérimentation en 2008 sur les treize centres d'examens de santé, qui s'étaient portés volontaires pour participer à la phase pilote du programme SPIRALE, avant de se prononcer sur une possible généralisation.

Certes, le programme SPIRALE s'insère de fait dans les objectifs de la COG 2006-2009, qui préconise le renforcement du ciblage des examens périodiques de santé sur, entre autres, les personnes visées par le suivi post-professionnel. Cependant, ce programme ne concerne que l'identification des personnes potentiellement éligibles et la vérification de l'éligibilité, la réalisation d'un scanner incluse dans les modalités du suivi médical devant évidemment être pratiquée ailleurs. Dans ces conditions, on voit mal l'intérêt de confier cette mission aux centres d'examens de santé.

b) La cohorte CONSTANCES

Le projet de cohorte CONSTANCES est en préparation depuis plusieurs années. Début 2009, il est en phase pilote. Ce projet a été lancé conjointement par l'INSERM, la CNAMTS en collaboration avec le CETAF et le ministère de la santé.

La cohorte CONSTANCES est destinée à constituer un observatoire permanent de la santé des Français. Elle reposera sur un échantillon représentatif de 200 000 participants affiliés au régime général, âgés de 18 à 70 ans, qui feront l'objet d'un suivi permanent de très longue durée, avec notamment un examen tous les cinq ans dans les centres d'examens de santé.

Or, la participation financière de la CNAMTS au projet CONSTANCES via son réseau de centres d'examens de santé apparaît très élevée, avec un coût de l'examen régulier dans les centres d'examens de santé de l'ordre de 44 M€ pour l'ensemble des 200 000 personnes de la cohorte.

Cette étude en population générale apparaît aussi très éloignée des objectifs fixés aux centres d'examens de santé. Alors que l'assurance maladie peine depuis 15 ans à cibler les examens de santé sur les populations précaires, cette étude vise à élaborer une cohorte sur une population générale.

Le développement d'une cohorte de 200 000 personnes sur le long terme en mobilisant les centres d'examens de santé engage aussi l'avenir de ces centres pour de nombreuses années et, de plus, vers des fonctions de laboratoires de santé publique, orientation qui avait déjà été proposée en 2000 et n'avait pas été retenue jusqu'à présent.

Enfin la question se pose de l'intérêt pour l'assurance maladie d'investir aussi directement dans un tel projet qui relève plus du champ de la santé publique que du champ de l'assurance maladie. Il est indéniable que l'intérêt de la cohorte CONSTANCES n'est pas tant pour l'assurance maladie que pour la direction générale de la santé (DGS) et l'INSERM.

C – L'avenir des centres d'examens de santé

Comme cela a été rappelé, l'intérêt des examens périodiques de santé n'est pas démontré. L'objectif d'après guerre d'offrir un examen de santé à tout assuré n'est plus en rapport avec la situation médicale actuelle. Par ailleurs, le ciblage des examens sur les populations précaires reste non seulement peu performant mais stagne. Enfin, même si seuls des examens sur les populations précaires étaient pratiqués, le nombre d'examens réalisés ne permettrait pas de répondre à la recommandation de reconduire l'EPS des personnes en situation de précarité un ou deux ans après afin d'apprécier l'impact de l'intervention.

Il en résulte que se pose la question de l'utilité, et partant, du devenir des centres d'examens de santé. Cette interrogation n'est pas nouvelle. La Cour dans son rapport sur la sécurité sociale de 1999 (voir supra) s'interrogeait déjà sur leur utilité. Trois ans plus tard, lors du conseil de la CNAMTS du 26 mars 2002 qui a arrêté de nouvelles orientations pour l'activité des centres d'examens de santé, l'un des administrateurs affirmait que l'évolution consensuelle obtenue lors de ce conseil a été rendue possible « par la prise de conscience d'une relative inefficacité d'une partie de l'activité antérieure des centres d'examens de santé ».

L'audit général de la CNAMTS de novembre 2005 relevait que « en l'absence de statistiques fiables et complètes permettant de recenser les résultats obtenus (...), il est difficile de démontrer l'apport objectif des centres d'examens de santé tant dans le domaine de la santé publique que dans le domaine du bénéfice individuel ». Cet audit proposait notamment d'orienter les centres d'examens de santé vers un statut sanitaire qui leur permettrait de pouvoir proposer des soins. Une telle orientation vers les centres de santé fait cependant l'objet de nombreuses réserves. Pour certains, octroyer un statut sanitaire aux centres d'examens de santé en ferait des centres de santé finalement dédiés à la prise en charge de populations précaires avec les risques de ghettoïsation qui s'ensuivent tandis que pour d'autres, ce même statut sanitaire ne ferait que créer des centres de santé supplémentaires sans liens forcément avec les éventuelles difficultés locales d'accès aux soins.

La situation des centres d'examens de santé ne peut cependant plus perdurer en l'état car elle induit une dépense annuelle de 150 M€ difficilement justifiable. Dans ces conditions, la question du maintien du réseau des centres d'examens de santé est posée. Elle passe, pour ceux des centres situés dans des territoires déficitaires en matière d'offre de soins médicaux, par une évolution vers un statut sanitaire et leur transformation en centres de santé. Enfin, elle implique, pour les autres centres pour qui cette orientation ne peut être envisagée, leur fermeture et la programmation de la reconversion des personnels concernés.

SYNTHESE

Les centres d'examens de santé n'étaient ni contrôlés ni pilotés par la CNAMTS jusqu'à récemment tandis que le CETAF n'a pu jouer son rôle d'interfaçage entre eux et la caisse nationale. Les centres se sont donc développés et disposent désormais de moyens conséquents (150 M€ et 1 500 ETP) sans que la CNAMTS ait une connaissance suffisante de leur activité et de leurs ressources notamment humaines.

Sans pour autant remettre en cause l'intérêt des actions de prévention²⁶⁶, l'utilité de ces centres et de leur principale activité, la réalisation d'examens périodiques de santé, fait elle toujours débat. Une réforme profonde des centres d'examens de santé et du CETAF est maintenant urgente.

RECOMMANDATIONS

28. *Transformer les centres d'examens de santé en centres de santé, là où les besoins sont démontrés et fermer ceux pour lesquels cette orientation ne peut être envisagée.*

29. *Dans l'immédiat, faire assurer le pilotage des centres d'examens de santé directement par la CNAMTS.*

266. Qui peuvent être développées sous des formes différentes. Ainsi le régime social des indépendants propose-t-il un « bilan de prévention » gratuit à ses bénéficiaires, réalisé par le médecin traitant pour un coût de 44 € par examen. La mutualité sociale agricole a développé de son côté les « Instants santé » qui comprennent le remplissage d'un auto-questionnaire, suivi d'un bilan biologique et d'examens complémentaires réalisés par les professionnels de la MSA, dont les résultats sont interprétés, in fine, par le médecin traitant au cours d'une consultation de prévention.