



Inspection générale
des affaires sociales
RM2012-071P

Mission d'évaluation de la contribution du Grand conseil de la mutualité à l'offre de santé des Bouches-du-Rhône et d'appui à l'évaluation de sa situation financière

RAPPORT

Établi par

Jean-Louis BONNET

Anne BRUANT-BISSON

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Synthèse

Le Grand Conseil de la mutualité (GCM) est une mutuelle relevant du livre III du code de la Mutualité¹ qui gère dans le département des Bouches-du-Rhône 55 œuvres de soins.

En difficulté depuis près de dix ans, le GCM connaît fin 2010 une première alerte sérieuse, lorsqu'une impasse de trésorerie nécessite l'appui financier des mutuelles du livre II membres de son conseil d'administration et de la Fédération des mutuelles de France (FMF). Un plan de redressement, dont les deux mesures majeures sont l'externalisation de l'activité hospitalière et la modification des modalités de rémunération des médecins généralistes, est voté par le conseil d'administration le 25 janvier 2011.

Les mesures tardent à se mettre en place et une nouvelle impasse de trésorerie conduit à la mise sous procédure collective du GCM par décision du tribunal de grande instance (TGI) de Marseille du 9 novembre 2011, et à la désignation d'un administrateur judiciaire. La première période d'observation a été renouvelée pour 6 mois par décision du TGI en date du 9 mai 2012.

La mission IGAS s'est déroulée dans ce contexte, pour apporter un double éclairage sur la place du GCM dans l'offre de soins du département, et sur sa situation financière.

- ***La place du GCM dans l'offre de soins des Bouches-du-Rhône : un apport indéniable mais la nécessité d'optimiser les modes de fonctionnement et de réévaluer la pertinence des activités et des implantations***

L'offre proposée par le GCM est à la fois importante et diversifiée puisqu'elle regroupe 33 centres médicaux et dentaires, 12 centres optiques, une clinique, une pharmacie, un magasin de matériel médical, un laboratoire d'analyses médicales, un service d'hospitalisation à domicile, 5 services de soins infirmiers à domicile et un foyer-logement pour personnes âgées. Au sein même des centres de santé, le GCM propose 34 spécialités médicales et paramédicales.

Le GCM compte 1188 personnes représentant 856 ETP fin 2011 (CDI et CDD), dont 66 ETP au siège, 199 à la clinique et 327 dans les centres de santé polyvalents.

Cette offre et son évolution ne paraissent pas répondre à une véritable stratégie, sauf à considérer que maintenir ou développer des activités dans tous les secteurs et sans considération de coût de gestion en soit une. Il n'y a ainsi aucune analyse de la pertinence des activités, ni des spécialités proposées dans les centres de santé, pas plus que de l'activité de garde « autonome » (hors permanence des soins ambulatoires) que mettent en place une majorité de centres de santé, ou de l'activité de laboratoire par exemple.

¹ Livre III : mutuelles et unions pratiquant la prévention, l'action sociale et la gestion de réalisations sanitaires et sociales.

Le fonctionnement même du GCM témoigne par ailleurs de certaines carences en termes de gestion. L'absence de comptabilité analytique, le défaut de comptabilité d'engagement, une approche peu anticipatrice des sujets de ressources humaines (RH), des organisations complexes (exemple du recouvrement), et plus globalement un manque de pilotage stratégique sont à relever. A ces insuffisances de la direction d'ensemble s'ajoutent certains choix de fonctionnement peu pertinents. La mission a choisi d'en pointer deux, concernant les onze centres de santé polyvalents :

- d'une part, l'organisation de l'accueil dont le fonctionnement pourrait être optimisé pour mieux faire jouer la complémentarité du réseau ;
- d'autre part, l'activité des médecins généralistes qui présente une très grande dispersion selon les centres et entre médecins ; cette activité est très inférieure à la seule moyenne du GCM dans 7 centres sur 11, et à ce que prévoit le modèle développé pour la Mutualité et le réseau national des centres de santé mutualistes². Par ailleurs, le chiffre d'affaires moyen par ETP, qui présente les mêmes écarts entre médecins et entre centres, est insuffisant pour couvrir le simple coût brut chargé moyen d'un médecin, témoignant d'une productivité insuffisante.

La place dans l'offre de santé des Bouches-du-Rhône doit être analysée à la fois par grand secteur activité et, pour les centres de santé, par secteur géographique. De manière globale en effet, ce département dispose d'une offre très importante, tant ambulatoire qu'hospitalière. La densité moyenne des professions libérales médicales et paramédicales y est supérieure aux moyennes nationale et régionale.

L'activité des centres de santé représente un peu moins d'un million d'actes concernant 200 000 personnes, ce qui représente, pour les six actes principaux (79 % des revenus des centres), 2,97 % des actes de même nature réalisés dans le département.

S'agissant des centres de santé en premier lieu, la mission a croisé plusieurs critères :

- la densité médicale ;
- la vulnérabilité des populations ;
- les indicateurs médico-sanitaires du schéma régional de prévention.

Il en ressort que 4 centres cumulent au moins trois des critères, et tiennent une place essentielle dans l'offre de leur territoire. Deux centres cumulent deux des critères, relatifs aux critères à la patientèle et aux indicateurs médico-sociaux.

S'agissant de la clinique Bonneveine, la mission relève l'offre importante sur le secteur, un volume d'activité modeste, une place réduite dans la zone d'attractivité, l'absence enfin d'activités très spécifiques. Sa disparition, en termes d'accès aux soins, ne poserait pas de problème majeur et la prise en charge en secteur 1 peut être assurée par les établissements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM). La mission recommande toutefois la vigilance sur deux points :

- celui des IVG que la clinique assure à Marseille avec deux établissements de l'AP-HM, et dont il faudrait garantir la poursuite de la prise en charge ;
- celui du centre de consultations récemment mis en service qui pourrait présenter un intérêt pour un établissement marseillais.

La pharmacie enfin, dont le chiffre d'affaires ne cesse de diminuer, est située dans un secteur particulièrement bien doté puisqu'on trouve sept autres pharmacies dans un rayon de 200m. L'offre libérale est par ailleurs très importante dans le département et sur Marseille, et propose les mêmes facilités de tiers payant que la pharmacie mutualiste. Son maintien n'est donc pas indispensable en termes d'offre.

² Etude Coatis-Santé – décembre 2011

➤ ***Une situation financière très dégradée, qui nécessite des mesures de redressement particulièrement énergiques et dont la mise en œuvre peut être complexe dans le cadre institutionnel existant***

Malgré l'implication des mutuelles adhérentes, la situation financière n'a cessé de se dégrader depuis 2002, pour aboutir, à la clôture de l'exercice 2011, à un déficit d'exploitation de 5,237 M€.

Les indicateurs financiers demeurent très mauvais : les fonds propres sont négatifs à hauteur de 10,3 M€ et les dettes à court terme ont progressé de 25 % en deux ans pour s'établir à près de 6 M€. Si la trésorerie reste positive, c'est la conséquence directe du gel du passif consécutif à la procédure de redressement judiciaire.

Le passif exigible pourrait s'élever à 30 M€, et la continuation de l'activité nécessite un retour à l'équilibre financier dès 2012 et la capacité de dégager des excédents de fonctionnement très importants dès l'exercice 2013.

Un plan de redressement crédible doit être préparé en vue des prochaines échéances prévues devant le Tribunal de grande instance, dans un contexte de baisse d'activité constatée au premier trimestre 2012.

Toute solution de continuation de l'activité passe nécessairement par une diminution substantielle du passif exigible, une adaptation des charges centrales à un périmètre d'activité redéfini, et une recherche plus systématique des financements de droit commun auquel le GCM peut prétendre, au titre de l'accord national de 2002 entre centres de santé et assurance maladie notamment.

Au terme de ses travaux, la mission recommande notamment :

- une redéfinition du périmètre des activités du GCM, dans le cadre d'une approche territorialisée pour ce qui concerne les centres de santé ;
- une optimisation du fonctionnement et de la gestion de l'institution, qui nécessite un apport de compétences ;
- une révision des modalités de rémunération des médecins généralistes ;
- la réalisation d'un bilan partagé de la mise en œuvre de l'accord de 2002 sus-cité.

Enfin, elle relève qu'en l'absence de réduction du passif à un niveau suffisant en sus d'un retour à l'équilibre d'exploitation, le tribunal serait fondé à prononcer la liquidation. Une telle décision n'empêcherait pas, toutefois, une reprise des activités par d'autres opérateurs, y compris mutualistes, dans un cadre renouvelé.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	9
1. LA PLACE DU GCM DANS L’OFFRE DE SOINS DES BOUCHES-DU-RHONE	11
1.1. <i>Une offre constituée d’activités multiples, mise en œuvre par un réseau dense de services</i>	11
1.1.1. Un acteur historique de l’offre de soins des Bouches-du-Rhône	11
1.1.2. Des activités nombreuses mais dont le choix ne paraît pas relever d’une véritable stratégie.....	12
1.1.3. Un fonctionnement perfectible pour optimiser l’offre, son suivi et son pilotage	17
1.2. <i>Une place non négligeable dans l’offre de soins, dont l’impact est à analyser selon les activités et les territoires</i>	22
1.2.1. Un département globalement bien doté mais des populations et des zones vulnérables.....	22
1.2.2. La contribution du GCM à l’offre de soins : une approche à différencier selon les activités et les territoires	24
1.2.3. Une offre du GCM à concevoir dans un modèle repensé.....	29
2. L’APPUI A L’EVALUATION DE LA SITUATION FINANCIERE DU GCM.....	30
2.1. <i>La mise en redressement judiciaire : l’aboutissement d’une dégradation ancienne et jamais réellement traitée</i>	30
2.1.1. Le GCM connaît une situation financière difficile depuis dix ans	30
2.1.2. L’implication financière des mutuelles membres du GCM n’a pas suffi pour redresser la situation	31
2.2. <i>A la clôture de l’exercice 2011 la situation financière reste critique</i>	32
2.3. <i>Le passif exigible pourrait s’élever à 30 M€</i>	32
2.4. <i>Les causes du déséquilibre financier du GCM sont multiples</i>	33
2.4.1. Le secteur HMS est revenu à l’équilibre au 31 décembre 2011	33
2.4.2. Mais le secteur ambulatoire est en grande difficulté	34
2.4.3. Les charges « centrales » progressent significativement.....	34
2.4.4. Aucun chiffrage de l’impact des nouvelles dispositions fiscales applicables à certaines activités n’a été effectué	34
2.5. <i>Des mesures énergiques doivent être prises rapidement et un plan de redressement doit être ébauché en vue de l’audience prévue le 12 juin 2012</i>	35
2.5.1. Une nécessaire diminution du passif exigible	35
2.5.2. Une adaptation indispensable des charges centrales à un périmètre d’activité redéfini.....	35
2.5.3. Une nécessaire prise en compte de l’évolution de la législation fiscale.....	35
2.5.4. Une recherche systématique des financements auxquels le GCM peut prétendre au titre de l’accord national de 2002	36
2.5.5. La recherche de mutualisations plus nombreuses entre centres de santé	36
CONCLUSION	36
LISTE DES RECOMMANDATIONS	39

LISTE DES SIGLES.....	41
ANNEXE 1 LETTRE DE MISSION.....	43
ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	45
ANNEXE 3 : NOTE INTERMEDIAIRE AVANT L’AUDIENCE DU 10 AVRIL 2012 DEVANT LE TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE MARSEILLE	49
ANNEXE 4 : LE GRAND CONSEIL DE LA MUTUALITE : PRESENTATION ET FONCTIONNEMENT GENERAL	55
ANNEXE 5 : LE GRAND CONSEIL DE LA MUTUALITE – ACTIVITES.....	81
ANNEXE 6 : LA PLACE DU GRAND CONSEIL DE LA MUTUALITE DANS L’OFFRE DE SOINS DU DEPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHONE.....	107
ANNEXE 7 : SITUATION FINANCIERE DU GRAND CONSEIL DE LA MUTUALITE DE MARSEILLE	157
ANNEXE 8 : REGIME JURIDIQUE ET FINANCIER DES CENTRES DE SANTE.....	167

Introduction

- [1] Par lettre de mission du 2 février 2012, le ministre de la santé a demandé à l'Inspection générale des affaires sociales d'effectuer une mission d'évaluation de la situation du Grand Conseil de la mutualité (GCM), mutuelle du livre III implantée dans le département des Bouches-du-Rhône, mission portant sur :
- la situation financière et comptable du GCM ;
 - l'impact potentiel de ses difficultés sur l'offre de soins départementale.
- [2] La mission devait également, sur la base de ses constats, proposer en lien avec l'administrateur judiciaire des pistes en vue de l'élaboration d'un plan de redressement.
- [3] En difficulté depuis près de dix ans, le GCM connaît fin 2010 une première alerte grave, lorsqu'une impasse de trésorerie nécessite l'appui financier des mutuelles du livre II et de la Fédération des mutuelles de France (FMF). Un plan de redressement, dont les deux mesures majeures sont l'externalisation de l'activité hospitalière et le changement des modalités de rémunération des médecins généralistes, est voté par le conseil d'administration le 25 janvier 2011.
- [4] Les mesures tardent à se mettre en place et une nouvelle impasse de trésorerie conduit à la mise sous procédure collective du GCM par décision du tribunal de grande instance de Marseille du 9 novembre 2011. Le plan d'actions décidé en janvier 2011 est revalidé début 2012 mais rencontre l'hostilité des personnels, notamment des médecins généralistes, et de leurs représentants, et n'est toujours pas en œuvre au moment de la désignation de la mission. Les résultats pour 2012 conduisent le conseil d'administration à décider le 30 mars 2012 la fermeture de trois centres optiques déficitaires et d'un centre dentaire, en gestion pour le compte de la caisse régionale des mines.
- [5] La mission, composée de Mme Anne BRUANT-BISSON et de M. Jean-Louis BONNET a conduit ses investigations de début février à début mai 2012. Elle s'est déplacée six fois à Marseille pour rencontrer les différents interlocuteurs du Grand Conseil, élus, administration et représentants du personnel, mais aussi les autorités judiciaires et l'administrateur judiciaire (cf. annexe n°2 Liste des personnes rencontrées). Outre le siège, elle s'est rendue à la clinique Bonneveine, ainsi que dans les centres de Berre, Martigues, Bonnefon et Paul Paret. Elle s'est également déplacée dans deux autres centres de santé, à Paris et à Lyon, dont la situation est désormais à l'équilibre après une période de difficultés financières sérieuses.
- [6] Cette mission s'est déroulée dans un contexte particulier : le GCM est en effet en redressement judiciaire depuis le 9 novembre dernier, et un administrateur judiciaire a été désigné en la personne de Maître Emmanuel DOUHAIRE. Dans le respect de leurs compétences respectives, la mission a donc été amenée à présenter ses constats et propositions de pistes de redressement tant à l'administrateur judiciaire qu'au Parquet, à mi-parcours avant l'audience du 10 avril 2012 au tribunal de Grande Instance de Marseille (Cf. annexe n°3), puis avant la remise du rapport définitif.
- [7] La mission s'est intéressée spécifiquement, comme c'était l'objet de la commande, aux activités de soins. Elle s'est plus spécifiquement focalisée sur les activités médicales, dentaires et l'activité hospitalière.

- [8] Elle a bénéficié des concours précieux de l'Agence régionale de santé pour l'évaluation de la place du GCM dans l'offre de soins, de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône pour l'approche de l'activité par centre et le positionnement des centres dans leur environnement et notamment par rapport au secteur libéral. Elle a également travaillé en lien avec la Fédération nationale de la mutualité française (Mme Sylvie GUERIN à la Mission des affaires réglementaires et économiques, et Mme Marion LELOUVIER au Département des affaires financières) pour un éclairage sur le fonctionnement du GCM à l'aune de leur expérience de ce type de structure et des éléments de comparaison dont dispose la FNMF. La mission tient à remercier ces organismes et leurs agents pour leur disponibilité et la qualité de leur contribution.
- [9] Elle tient enfin à indiquer qu'elle a eu un excellent accueil du GCM, et notamment de la présidente du Conseil d'administration, ainsi que du nouveau directeur général et de ses directeurs. La qualité de cet accueil ne s'est pas toujours traduite par la fourniture d'éléments concordants, ainsi qu'il sera indiqué dans ce rapport, du fait d'une relative insuffisance des modes de gestion et du management.
- [10] Les éléments chiffrés figurant dans le rapport et ses annexes proviennent à la fois de différents documents du GCM (rapports d'activité 2010, tableaux de gestion établis pour la préparation du budget 2012 par le tout récemment nommé contrôleur de gestion tout récemment nommé, données fournies par la direction générale (DG) et les services à l'occasion de la mission) et d'une étude de la CPAM des Bouches-du-Rhône portant sur le second semestre 2011. Un certain nombre de différences ont été relevées dans les données GCM en termes d'activité, notamment sur le chiffre d'affaires des activités y compris au sein d'un même rapport d'activité. Sous ces réserves quant à la totale cohérence des chiffres, et disposant des données de la CPAM, la mission s'est fondée sur cet ensemble pour les constats ci-après, en précisant pour chaque constat la source utilisée.

1. LA PLACE DU GCM DANS L'OFFRE DE SOINS DES BOUCHES-DU-RHONE

1.1. *Une offre constituée d'activités multiples, mise en œuvre par un réseau dense de services*

1.1.1. **Un acteur historique de l'offre de soins des Bouches-du-Rhône**

- [11] Héritier de la société de Bienfaisance, créée en 1804 à Marseille pour « soulager les pauvres sans leur donner de l'argent », le Grand Conseil de la mutualité voit le jour en 1821. La première pharmacie mutualiste ouvre en 1863, le Grand Conseil est reconnu d'utilité publique en 1926.
- [12] La naissance et la structuration d'une mutualité ouvrière dans les quartiers nord de Marseille après 1936 puis, après la seconde guerre mondiale, autour de la Mutualité des travailleurs, débouchent sur l'ouverture de nombre des services toujours en activité aujourd'hui : la clinique de la Feuilleraie (désormais regroupée à Bonneveine), plusieurs centres dentaires et médicaux (dont Paul Paret dans les quartiers nord).
- [13] La Mutualité des travailleurs, devenue Fédération des Mutuelles de France (FMF), rejoint en 2002 la Fédération Nationale des Mutuelles de France (FNMF) créée en 1902, marquant ainsi la réunification du mouvement mutualiste français.
- [14] Ce bref rappel du contexte historique apporte un éclairage sur d'une part, la philosophie qui sous-tend l'action des centres de santé marseillais et, d'autre part, l'attachement quasi-affectif de ses salariés mais aussi d'une partie de la population à ce pan d'histoire que représente le GCM.
- [15] La réforme du Code de la Mutualité intervenue en janvier 2003 instaure une stricte séparation juridique et financière entre la gestion des activités d'assurance et celle des activités sanitaires et sociales.
- [16] Les mutuelles d'assurance et prévoyance du livre II ont fait du GCM, mutuelle du livre III, leur bras armé pour la délivrance de soins ; 10 mutuelles sont présentes au conseil d'administration du GCM ; certaines ont une couverture nationale, comme France Plus et Entrain, d'autres régionale ou locale (Mutuelle France Sud Marignane-Vitrolles, Mutuelle du Pays martégal, etc.).
- [17] Le Grand Conseil de la mutualité est adhérent de la FMF et de la FNMF.
- [18] Il est présent dans une partie non négligeable du département, essentiellement en zone urbaine et périurbaine, avec un double objectif clairement réaffirmé par ses élus et salariés :
- proposer aux adhérents et plus largement à la population une offre de proximité, la plus complète possible, en secteur 1 pour les consultations ou à des tarifs moyens raisonnables pour le dentaire et l'optique ;
 - mettre en place une coordination des soins avec un dossier médical partagé, la pratique du tiers payant intégral (donc sans aucune avance de frais) pour les adhérents des mutuelles du GCM.

1.1.2. Des activités nombreuses mais dont le choix ne paraît pas relever d'une véritable stratégie

1.1.2.1. Une palette large d'activités au service de près de 200 000 patients

[19] Le GCM gère 55 œuvres de soins mutualistes ou « services de soins et d'accompagnement mutualistes » (SSAM) dans le département des Bouches-du Rhône : 11 centres de santé (médecine générale et spécialités), 22 centres dentaires (11 au sein de centres de santé polyvalents et 11 centres isolés), 12 centres optiques, un magasin d'audioprothèse, une clinique (Bonneveine sur Marseille), une pharmacie, un magasin de matériel médical, un service d'hospitalisation à domicile (HAD), 5 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), un foyer logement pour personnes âgées.

[20] La taille importante de ce réseau et la dispersion de ses implantations (47) sont caractéristiques du GCM, qui emploie au total 1188 personnes, représentant 856,5 ETP (CDI et CDD) au 31/12/2011, réparties comme suit :

Tableau 1 : Répartition des effectifs par catégorie d'emploi au 31/12/2011

	personnes	ETP
cadres	66	63,59
agents de maîtrise	42	40,93
employés	411	373,34
techniciens	246	198,24
praticiens	423	180,05
total	1188	856,15

Source : GCM - RH

[21] Le chiffre d'affaires global, d'un peu moins de 78 M€ en 2011, diminue les trois dernières années.

Tableau 2 : Chiffres d'affaires 2008-2010 par grand secteur (en milliers d'€)

		2009	2010	2011 (*)	variation 2009-2011 (%)
ambulatoire	centres médicaux	19 313	18 818	19 200	-0,6
	centres dentaires	25 399	26 111	26 584	4,7
	centres optiques	6 058	5 783	5 768	-4,8
	pharmacie	4 936	4 333	2 999	-39,2
Total ambulatoire		55 706	55 045	54 551	-2,1
hospitalisation-médico-social	clinique	19 489	19 170	18 569	-4,7
	SSIAD	2 435	2 380	2 418	-0,7
	HAD	1 336	1 424	1 465	9,7
	foyer-logement	857	896	893	4,2
Total HMS		24 117	23 870	23 345	-3,2
Total GCM		79 823	78 915	77 896	-2,4

Source : Comptes de résultats – GCM (*) chiffres provisoires 2011

[22] L'activité reste centrée sur le secteur sanitaire, l'implication dans le secteur médico social, avec la reprise du foyer logement des Hermes est récente (2008). La contribution de chaque grand secteur au chiffre d'affaires reste stable sur la période. L'augmentation constatée du secteur médical en 2011 est imputable à 67 % à l'augmentation de 1 € du tarif de la consultation.

➤ **Les centres de santé polyvalents : le pivot de l'activité du GCM**

[23] Chacun des 11 centres de santé regroupe un centre médical originel, auquel a été intégré à partir des années 80 un centre dentaire. Les deux activités coexistent dans les mêmes locaux, avec un N° FINESS différent, des accueils différenciés et un chiffre d'affaires identifié séparément, même si le GCM parle par ailleurs de centres polyvalents.

[24] Ces centres constituent 40 % du chiffre d'affaires du GCM, mais aussi l'essentiel de son déficit (avec la clinique). Mais c'est clairement l'activité dentaire qui tire l'activité et les résultats.

[25] Tous les centres sont "optants", c'est-à-dire qu'ils ont choisi l'option de coordination des soins.

[26] Ils accueillent tous les patients, comme la loi leur en fait obligation, dans les proportions suivantes : 39 % d'adhérents du GCM, et 61 % d'autres patients (qu'ils soient ou non bénéficiaires d'une mutuelle).

[27] Ils proposent sur un site unique une offre de soins relativement étoffée :

- médecine générale : 57 généralistes, représentant 46,97 ETP³ effectuent des consultations, quelques visites à domicile, et une participation à la permanence des soins (45 nuits et WE par an) ;
- spécialités : plus de 250 praticiens à temps partiel (représentant 47 ETP) qui assurent des vacations de spécialités de 1h à 35h et proposent 29 spécialités médicales avec une offre moyenne de 14 spécialités par centres ; s'y ajoutent cinq spécialités paramédicales (une offre de 1 à 5 spécialités selon les centres) ; aucune délégation de tâches n'est mise en place ;
- imagerie : radiologie conventionnelle dans tous les centres sauf un (Aix) et échographie dans 4 d'entre eux ;
- prélèvements effectués dans tous les centres et adressés au laboratoire central de la Feuilleraie pour la majorité des centres ; deux autres centres conservent toutefois une activité de laboratoire (le regroupement sur la Feuilleraie est présentée comme achevée fin 2010, mais les comptes 2011 font état d'une activité de laboratoire, à Paul Paret et Port-de-Bouc) ;
- un centre dentaire implanté dans le centre, dont l'activité est enregistrée séparément.

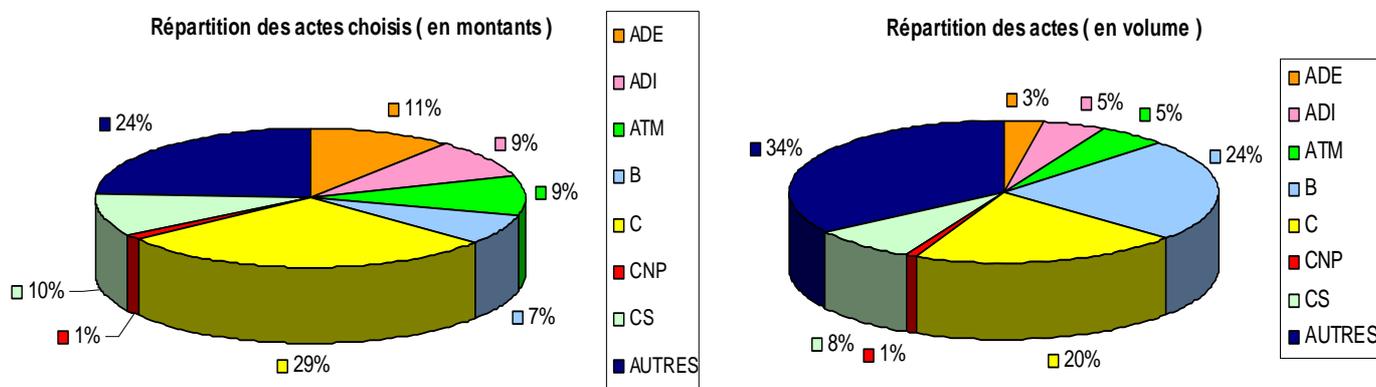
[28] Les centres médicaux assurent aussi les IVG médicamenteuses en complément de celles réalisées à la clinique Bonneveine.

[29] Ils assurent également un système de garde ; seuls 5 centres participent toutefois à la garde de secteur : 4 à la permanence des soins (PDS) organisée avec la médecine de ville et 1 avec la maison médicale de garde du secteur ; les autres organisent une garde « autonome ».

³ Source GCM – tableaux 2011 par centre établis par le contrôleur de gestion – mars 2012

- [30] Six actes représentent 66 % de l'activité médicale des centres en volume et 76 % en valeur⁴ : les consultations de médecine générale (C), les consultations de spécialistes (CS), les consultations en psychiatrie (CNP), les actes d'échographie et d'imagerie (ADE – ADI), les actes techniques médicaux hors imagerie (ATM) et les actes de biologie, dans les proportions suivantes :

Graphique 1 : Les principaux actes médicaux en volume et en valeur



Source : Etude CPAM Bouches-du-Rhône 2nd semestre 2011

- [31] L'activité médicale globale représente un peu moins d'un million d'actes, soit **2,67 % des actes de même nature réalisés dans le département**⁵ au profit de près de 200000 patients, soit 10 % de la population des Bouches-du-Rhône.
- [32] Elle décroît de manière inquiétante (-5 %) pour le premier trimestre 2012.

➤ **Les centres dentaires : une activité qui s'est développée récemment et qui contribue très largement aux résultats du GCM**

- [33] Outre ceux qui sont implantés dans les centres de santé, le GCM gère 11 centres dentaires isolés, l'ensemble représentant 57 fauteuils. Une majorité des centres compte 2 fauteuils, mais quelques uns des plus grosses structures en comptent 5.
- [34] Ces centres sont installés dans 16 agglomérations du département et emploient des chirurgiens dentistes, orthodontistes et stomatologues (82 ETP)⁶ ainsi que 120 assistants dentaires.
- [35] Tous les centres ont à la fois une activité de soins stricto sensu (de l'ordre de 35 % de l'activité globale) et d'implantologie et d'orthodontie (65 %) (Cf. répartition de l'activité par centre en annexe n° 5).
- [36] Ils accueillent de l'ordre de 75000 patients chaque année, pour un chiffre d'affaires global de 26,5 M€ en 2011. 44 % des patients du secteur dentaire sont membres d'une mutuelle adhérente du GCM, soit un peu plus que dans les centres de santé médicaux.
- [37] Cette activité reste largement excédentaire, malgré un recul des marges en 2011, et se situe dans la fourchette haute en termes de résultats si l'on les compare avec l'ensemble des centres mutualistes⁷. Elle décroît toutefois sur le premier trimestre 2012 (-5 %).

⁴ Etude CPAM des Bouches-du-Rhône sur le second semestre 2011

⁵ Ibidem

⁶ Tableaux de gestion 2012 – contrôle de gestion - GCM

⁷ Cf. données FNMF – annexe n°6

➤ ***L'activité hospitalière : la clinique de Bonneveine***

- [38] L'établissement de Bonneveine (123 lits et places), situé dans le 8ème arrondissement de Marseille, regroupe depuis fin 2010 l'ensemble de l'activité hospitalière du GCM. Elle compte 199,5 ETP dont 30,7 ETP de médecins.
- [39] Elle développe une activité de médecine et chirurgie (7335 séjours, 896 séances⁸), peu spécialisée : les actes de loin les plus fréquents sont les endoscopies digestives en médecine, la chirurgie de la bouche et des dents, la cataracte et les amygdalectomies, l'ablation des végétations et la pose de drains trans tympaniques en chirurgie.
- [40] Le centre de consultations externes, mis en service fin 2010, a contribué au développement de la chirurgie ambulatoire, qui représente plus de 57 % de l'activité et près de 73 % pour les seuls 18 gestes marqueurs.
- [41] Elle dispose également d'autorisations de chirurgie cancérologique et d'activité de chimiothérapie (900 séances en 2011), qui pourrait toutefois être mises en cause au regard des seuils d'activité réglementaire.
- [42] Elle pratique enfin des IVG (522 dont 149 chirurgicales en 2011).

➤ ***La pharmacie : le regroupement a accéléré la chute d'activité sans enrayer le déficit***

- [43] Les deux pharmacies ont fusionné au 31 décembre 2010 pour faire face à leurs difficultés financières. L'ensemble de l'activité, qui mobilise 25 ETP (11 pharmaciens, 12 préparateurs et une apprentie) a été concentré sur la pharmacie du Lycée dans le centre de Marseille. Un transfert de clientèle, constaté par le GCM à hauteur de 35 % dans les premiers mois s'est étiolé, confirmant ainsi la baisse générale de la fréquentation des officines du GCM constatée en 2010 (-14 %). La baisse d'activité liée au regroupement en 2011 (-30 %) se confirme au premier trimestre 2012 (-17 %).

➤ ***Les centres optiques***

- [44] Le GCM dispose d'un réseau de 12 magasins dépositaires de l'enseigne Opticiens mutualistes, qui fournissent des équipements d'optique traditionnels et de basse vision dans certains magasins.
- [45] 26000 dossiers (achats) ont été réalisés en 2011, au bénéfice d'une majorité de ressortissants du GCM (60 %).
- [46] Cette activité enregistre une tendance à la baisse depuis plusieurs années, avec une érosion subséquente du chiffre d'affaires et de la marge, du fait notamment de la concurrence des grandes enseignes commerciales.
- [47] 2011 marque toutefois une stabilisation relative de l'activité, avec un chiffre d'affaires de 5,7 M€ identique à 2010, et des résultats qui restent bénéficiaires.
- [48] Trois centres sont particulièrement en difficulté, en lien en particulier avec leur positionnement dans leur territoire et la concurrence d'autres opticiens y compris mutualiste dans un cas (Salon). Il s'agit des centres d'Arles, de La Ciotat et de Salon. Leur fermeture a été actée par le conseil d'administration du 30 mars 2012.

➤ ***Les autres activités***

- [49] Elles se sont développées plus récemment, et parviennent aujourd'hui à s'équilibrer, avec toutefois une relative sous-occupation pour deux d'entre elles.

⁸ Hospidiag 2010

- HAD : ouvert depuis 2007 à Martigues, l'établissement de 40 places enregistre en 2011 un taux d'occupation qui reste modeste (53,8 %) bien qu'en augmentation ;
- SSIAD : cinq SSIAD sont gérés par le GCM : deux à Marseille, un à Port-Saint-Louis, un à Martigues pour les personnes âgées et atteintes du SIDA pour un total de 182 places, et un SSIAD de 20 places dédié aux personnes handicapées à Marseille.

Le taux d'occupation consolidé avoisine 80 % en moyenne et l'activité reste globalement stable ; la demande pour les personnes handicapées continue de progresser tandis que celle pour les personnes âgées plafonne et tend même à baisser depuis 2010.

- Foyer-logement pour personnes âgées : l'intégration du Foyer Logement Les Hermes au Grand Conseil de la Mutualité a été décidée lors de l'Assemblée Générale du Grand Conseil de la Mutualité du 14 juin 2008, avec effet rétroactif au 1 janvier 2008.

[50] Ce foyer accueille des personnes âgées (89 places) ; le taux d'occupation varie de 92 à 98 % ; la gestion plus ou moins équilibrée depuis la reprise de cette activité par le GCM connaît une période plus délicate en 2011, du fait pour l'essentiel des charges de personnel.

1.1.2.2. Un périmètre large qui ne résulte pas véritablement d'une analyse stratégique

[51] Cette palette très large ne semble pas toujours résulter d'une réflexion et d'une analyse a priori du GCM sur le modèle et les activités qu'il estime nécessaire de maintenir ou de développer.

[52] L'ouverture du service HAD et des SSIAD s'est faite en lien avec les autorités de tutelle qui les autorisent, sur la base d'un besoin identifié par ces mêmes autorités.

[53] Le foyer-logement a été repris en 2008, à la demande de la collectivité municipale sans qu'aucune réflexion n'ait véritablement présidé à ce choix.

[54] L'activité des centres de santé est aussi caractéristique de cette absence de réflexion médico-économique et d'anticipation. De très nombreuses spécialités y sont proposées, en faisant le choix fait d'une offre aussi large que possible sur chaque centre.

[55] En dehors de la difficulté à attirer parfois des praticiens sur tel ou tel secteur, la mission constate que le nombre d'actes réalisés est parfois extrêmement faible en valeur absolue pour certaines spécialités et/ou pour certains praticiens. Un certain nombre de vacations représente bien moins de 0,1 ETP, soit des vacations d'une heure hebdomadaire ou de deux heures tous les quinze jours pour certaines spécialités. Deux spécialités affichent par exemple moins de 50 actes en 2011.

[56] La pluridisciplinarité constitue un élément fondateur du modèle « centre de santé » et la mission reconnaît tout à fait son intérêt ; pour autant, une réflexion médico économique doit être menée pour certaines spécialités, médicales comme paramédicales. Il s'agit d'objectiver la pertinence de ces activités au regard de l'intérêt de l'offre proposée sur le territoire, de la réalité de la continuité des soins et de leur coût pour le GCM. Cette analyse a été menée dans le cadre du plan de redressement d'autres centres rencontrés par la mission (Jack Senet à Paris, centre de Vaulx-en-Velin).

[57] Le modèle économique précité (Coatis-Santé) préconise des vacations d'au moins une demi-journée et de manière générale, un engagement des praticiens dans la structure de 5 à 6 demi-journées par semaine.

[58] De façon générale, on peut s'interroger sur la dispersion des activités, qui implique des métiers et des compétences diverses, et un pilotage d'ensemble qui n'est pas toujours assuré, sans que leur choix s'inscrive dans un projet d'ensemble⁹.

⁹ La mission n'a pas eu connaissance d'un projet d'établissement ; les projets de santé des centres de santé ne sont pour l'essentiel que la reprise des rapports d'activité

Recommandation n°1 : Revoir le périmètre d'activité du GCM en objectivant, par une analyse médico-économique, la pertinence de l'offre du GCM par grand secteur d'activité (médical, dentaire, optique, hospitalier, médico-social) (GCM)

Recommandation n°2 : Optimiser l'offre de spécialités dans les centres polyvalents, sur la base d'une analyse par centre de la pertinence des activités de spécialités médicales et paramédicales (GCM)

- [59] L'organisation de la garde doit être analysée dans la même optique. Six centres proposent un système de garde autonome, organisée par le centre sans lien avec la médecine de ville ou la maison médicale de garde lorsqu'elle existe. Le centre de La Feuilleraie a lui mis en place un service de garde dit « mutualiste » : ce sont en fait des médecins extérieurs au centre mais rémunérés par le GCM qui viennent assurer cette garde hors régulation du centre 15 de 19h à 24h, 7 jours sur 7. Outre le coût pour le GCM de cette garde (qui affiche, hors le service mutualiste de la Feuilleraie pour lequel la mission ne dispose pas d'éléments chiffrés, un déficit de 135 K€ pour un coût de 270 K€), l'intérêt d'un système autonome doit être démontré.

Recommandation n°3 : Sauf à démontrer la pertinence d'un système de « garde autonome », préparer l'intégration des centres à la PDS géographique (GCM-ARS)

- [60] De même, l'activité de biologie médicale constitue une partie importante en volume des actes (24 % des actes), mais beaucoup moins en montants (un peu plus de 9 %). Si l'intérêt de proposer dans les centres la possibilité de prélèvements n'est pas douteux en termes d'offre aux patients, la prise en charge de cette activité en gestion directe par le GCM mériterait d'être analysée, le département ne manquant par ailleurs pas d'analyses de biologie médicale. D'autres organisations existent, qui permettent de combiner l'offre du service aux personnes fréquentant les centres et l'externalisation de sa réalisation : soit que le laboratoire libéral soit directement implanté dans le centre et réalise prélèvements et analyses dans des conditions définies par convention avec le centre (exemple du centre de Vaulx-en-Velin de la Fondation Dispensaire Général de Lyon), soit que le laboratoire réalise les analyses et envoie ses personnels effectuer les prélèvements dans le centre, là également dans le cadre d'une convention qui garantit aux patients le secteur 1 (centre de la Mutualité générale à Paris).

Recommandation n°4 : Réévaluer l'intérêt et le coût du maintien d'une activité complète de biologie en gestion directe par le GCM (GCM)

- [61] Même l'activité dentaire, quels que soient par ailleurs ses résultats excédentaires, ne paraît pas, dans les choix d'implantation, résulter d'une réflexion très aboutie sur les besoins des territoires concernés, puisque seuls deux des onze centres isolés sont sur des territoires en réelle pénurie.
- [62] Les mesures décidées le 30 mars 2012¹⁰ sont avant tout conservatoires et témoignent de choix certes courageux mais plus subis qu'anticipés.

1.1.3. Un fonctionnement perfectible pour optimiser l'offre, son suivi et son pilotage

1.1.3.1. Une organisation du siège en cours d'évolution et qui doit être réévaluée

- [63] D'un point de vue pratique, les services administratifs et la direction (66,27 ETP) sont répartis sur quatre lieux différents, auxquels il faut ajouter l'atelier commun et le local du comité d'entreprise, soit six localisations au total.
- [64] En particulier, le service RH est éloigné du reste des autres services, ce qui, au-delà du coût de location, ne facilite ni les relations ni les mutualisations.

¹⁰ Cf. Introduction § 4

- [65] L'organigramme a évolué un mois après le début de la mission, après le départ du directeur général et son remplacement par le directeur de la clinique Bonneveine et du secteur médico-social.
- [66] Le précédent organigramme plaçait neuf responsables en râteau sous l'autorité du directeur général¹¹, avec, ainsi qu'il est ressorti de plusieurs entretiens, un relatif cloisonnement entre services (RH et finances, facturation et centres, etc.). La nouvelle organisation¹² a conduit à des regroupements par secteurs, et paraît de nature à introduire plus de cohérence et de lisibilité, **pour autant qu'il y ait effectivement coordination par chaque responsable des différents services placés sous sa responsabilité**, notamment s'agissant des fonctions supports. La mission n'a pas été en mesure d'apprécier la réalité de cette coordination dans le temps trop bref qui a suivi ce changement.
- [67] Elle a toutefois relevé les points suivants qui expliquent la difficulté du GCM à manager et piloter l'ensemble de ses activités :
- le service informatique (SI) paraît relativement faible (en nombre d'ETP) ; pourtant, il y est fait une référence permanente par d'autres services dès que l'on demande certaines informations plus précises. C'est le service informatique et non le service recouvrement qui suit les rejets, qui analyse depuis quelques mois les rejets de la CPAM 13, et les rejets des complémentaires ;
 - le service Gestion finances et recouvrement, le second plus important en termes d'ETP, suit la trésorerie (particulièrement en cette période de redressement judiciaire), l'enregistrement des factures. Il n'a qu'une approche comptable. Il ne met en œuvre ni comptabilité d'engagement, ni approche analytique des différents coûts¹³. L'administrateur judiciaire, relève de façon générale son « absence de réactivité ». La réorganisation intervenue en mars a permis l'identification d'une fonction « contrôle de gestion » jusqu'alors inexistante ; le contrôleur de gestion est rattaché à la direction générale. Cette fonction très récente demande à être consolidée, avec la construction de tableaux de bord et de ratios.
 - l'importance du service recouvrement (près de 27 % de l'effectif du siège, dont 2 ETP en arrêt maladie) s'explique par la nécessaire gestion du tiers payant et en partie par le taux encore très insuffisant de transmission des dossiers par voie électronique sécurisée (FSE) (55 % pour l'ensemble du GCM). L'organisation de cette fonction « recouvrement » est éclatée puisqu'interviennent :
 - ✓ les centres, qui facturent les actes et s'occupent du règlement, traitent les impayés (actes techniques) ou les rejets de dossiers ;
 - ✓ le service recouvrement du siège, qui traite les dossiers facturés aux régimes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire et renvoie vers les centres les rejets pour régularisation ;
 - ✓ le service informatique (cf. supra), qui analyse les rejets de la CPAM 13 et des complémentaires.

¹¹ Cf. PJ n°3 annexe n°4

¹² Cf. PJ n°4 annexe n°4

¹³ « La comptabilité analytique est un choix de gestion, pas une obligation » a-t-il ainsi été indiqué à la mission, et le responsable des services financiers ne s'estime pas « mandaté pour cela ».

[68] Un audit réalisé par la FMF sur la fonction recouvrement a permis d'identifier un certain nombre de difficultés, parmi lesquelles : un taux insuffisant de feuilles de soins électroniques (FSE) sécurisées (55 %), l'absence d'équipement de certains centres pour produire ces FSE, l'absence de carte professionnelle de santé lors de la consultation, l'absence de déploiement de la demande de remboursement électronique (DRE), etc. L'annexe n°4 présente les constats de cet audit.

- Le rôle de la « direction opérationnelle » des centres (6 ETP) doit être précisé. Sa qualification même montre l'ambiguïté de la fonction : l'opérationnel est bien au niveau des centres eux-mêmes, et non du siège, qui devrait assurer un rôle de coordination, d'anticipation des évolutions et de pilotage.
- Le service des ressources humaines collationne l'ensemble des données relatives au personnel, avec des différences entre chiffres selon les documents, et sans réelle anticipation là non plus. La mission n'a pas noté de définition d'effectifs cibles, la démographie médicale (53 % des spécialistes et 41 % des généralistes ont plus de 56 ans) ne fait pas l'objet d'une réflexion très poussée hors le constat de vacances à venir, l'augmentation importante des effectifs en CDD en 2011 (+50 ETP) pour les catégories des employés et techniciens, conjuguée à une baisse pourtant sensible des dépenses de personnel n'a pu être clairement expliquée à la mission, et l'augmentation de l'absentéisme entre 2008 et 2010 (+2 points, la mission n'ayant pu disposer des chiffres pour 2011) ne fait l'objet d'aucune analyse. Le financement de la formation fait enfin apparaître d'une part, une très faible mobilisation des financements du fond d'actions conventionnelles (application de l'accord entre caisses nationales d'assurances maladie et centres de santé), d'autre part, des différences de chiffrages entre le GCM et l'assurance maladie quant aux financements obtenus.

[69] Au total, un certain nombre de compétences font défaut à un organisme aussi complexe et important, en matière de finances, de ressources humaines et de pilotage stratégique, que la refonte de l'organigramme de direction, si elle traduit une volonté de rationalisation, ne suffira pas à pallier.

[70] La mission avait recommandé dans son bilan intermédiaire d'appuyer le GCM dans ces trois compartiments pour la durée de la période d'observation. Cette proposition a reçu l'accord de la FNMF et de la FMF et une concrétisation partielle, avec l'envoi d'un dirigeant expérimenté, en la personne de M. Christophe BOULANGER, qui est placé depuis le 25 avril auprès de la présidente du GCM en appui à la direction générale pour aider à la définition du plan de redressement et initier sa mise en œuvre, ainsi qu'à l'élaboration d'une stratégie de plus long terme.

Recommandation n°5 : Monter en compétence, avec l'appui des Fédérations, sur les secteurs Finances, RH et pilotage/analyse stratégique (GCM- FNMF-FMF)

1.1.3.2. Les centres polyvalents : une optimisation des conditions de fonctionnement

[71] Outre l'analyse médico-économique des spécialités par centre, des modalités de la garde et des activités de laboratoire évoquée au §1.1.2, la mission souhaite pointer deux modes de fonctionnement qui méritent d'être réévalués au regard de ses constats mais aussi des fonctionnements existants dans d'autres centres : la fonction d'accueil d'une part, et l'activité médicale d'autre part.

- En termes d'organisation tout d'abord, la fonction d'accueil, qui mobilise un nombre conséquent de personnes dans les centres (54,34 ETP), doit être analysée, en tant que « porte d'entrée » dans les centres :

[72] Au GCM, les rendez-vous sont pris par le personnel d'accueil de chaque centre et pour chaque centre, au téléphone ou sur place. L'accueil dentaire est réalisé par les assistantes dentaires. On note une relative homogénéité, en ETP rapporté au chiffre d'affaires du poids de cette fonction cumulée à l'administration (un peu plus de 0,40 ETP pour 100 K€ de chiffre d'affaires), à **l'exception notable du centre d'Aix (0,84)**.

[73] Il n'y a pas de partage entre centres des agendas, y compris lorsqu'un médecin (spécialiste) effectue des vacances dans plusieurs centres¹⁴. Le patient ne se voit ainsi proposer de RV que dans le centre qu'il contacte, sans mutualiser des plages de spécialités entre centres. La richesse du réseau n'est donc pas mobilisée, y compris sur des territoires qui sont proches (centres de Marseille, Port-de-Bouc/Martigues, Aix/Gardanne, etc.).

[74] Les rendez-vous sont pris toutes les 20 minutes (paramétrage du SI), ce que la mission n'a pas retrouvé dans d'autres centres où la norme est de 4 RV par heure. Certains médecins ont toutefois un agenda plus resserré (jusqu'à 10 minutes) ou acceptent a priori la prise de rendez-vous en surnombre (en général un rendez-vous supplémentaire par heure). Dans d'autres cas, le personnel d'accueil doit interroger le praticien pour savoir s'il accepte ou non le rendez-vous. La mission entend parfaitement que le médecin doit conserver la maîtrise finale de son « temps de travail » en fonction du patient qu'il reçoit. Néanmoins, la lisibilité du système semble peu évidente et les affichettes manuscrites apposées dans certains centres, rappelant quel médecin accepte quoi aux personnels de l'accueil, sont là pour en témoigner.

[75] Il n'existe pas de système de relance systématique et le suivi du taux de remplissage n'est pas évident.

[76] Outre une définition plus claire de règles, il serait intéressant d'envisager, au moins par grands territoires à défaut du niveau départemental, une plate-forme de prise de RV. Sans supprimer l'accueil indispensable en centre, cette organisation pourrait offrir une régulation plus efficace et probablement un taux de décroche supérieur. La mission n'a pas eu connaissance de celui du GCM, mais a recueilli dans plusieurs centres des témoignages sur l'absence de réponse au téléphone. A titre d'exemple, le changement d'organisation opéré par le centre Jack Senet (Paris) et le transfert à un prestataire de la prise d'une partie des RV a permis le passage du taux de décroche de 50 à 80 %.

Recommandation n°6 : Auditer la fonction Accueil et mettre en place une plateforme de prise de RV commune au moins à plusieurs centres par grand secteur, et mobilisant la richesse de l'offre du réseau (GCM)

- L'activité médicale est le second point sur lequel la mission souhaite appeler l'attention, sous l'angle à la fois de l'hétérogénéité des situations par centre et par médecin d'une part, et du volume global de cette activité au regard de leur « coût de production » pour le GCM d'autre part :

[77] L'approche a été faite pour les médecins généralistes, car ils sont le cœur de l'activité des centres, les consultations en représentant l'activité la plus importante, en volume (20 %) comme en valeur (29 %) ¹⁵.

¹⁴ Cette fonctionnalité existe dans le SI selon le responsable SI. La responsable de la coordination des centres a précisé à la mission qu'une tentative malheureuse (des erreurs de programmation) a conduit à ne pas autoriser l'accès à cette fonction aux personnels d'accueil.

¹⁵ Etude CPAM 13 – 2nd semestre 2011.

- [78] Selon les données communiquées par le GCM, qui agrègent consultations et actes techniques réalisés par ces praticiens, **le nombre moyen annuel d'actes par ETP et par centre varie de 3 919 pour le plus faible à 6 638 pour le plus élevé**, pour une moyenne de 4 696 actes (C+ATM) par ETP.
- [79] Le constat est identique au niveau individuel des médecins. 57 % des médecins réalisent moins d'actes que cette moyenne, 29 % réalisant moins de 4 000 actes, avec un minimum à 2 673 et un maximum 15 917 actes par ETP. **Même en ne retenant pas ces deux extrêmes, l'écart est de 3 230 à 7 188 actes, soit nettement plus du simple au double.**
- [80] Le chiffre moyen de 4 696 actes par ETP est en outre relativement faible, le modèle précité¹⁶ faisant une hypothèse de 5 830 actes par ETP. 47 médecins généralistes sur 57 sont en deçà de ce chiffre au GCM.
- [81] La grande hétérogénéité des chiffres d'activité, qui paraît particulièrement marquée au GCM si l'on se réfère aux constats dans les autres centres contactés par la mission¹⁷, s'accompagne logiquement d'une très grande dispersion des chiffres d'affaires à la fois entre centres et entre médecin, y compris au sein d'un même centre.
- [82] Ainsi note-t-on, au sein d'un même centre, des écarts de chiffres d'affaires par ETP allant de 17 % (Gardanne) à 83 % (Bonnesfont) entre les deux extrêmes; la majorité des centres affiche un écart compris entre 28 et 50 %.
- [83] Cette même dispersion se retrouve entre centres : **7 centres sur 11 ont un chiffre d'affaires moyen par ETP inférieur au chiffre d'affaires moyen/ETP de 114 041 €** pour l'ensemble des centres, dans des proportions de -2,3 à -16 % par rapport à cette moyenne. Le même constat prévaut s'agissant du chiffre d'affaires médian, avec 7 centres sur 11 présentant un chiffre d'affaires inférieur à la médiane pour l'ensemble des centres (108 722 €) ; l'écart à cette médiane est moins important (de -1 à -8 %), mais reste significatif pour certains centres.
- [84] Le chiffre d'affaires par médecin (par ETP) varie de 61 484 € à 369 264 €. Même en omettant ces deux extrêmes, l'écart est de 72 858 € à 171 124 €.
- [85] Il faut rappeler par ailleurs que le **coût moyen chargé d'un médecin généraliste est de 118 615 €, à rapprocher du chiffre d'affaire moyen de 114 041 €** et médian de 108 722 €. La productivité médicale est donc insuffisante.
- [86] Quelques constats complémentaires quant à ces différences permettent d'identifier :
- une moindre « performance » relative des médecins remplaçants, même si l'un des cas vient contredire ce constat ;
 - le médecin qui réalise le plus grand nombre d'actes est le seul rémunéré à la part ; son cas excepté, on note tout de même pour des médecins rémunérés à la fonction, un gros écart entre le plus petit et le plus grand nombre d'actes (2673 contre 7188) ;
 - la taille du centre et le nombre de médecins ne suffisent pas à expliquer les écarts entre centres.
- [87] La mission n'en déduit pas qu'il faille aligner les résultats sur le chiffre d'affaires et le nombre d'actes le plus élevé. **Elle constate simplement une dispersion anormale** pour une même structure, et une activité trop faible par rapport à d'autres centres¹⁸.
- [88] Elle note par ailleurs que la plupart des autres centres de santé rémunèrent leurs généralistes salariés en partie ou en totalité sur la base de leur activité et que le modèle Coactis-Santé recommande a minima une part variable.

¹⁶ Coactis-Santé – Etude décembre 2011 pour la Mutualité et le réseau national des centres de santé mutualistes

¹⁷ L'écart est dans les autres centres visités par la mission est inférieur à 20 % entre les deux extrêmes par médecin)

¹⁸ Ceux qui ont servi au modèle déjà cité.

- [89] Elle relève également que les médecins généralistes du GCM sont les seuls patriciens à bénéficier d'un contrat à la fonction, et d'un statut avantageux puisqu'il prévoit, pour un horaire de 35h hebdomadaires, outre les 32 jours de congés payés, 22 jours de RTT, une prime d'ancienneté de 1 % par an plafonnée à 30 % , 8 % d'indemnité pour les visites diurnes et une rémunération de la garde, ainsi qu'un système de récupération.
- [90] Compte tenu des difficultés du GCM et dès lors par ailleurs que le chiffre d'affaires moyen par ETP est inférieur au coût de cet ETP pour le GCM, il lui paraît que le sujet de la rémunération des médecins doit être posé.

Recommandation n°7 : Analyser pour la réduire l'extrême dispersion de l'activité des médecins généralistes (CGM)

Recommandation n°8 : Améliorer la productivité médicale et revoir les modalités de rémunération des médecins généralistes en la fondant, au moins partiellement, sur l'activité (CGM)

- [91] Une approche plus complète des différences entre centres figure en annexe n°5.

1.2. Une place non négligeable dans l'offre de soins, dont l'impact est à analyser selon les activités et les territoires

- [92] La mission s'est volontairement focalisée sur les centres de santé polyvalents, pivots de l'activité du GCM mais aussi à l'origine de l'essentiel de son déficit, ainsi que sur la clinique et la pharmacie.

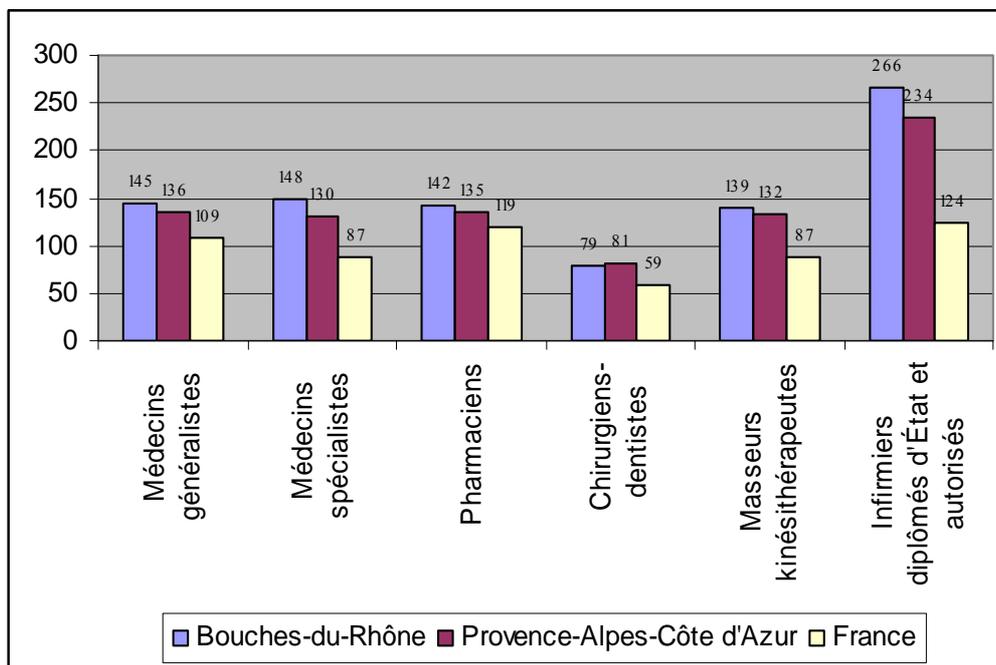
1.2.1. Un département globalement bien doté mais des populations et des zones vulnérables

1.2.1.1. Une offre ambulatoire et hospitalière dense

➤ ***Offre ambulatoire : une densité de professionnels de santé supérieure aux moyennes nationales et régionales***

- [93] Le Schéma régional de l'organisation des soins (SROS) récemment approuvé relève ainsi que « le département, très urbanisé, est caractérisé par une offre de proximité et un équipement sanitaire dense. Les établissements de recours et de référence sont représentés. La densité de médecins spécialistes libéraux est largement supérieure à la moyenne régionale ».
- [94] Le département compte plus de 40 000 professionnels de santé libéraux et salariés, ce qui représente plus de 44 % des professionnels de la région, en légère surreprésentation par rapport au poids de la population des Bouches du Rhône dans la région (38,5 %).

Graphique 2 : Densité des professionnels de santé libéraux au 1^{er} janvier 2010
(nombre de professionnels pour 100 000 habitants)



Source : ARS et Drees, Adeli – Finess – INSEE

- [95] La densité est supérieure à la moyenne nationale pour toutes les catégories, mais aussi à la densité régionale, à l'exception des chirurgiens-dentistes.
- [96] Au 1^{er} janvier 2011, le département compte en outre 711 pharmacies et 263 laboratoires d'analyses médicales.
- [97] 73 % des cantons de la région sont caractérisés par des temps d'accès aux professionnels de santé libéraux de proximité (médecins, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et chirurgiens dentistes) inférieurs à la moyenne nationale¹⁹.

➤ **Une offre hospitalière dense, notamment sur l'agglomération marseillaise**

- [98] L'offre en établissements de court séjour dotés de plateaux techniques est dense dans le département des Bouches-du-Rhône, qui compte 42 établissements de santé dont les sites de l'Assistance publique- Hôpitaux de Marseille, répartis comme suit :
- 30 établissements privés (privés commerciaux et ESPIC) ;
 - 12 établissements publics.
- [99] L'offre en lits de court séjour est de 4826 lits dans le secteur public et 5111 dans le secteur privé.

¹⁹ Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton FNORS, 2ème édition, Elsevier Masson 2010 (SROS PACA).

1.2.1.2. Mais des zones et des populations vulnérables

[100] Troisième département le plus peuplé de France, les Bouches du Rhône comptent 1,9 million d'habitants²⁰, soit 38,5 % de la population régionale.

[101] Si le revenu médian des ménages est proche de la moyenne nationale (18 126 € contre 18 356 €), et supérieur à la moyenne de la province (17 856€)²¹, il faut toutefois souligner :

- que les écarts de revenu sont significativement plus importants dans les Bouches-du-Rhône que dans la région et le pays ;
- que le taux de bénéficiaires du RSA (88,8 pour mille habitants) est très nettement supérieur au taux national (54,2 ‰) et régional (67,9 ‰) ;
- que le taux de pauvreté²² est également supérieur d'un point au taux régional et de 2,5 points au taux national ;

ce qui révèle la présence de franges de populations très précaires.

[102] Le SROS ambulatoire relève que quelques espaces présentent des sous-densités notables :

- en médecins généralistes, les espaces de santé de proximité (ESP) d'Istres, Puy-Ste-Réparate, Pelissanne, Sénas, Château Renard, Saintes-Maries-de-la-Mer (de -10 à -20 % sous la densité moyenne nationale), Port-Saint-Louis et Berre-l'Étang (-20 %) ;
- en chirurgiens dentistes, les ESP des Saintes-Maries-de-la-Mer, d'Istres, de Port-Saint-Louis du Rhône et de Trets (-20 % en dessous de la densité moyenne nationale).

[103] Une seule zone est classée comme espace de santé protégée « fragile »²³ en raison de sa vulnérabilité particulière, la zone des Saintes-Maries-de-la-Mer à l'extrême ouest du département²⁴. Aucun centre de santé du GCM (ni d'ailleurs relevant d'une autre structure) n'est installé dans cet espace de santé de proximité (ESP).

1.2.2. La contribution du GCM à l'offre de soins : une approche à différencier selon les activités et les territoires

1.2.2.1. Les centres de santé et centres dentaires

➤ *Approche par l'offre existante*

[104] Les médecins et chirurgiens dentistes du GCM constituent dans quelques territoires une partie importante voire essentielle de l'offre de santé, que ces territoires soient en situation de pénurie ou de sous-densité.

[105] L'ARS note d'ailleurs que « de nombreux centres de santé, principalement autour de l'étang de Berre, [...] compensent une faible densité médicale libérale » (SROS).

[106] L'annexe n°6 fait un point détaillé de cette offre et du positionnement des centres du GCM.

²⁰ Chiffres provisoires INSEE 2011

²¹ Insee - 2009

²² Taux de pauvreté à 50 % - Source INSEE revenus 2009

²³ Le SROS établit une gradation entre :

- les ESP fragiles, qui cumulent les deux facteurs de risque suivants : un faible effectif de médecins généralistes (inférieur ou égal à 5) et une densité inférieure à la moyenne nationale ou ont été identifiés comme fragiles par les groupes de travail, en raison de critères variés : désinstallation récente de professionnels de santé, isolement, environnement sanitaire peu favorable ;

- les ESP « à risque » : ils présentent une exposition aux risques moins importante, mais nécessitent toutefois une vigilance particulière et la mise en œuvre de préconisations visant à améliorer l'organisation de l'offre de santé et de services de proximité.

²⁴ Cf. Carte des ESP – Annexe n°6

[107] **Au regard de l'offre existante, l'apport des centres à l'offre de santé et à l'accès aux soins est essentiel :**

- à **Port-Saint Louis** : le centre accueille 100 % des médecins spécialistes²⁵ exerçant dans cette commune, près d'1 médecin généraliste sur 2 (44 %), et 68 % de l'offre de chirurgie dentaire ;
- dans le secteur de l'étang de Berre :
 - **Berre-l'Etang** : le centre compense une offre de médecine générale et dentaire faible et complète utilement cette offre pour quelques spécialités. Les médecins rattachés au CDS représentent 35 % de l'ensemble des médecins généralistes implantés dans la commune et 85 % des spécialistes (6 médecins sur 7). Par ailleurs, le seul radiologue présent dans le secteur exerce au sein du centre de santé ;
 - **Miramas** : le centre compense là également une faible densité médicale et en chirurgie dentaire. Les médecins spécialistes exerçant au sein du centre représentent 37,5 % de l'ensemble des spécialistes de Miramas et les médecins généralistes 18,2 % ;
- à **Istres et Arles** pour l'activité dentaire.

[108] **Quoique dans une moindre mesure, cette offre présente un intérêt certain :**

- à **Port de Bouc**, pour l'offre de spécialités. Le poids des professionnels de santé du CDS sur le secteur de Port de Bouc est important puisque 63,6 % des médecins spécialistes exercent au sein du centre de santé ainsi que 31,6 % des médecins généralistes. De plus, les 2 seuls médecins radiologues de Port de Bouc sont installés au centre de santé ;
- à **Martigues** : le centre contribue à maintenir une densité satisfaisante pour les généralistes et quelques spécialités. Parmi les professionnels de santé en activité dans cette zone, plus de 15 % des médecins spécialistes exercent au sein du CDS. Les proportions sont les mêmes concernant les généralistes (15,3 %) et les radiologues (15,4 %).

[109] **Elle peut enfin être signalée**, même dans un contexte global d'offre très correct voire tout à fait satisfaisant :

- à **Gardanne** : avec une insuffisance de l'offre sur certaines spécialités. Les médecins spécialistes exerçant au sein du centre de santé représentent 23,1 % de l'ensemble des spécialistes du secteur étudié.

➤ *Approche par les caractéristiques des patients fréquentant les centres*

[110] La mission en a apprécié la vulnérabilité au travers du taux de patients bénéficiaires de la CMUC, d'une ALD, de l'ACS et âgés de 70 ans, sur la base de données fournies pour chaque centre par la CPAM des Bouches du Rhône pour l'activité médicale.

[111] De manière générale, la typologie des patients fréquentant les centres du GCM est sensiblement différente de celle de la CPAM dans sa totalité.

[112] Le nombre de bénéficiaires d'**ALD** est notablement plus important (**près de 28 %**, contre un peu plus de **16 % au niveau départemental** pour le régime général), tout comme celui des **personnes âgées de plus de 70 ans** (presque 19 % ; soit un écart de 8 points avec le taux départemental).

[113] Enfin les bénéficiaires de la **CMUC** sont également surreprésentés, puisqu'ils constituent **15 %** de la patientèle du GCM contre **10,5 % en moyenne pour le département**.

²⁵ Pour les cinq spécialités les plus représentées en volume : ophtalmologie, cardiologie, dermatologie, ORL et gynécologie.

- [114] Les bénéficiaires de l'AME sont en revanche présents en proportion quasi identique à celle du département et cette présence n'est significativement supérieure qu'à Bonnefon (1,36 % pour le secteur médical, 1,82 % pour le secteur dentaire). Ce critère a donc été écarté pour l'analyse ci-après.
- [115] Si l'on se réfère centre par centre à la zone d'attractivité de la patientèle²⁶, tous les centres accueillent une proportion de patients « vulnérables » globalement supérieure à celle de leur zone d'attractivité avec toutefois des différences selon les centres (cf. annexe n°6).
- [116] Compte tenu de la proportion de patients originaires par ailleurs de leur zone d'attractivité (supérieure à 69 % dans 8 centres sur 11), la mission s'accorde avec la CPAM à trouver la comparaison pertinente pour ces 8 centres, à savoir Aix, Berre, La Ciotat, Martigues, Miramas, Port-de-Bouc, Port-Saint-Louis et Paul Paret.
- [117] L'analyse ne peut être considérée comme pareillement pertinente pour La Feuilleraie, Bonnefon et Gardanne compte tenu de l'origine géographique plus diverse des patients.
- [118] Les 8 centres présentent un écart significatif (supérieurs à 5 points) pour la patientèle en ALD, compris entre +6,5 points à Miramas points et +15,99 points à La Ciotat.
- [119] Les écarts sont globalement significatifs pour les centres suivants :

Tableau 3 : Populations vulnérables : écarts les plus significatifs par rapport à la zone de référence

	CMUC	ACS	ALD	personnes > 70 ans
Paul Paret	x	x	Tous les centres	
Aix	x	x		x
Miramas	x			
Berre	x			
Port de Bouc				x
La Ciotat				x

Source : CPAM13 – retraitement mission

- [120] Cette entrée par la patientèle coïncide pour l'essentiel, s'agissant de l'activité médicale, avec l'entrée par la densité de l'offre, à l'exception du centre de la Ciotat, qui combine une surreprésentation de la population âgée et en ALD (l'un recouvrant en partie l'autre) et du centre d'Aix.
- [121] Enfin, la proportion de membres des mutuelles adhérentes du GCM dans la patientèle est particulièrement faible à Aix (20,20 %), Berre (22,76 %), Miramas (26,15 %) et inférieure à la moyenne du GCM à Port-Saint-Louis (36,79 %), indiquant ainsi que le GCM propose une offre qui va dans ces secteurs très au-delà des seuls mutualistes mais concerne bien la population dans son ensemble.

➤ **Approche par critères de vulnérabilité du schéma régional de prévention**

- [122] Le schéma régional de prévention identifie, à l'échelle des cantons regroupés, 26 territoires prioritaires sur la base de critères d'appréhension de la vulnérabilité sociale et sanitaire.

²⁶ Centres hors Marseille : la commune ; centre L. Bonnefon : 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} arrondissements de Marseille, centre La Feuilleraie : 4^{ème}, 12^{ème} et 13^{ème} arrondissements de Marseille ; centre Paul Paret : 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements de Marseille.

- [123] Sept centres de santé polyvalents et 10 centres dentaires sont implantés dans ces territoires prioritaires, dans les cantons de Port-Saint-Louis, Martigues (qui inclut Port-de-Bouc), Marignane, Vitrolles, Arles, Istres (qui inclut Miramas), Aubagne, Salon et Marseille.

Tableau 4 : Récapitulatif des critères de fragilité

	densité médicale			populations vulnérables				% de non mutualistes GCM	Vulnérabilité au sens du SR Prévention
	Médecine générale	Spécialistes	Dentistes	CMUC	ACS	ALD	> 70 ans		
Aix				x	x	tous les centres	x	x	
Berre	x	x	x	x				x	
la Ciotat							x		
Martigues	x		x					x	
Miramas	x		x	x				x	
Port-Saint-Louis	x	x	x					x	
Port de Bouc		x					x	x	
Paul Paret				x	x			x	

Source : ARS PACA – CPAM 13 – retraitement mission

- [124] **Quatre centres cumulent donc au moins trois des critères : Port-Saint-Louis, Berre, Martigues et Miramas.**

- [125] Deux centres cumulent deux des critères, en termes de patientèle et/ou d'indicateurs médico-sociaux (Paul Paret), ou de densité et vulnérabilité au sens du schéma régional de prévention (Port-de-Bouc). Un centre, enfin, présente une typologie particulière de patientèle pour l'ensemble des sous-critères (Aix).

- [126] L'approche par ces critères doit être lue sans préjudice par ailleurs du volume de l'activité de chaque centre et de ses résultats.

- [127] S'agissant de l'offre dentaire, compte tenu d'une part de la bonne tenue de l'activité de ce secteur et de sa relative bonne santé financière, considérant par ailleurs que l'offre tarifaire du GCM, pour une palette d'activité complète incluant les soins, les prothèses et l'implantologie, permet d'accéder à une offre dentaire de qualité et des prix raisonnables, la mission ne s'est pas focalisée sur ce secteur en termes d'offre, sauf pour relever sa contribution à l'offre à Arles et Istres.

1.2.2.2. La clinique de Bonneveine : une offre hospitalière limitée dans un secteur bien doté

- [128] L'établissement de Bonneveine est situé dans le 8ème arrondissement, dans un environnement très bien doté en équipements hospitaliers (plusieurs cliniques et ESPIC dans un rayon de 2 à 3 kms, l'hôpital Ste Marguerite, le site de La Timone n'étant pas non plus très éloigné).

- [129] Les restructurations conduites depuis 2009 n'ont pas permis de faire décoller l'activité ; les évolutions tarifaires 2012 ne favorisent pas la clinique du fait de son case-mix, sauf à les compenser par une hausse significative d'activité que l'environnement hospitalier rend peu crédible.

- [130] De plus, les niveaux d'activité atteints ne permettent pas de garantir la pérennité des autorisations en chirurgie oncologique.

- [131] Sa part de marché sur sa zone d'attractivité est réduite : 0,3 % en médecine, 0,5 % en chirurgie (hospitalisation complète), et de 0,6 % en obstétrique
- [132] Les objectifs du SROS sont notamment, en raison des surcapacités du territoire, le regroupement des plateaux interventionnels médico-chirurgicaux et la diminution du nombre d'autorisations de chirurgie d'ici 2016.
- [133] Au regard de l'offre existante, des orientations posées par le SROS, de l'activité modeste de la clinique et de l'absence d'activités très spécifiques, la disparition de la clinique n'entraînerait pas de problème majeur d'accès aux soins y compris pour l'offre de secteur 1, proposée par ailleurs par les établissements de l'AP-HM.
- [134] La mission note toutefois que l'activité obstétrique consiste en **la réalisation d'IVG (522 en 2011 dont 149 « chirurgicales »), qui devront impérativement être prises en charge dans de bonnes conditions**. Seul l'hôpital Nord et La Conception (AP-HM) pratiquent sur Marseille cette intervention auquel l'accès doit continuer d'être garanti.

Recommandation n°9 : Garantir la poursuite de la prise en charge, dans des conditions optimales, des patientes désirant recourir à une IVG (ARS)

- [135] Par ailleurs, elle relève que le centre de consultations externes, mis en service fin 2010 et financé par emprunt et subvention du Fonds national de solidarité et d' action mutualiste après avis favorable de l'ARH, est un outil de qualité. Sa disparition deux ans à peine après sa reconstruction, peut sembler peu cohérente en termes d'action sanitaire publique. L'éventualité de la reprise, en cas de cession ou de disparition du reste de l'activité, de cet outil par un établissement marseillais mériterait d'être étudiée.

Recommandation n°10 : Etudier avec les établissements de santé marseillais l'intérêt et la faisabilité d'un maintien du centre de consultations externes, dans le cadre d'une reprise partielle (GCM-ARS)

1.2.2.3. La pharmacie : un service dont l'apport à l'offre marseillaise n'apparaît guère évident

- [136] Regroupée fin 2010 sur le site de la pharmacie du Lycée dans le centre de Marseille, cette activité a chuté de 30 % en un an et présente en 2011 pour la seconde année consécutive un résultat déficitaire.
- [137] Le département des Bouches-du Rhône est largement doté en officines libérales dont un certain nombre sont en situation de redressement judiciaire voire de liquidation.
- [138] La pharmacie du GCM se trouve elle-même située dans un environnement très concurrentiel : 7 pharmacies sont implantées dans un rayon de 200 m alentour ; on est donc très loin de la pénurie.
- [139] Déconnectée de tout centre de santé, elle peut difficilement prospérer dans cet environnement, d'autant qu'elle ne peut réglementairement accueillir que des mutualistes.
- [140] L'intérêt principal originel pour ces mutualistes, à savoir la pratique du tiers payant, n'existe plus, l'ensemble des officines le pratiquant désormais.
- [141] Sa contribution à l'offre est donc des plus limitées.
- [142] Les mauvais résultats ont conduit dès 2011 le conseil d'administration à décider de mettre cette activité sous « observation », mesure qui a été reconduite après la réunion du 30 mars 2012.

1.2.3. Une offre du GCM à concevoir dans un modèle repensé

- [143] La période difficile du redressement judiciaire a montré les limites d'une organisation un peu routinière, et la nécessité pour le conseil d'administration et la direction de développer certaines compétences pour faire face d'une part aux enjeux de redressement immédiat et d'autre part inscrire le redressement dans la durée.
- [144] La même difficulté, au-delà de la bonne volonté des uns et des autres, est apparue en termes de définition d'une stratégie de long terme et de réflexion sur les organisations qui doivent en découler.
- [145] Il n'apparaît pas à ce stade que le GCM ait fait le choix entre une organisation déconcentrée, ce qui expliquerait une relative importance des équipes administratives dans les centres, et un modèle centralisé et directif, ce que justifierait l'existence d'un siège assez substantiel, mais dont la fonction de pilotage stratégique et d'animation de réseau n'est pas apparue clairement à la mission.
- [146] Le conseil d'administration comme la direction générale paraissent avoir conscience du sujet mais sans qu'il ait été véritablement abordé pour l'instant en tant que tel ; le redressement judiciaire a conduit à quelques décisions importantes, mais ponctuelles : l'externalisation de la clinique (sa vente à un repreneur), la fermeture de trois centres optiques et d'un centre dentaire ; il doit être l'occasion de réinterroger le modèle qu'entend porter le GCM et son périmètre et de poser les choix d'organisation pour piloter l'ensemble.

Recommandation n°11 : Faire le choix, parallèlement à l'analyse médico-économique à conduire des activités existantes, d'un mode d'organisation, que la mission envisage a priori plutôt comme déconcentré. (GCM)

- [147] S'agissant des centres de santé polyvalents, leur présence paraît difficilement contournable dans certains territoires. Ailleurs, une implantation parfois historique doit néanmoins être analysée au regard de la population desservie, de la réalité de l'activité, et de l'offre environnante. L'offre de spécialités, très riche mais éclatée, doit également faire l'objet d'une analyse médico-économique fine, par spécialité. L'activité de laboratoire mérite également d'être analysée précisément, non pour cesser de proposer un service de prélèvement indispensable dans les centres, mais pour étudier d'autres pistes de sa prise en charge plus valorisantes pour le GCM.
- [148] D'où une réflexion à mener sur de possibles synergies entre centres, dans le cadre d'une approche par grands territoires.
- [149] Une telle approche suppose un renouvellement des partenariats ; les conventions existantes ne sont que peu révélatrices d'une réelle stratégie de développement des complémentarités avec l'offre hospitalière, médico-sociale et la médecine de ville, à même de générer de véritables coopérations et une activité supplémentaire pour les centres
- [150] Si cette réflexion peut conduire à la disparition de certaines activités voire de certains centres, la mission relève que sur d'autres territoires, l'accès aux soins n'est pas totalement satisfaisant. Ainsi si Marseille concentre 6 centres de santé (3 GCM, 3 autres), l'ESP des Saintes-Maries de la mer, classé « fragile » ne comporte à ce stade aucune offre de ce type. Quelques autres EPS présentent des sous-densités médicales : le GCM est présent dans certains, l'ARS a favorisé ailleurs la création de MSP, d'autres zones pourraient éventuellement justifier des redéploiements, avec l'appui de l'ARS, comme elle l'a fait lors de la mise en place de maison de santé pluridisciplinaires.

Recommandation n°12 : Mettre en place une approche par grands territoires (par exemple Marseille, Sud Etang de Berre, Nord Etang de Berre, Aix-Gardanne, etc.) :

- **développer dans ce cadre les complémentarités possibles entre centres d'une part, et avec l'offre hospitalière, de ville et médico-sociale d'autre part ;**

- **redéployer au besoin les moyens sur des zones ou territoires fragiles non couverts, avec l'appui de l'ARS (GCM – ARS)**

2. L'APPUI A L'EVALUATION DE LA SITUATION FINANCIERE DU GCM

2.1. La mise en redressement judiciaire : l'aboutissement d'une dégradation ancienne et jamais réellement traitée

[151] Par jugement du 9 novembre 2011²⁷, le tribunal de grande instance de Marseille a ouvert une procédure de redressement judiciaire visant le Grand Conseil de la Mutualité de Marseille (GCM) et a fixé la date de cessation des paiements au 3 novembre 2011. Ont été désignés : Maître Emmanuel DOUHAIRE, en qualité d'administrateur, avec une mission d'assistance et Maître Simon LAURE en qualité de mandataire judiciaire.

2.1.1. Le GCM connaît une situation financière difficile depuis dix ans

[152] L'examen des comptes 2002 par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) a conduit ce service à alerter la direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère, la commission de contrôle des assurances, mutuelles et institutions de prévoyance (CCAMIP)²⁸ sur le déficit accumulé par cet organisme. Effectué le 12 février 2004, ce signalement a amené la CCAMIP à placer le GCM sous administration provisoire le 4 juin 2004 en application de l'article L. 510-9 du code de la mutualité.

[153] Le placement sous administration provisoire n'a pas permis de stabiliser la situation du GCM, malgré l'adoption d'un plan de restructuration.

[154] Ce plan de restructuration a permis une amélioration de la situation et un retour provisoire à l'équilibre budgétaire. Après deux années d'excédent budgétaire (2007 et 2008), la situation s'est à nouveau dégradée en 2009 ; cet exercice s'est soldé par un résultat comptable de -562 K€. Cette situation s'aggraverait considérablement en 2010 et 2011 pour aboutir à la cessation des paiements le 3 novembre 2011.

[155] L'évolution des résultats des trois derniers exercices ressort du tableau ci-dessous :

Tableau 5 : Résultats 2009-2011

variation du résultat	31/12/2011	écart	31/12/2010	écart	31/12/2009
résultat secteur ambulatoire	-5 315 787	19%	-4 460 109	-1755%	269 415
H.M.S (Hospitalisation et Médico-Social)	78 962	-104%	-2 082 209	150%	-831 794
résultat global	-5 236 825	-20%	-6 542 318	1063%	-562 379

Source : SCP Douhaire-Avazeri Rapport en vue de l'audience du 10 avril 2012

²⁷ BODACC n°244 A 17-18 décembre 2011 annonce n°1138 - Date : 9 novembre 2011. Jugement d'ouverture d'une procédure de redressement judiciaire. RCS non inscrit. « **GRAND CONSEIL DE LA MUTUALITE** ». *Forme* : Union de Mutuelles. *Sigle* : GCM. *Activité* : non précisée. *Adresse* : 1 rue François Moisson 13002 Marseille. *Complément de jugement* : Jugement d'ouverture d'une procédure de redressement judiciaire, date de cessation des paiements : 3 novembre 2011, administrateur : Maître DOUHAIRE (Emmanuel), de la SCP DOUHAIRE-AVAZERI, 3, place Félix Baret, 13286 Marseille Cedex 6, mission : assistance, mandataire judiciaire : Maître LAURE (Simon), 347, rue Paradis, 13417 Marseille Cedex 08, les créances doivent être déclarées auprès du mandataire judiciaire dans le délai de deux mois à compter de la publication de ce jugement au BODACC.

²⁸ A laquelle ont succédé l'autorité de contrôle des assurances et mutuelles (ACAM) puis l'autorité de contrôle prudentiel (ACP).

2.1.2. L'implication financière des mutuelles membres du GCM n'a pas suffi pour redresser la situation

- [156] Les mutuelles membres du Grand Conseil ont contribué aux efforts de redressement entrepris par l'institution. Elles ont souscrit des titres participatifs à hauteur de 2 369 K€ en 2007 et 274 K€ en 2008. Elles ont également acquis, par l'intermédiaire de la SCI Mutuelles de Provence une partie du patrimoine, améliorant ainsi la situation de trésorerie du GCM. En 2010, avec la garantie de la fédération des mutuelles de France, elles ont consenti au GCM un apport de 2 M€ et ont versé leur participation 2011 par anticipation (1,2 M€).
- [157] Plusieurs mutuelles participent également aux investissements : construction et équipement des centres de santé à Martigues, par exemple.
- [158] Le fonds national de solidarité et d'action mutualiste (FNSAM) a, de son côté, accordé une subvention de 1,45 M€ pour financer les travaux de modernisation de la clinique Bonneveine.
- [159] Enfin, les mutuelles membres versent chaque année une participation aux frais de fonctionnement du GCM d'un montant de 11 € par adhérent, soit 1,2 M€ par an (près de 4 % des produits d'exploitation des centres médicaux et dentaires). Cette participation peut être comparée à la somme de 0,10 € par adhérent reversée par la FNMF à ses unions territoriales gestionnaires de centres de santé, mais aussi à la subvention versée à leur mutuelle dédiée par la mutuelle générale (MG) à MG Services (centre Jack Senet à Paris -1,5 M€ soit 10 % des produits d'exploitation) ou par la MGEN à « MGEN centres de santé » (9 201 K€ soit 24 % des produits d'exploitation)²⁹. La FMF a fait état quant à elle à la mission d'une participation moyenne usuelle de l'ordre de 3,25 € par adhérent pour les mutuelles qui utilisent cette base (d'autres font le choix d'une participation forfaitaire). Il faut toutefois relever que les adhérents des mutuelles membres du GCM représentent moins de 40 % des personnes accueillies dans les centres de santé du GCM.

²⁹ Données communiquées par la FNMF.

2.2. A la clôture de l'exercice 2011 la situation financière reste critique

[160] Bien que le déficit diminue de 20 %, le résultat reste déficitaire à hauteur de 5 237 K€, soit plus de 6 % du chiffre d'affaires. L'évolution de la situation financière du GCM sur la période 2009-2011 ressort du tableau ci-dessous :

Tableau 6 : Evolution de la situation financière du GCM

ACTIF	31/12/2011	31/12/2010	31/12/2009
immobilisations incorporelles	165 838	442 885	645 102
immobilisations corporelles	17 155 400	16 554 675	16 782 407
immobilisations financières	3 170 049	2 933 780	3 104 021
TOTAL IMMOBILISATIONS NETTES	20 491 287	19 931 340	20 531 530
stocks	1 346 215	1 543 374	1 678 258
avances et acomptes	282 314	118 821	148 136
créances	11 066 302	13 096 727	17 149 772
divers	4 751 653	363 807	438 794
charges constatées d'avance	100 708	92 037	105 170
TOTAL ACTIF CIRCULANT	17 547 192	15 214 766	19 520 130
charges à répartir	-	-	-
Primes de remboursement	-	-	-
Ecart de conversion	-	-	-
TOTAL GENERAL	38 038 479	35 146 106	40 051 660
PASSIF	31/12/2011	31/12/2010	31/12/2009
capitaux propres	- 10 311 117	- 5 748 661	- 657 024
autres fonds propres	-	-	-
provisions pour risques & charges	7 411 476	5 556 152	6 206 200
dettes moyen long terme	11 570 020	11 165 139	10 933 069
écarts conversion passif	-	-	-
TOTAL DES CAPITAUX PERMANENTS	8 670 379	10 972 630	16 482 245
TOTAL DES DETTES COURT TERME	29 368 100	24 173 475	23 569 416
TOTAL GENERAL	38 038 479	35 146 105	40 051 661
	31/12/2011	31/12/2010	31/12/2009
Fonds de roulement	- 11 820 908	- 8 958 710	- 4 049 285
Besoin en fonds de roulement	- 17 411 012	- 11 167 859	- 5 246 134
Trésorerie	5 590 104	2 209 149	1 196 849

Source : SCP Douhaire-Avazeri Rapport en vue de l'audience du 10 avril 2012

[161] On constate que la situation des fonds propres s'aggrave d'année en année : de -657 K€ en 2009, ils passent à -10 311 K€ en 2011, soit une multiplication par 15.

[162] Les dettes à court-terme ont progressé de 25 %, soit près de 6 M€.

[163] L'augmentation de la trésorerie n'est qu'apparente car elle est la conséquence directe du gel du passif consécutif à la procédure de redressement judiciaire décidée par le tribunal de grande instance le 9 novembre 2011.

2.3. Le passif exigible pourrait s'élever à 30 M€

[164] A la date de cessation des paiements, les dirigeants du GCM estimaient le passif à 14,392 M€. L'état des créances déclarées auprès du mandataire judiciaire s'élève, avant vérification, à 41,370 M€.

- [165] Le cabinet Eight Advisory, mandaté par l'administrateur judiciaire, estime, au vu de ses investigations, qu'il est de l'ordre de 27 M€. Ce montant est susceptible d'être porté à 30 M€ si on y intègre les provisions pour départs en retraite aujourd'hui non comptabilisées. Ce montant se répartit ainsi :

Tableau 7 : Ventilation du passif

En K€	Estimation au 09 novembre 2011
Emprunt participatif	2 643
Emprunt à moyen et long terme	8 821
Dettes fournisseurs	6 330
Dettes fiscales et sociales	7 411
Autres dettes	1 703
Passif gelé	26 908

Source : *Eight Advisory Rapport du 21 décembre 2011*

- [166] Cela signifie, en cas de poursuite de l'activité du GCM associée à un plan de redressement étalé sur 10 ans, que l'organisme devra, non seulement retrouver l'équilibre financier en 2012, mais dégager un excédent de 3 M€ dès l'exercice 2013. Cela représente, par rapport au résultat 2011, un effort de près de 8 M€, soit près de 10 % du chiffre d'affaires. Cet objectif ne peut être atteint que par des efforts de gestion extrêmement importants qui paraissent hors de portée dans un délai aussi bref.

2.4. Les causes du déséquilibre financier du GCM sont multiples

- [167] Si les services « Hospitalisation et médico-social » (HMS) apparaissent équilibrés à la clôture de l'exercice 2011, ce n'est pas les cas des activités dites « ambulatoires ».

2.4.1. Le secteur HMS est revenu à l'équilibre au 31 décembre 2011

Tableau 8 : Résultats du secteur HMS au 31/12/2011

	Au 31/12/2011	Au 31/12/2010
Les Hermes (Foyer-logement)	- 53 991 €	6 176 €
Clinique Bonneveine	- 195 357 €	- 2 149 355 €
Hospitalisation à domicile (HAD)	102 388 €	- 2 854 €
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	171 929 €	69 998 €
Total HMS	24 969 €	- 2 088 387 €

Source : *SCP Douhaire-Avazeri Rapport en vue de l'audience du 10 avril 2012*

[168] Ce retour à l'équilibre est lié à la restructuration du secteur hospitalier : regroupement de La Feuilleraie et de Bonneveine sur le site de la clinique et restructuration des activités, notamment un fort développement de l'activité de chirurgie ambulatoire. La clinique Bonneveine a ainsi réduit son déficit de près de 2 M€. La campagne tarifaire 2012, avec une stagnation, voire une diminution des tarifs dans certains cas, pourrait venir compromettre les efforts engagés, sauf à constater une progression significative de l'activité.

2.4.2. Mais le secteur ambulatoire est en grande difficulté

[169] Si l'activité des centres dentaires et des centres optiques est excédentaire, les centres médicaux et, dans une moindre mesure, la pharmacie sont déficitaires. **Ces déficits sont plus importants encore si on y ajoute les charges dites « centrales » que l'absence de comptabilité analytique de permet pas d'imputer à chacun des centres.**

Tableau 9 : Résultats du secteur ambulatoire au 31/12/2011

	Au 31/12/2011	Au 31/12/2010
Centres dentaires	2 361 363 €	2 954 604 €
Centres médicaux	- 1 927 268 €	- 2 731 853 €
Centres optiques	612 352 €	610 014 €
Pharmacie	- 55 662 €	- 66 821 €
Secteur ambulatoire	990 785 €	765 944 €
Charges centrales	- 7 468 000 €	- 6 515 000 €
Total net	- 6 477 215 €	- 5 749 056 €

Source : SCP Douhaire-Avazeri Rapport en vue de l'audience du 10 avril 2012

2.4.3. Les charges « centrales » progressent significativement

[170] Ces charges « centrales » qui correspondent à ce que, dans des structures associatives, on appellerait des « frais de siège », sont imputées presque intégralement sur le secteur ambulatoire, le secteur HMS supportant des frais de siège évalués forfaitairement sous le contrôle des autorités de tarification. Ces charges ont progressé de plus de 950 K€ entre 2010 et 2011, passant de 11,65 % à 13,48 % du chiffre d'affaires du secteur ambulatoire. Cette progression, dans une période difficile pour le GCM, laisse perplexe.

2.4.4. Aucun chiffrage de l'impact des nouvelles dispositions fiscales applicables à certaines activités n'a été effectué

[171] Plusieurs activités développées par les centres de santé sont concernées par des modifications de la législation fiscale (prothèses dentaires, optique notamment). Cela ne sera pas sans incidence sur la situation financière du GCM. Il importe donc qu'une analyse fiscale précise soit menée, en lien avec les axes du plan de redressement.

2.5. Des mesures énergiques doivent être prises rapidement et un plan de redressement doit être ébauché en vue de l'audience prévue le 12 juin 2012

[172] La mission considère qu'il y a urgence à agir, d'autant que les indicateurs d'activité communiqués par la direction du GCM sont inquiétants. Pour le premier trimestre 2012 des baisses d'activité significatives ont été enregistrées pour le secteur ambulatoire :

- 5 % pour les activités médicales et dentaires ;
- 12 % pour l'optique ;
- 17 % pour la pharmacie.

[173] Les nombreuses communications sur une fermeture possible des centres de santé ne sont peut-être pas étrangères à ce phénomène.

2.5.1. Une nécessaire diminution du passif exigible

[174] Afin de rendre supportable par l'institution les mesures permettant le retour à l'équilibre financier, la mission considère qu'il est indispensable de désintéresser une part significative des créanciers par un renforcement des fonds propres à un niveau qui ne devrait pas être inférieur à 15 M€³⁰. Cet objectif ne peut être atteint que par l'apport de capitaux extérieurs ou par une cession d'actifs. La question doit donc être posée de la cession du principal actif du GCM que constitue la clinique Bonneveine dans le contexte d'une offre de soins hospitaliers très importante à Marseille, alors que le plan régional de santé récemment publié par l'ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur prévoit une réduction du nombre de sites chirurgicaux dans l'agglomération marseillaise.

Recommandation n°13 : Rechercher les partenariats possibles afin de réaliser une partie des actifs (GCM)

2.5.2. Une adaptation indispensable des charges centrales à un périmètre d'activité redéfini

[175] Ainsi que cela a été rappelé ci-dessus, le niveau des charges centrales est très élevé. Une nouvelle stratégie de pilotage des activités et des mesures d'organisation doivent être arrêtées afin de limiter ces charges de structures qui grèvent lourdement les coûts de fonctionnement de l'institution.

Recommandation n°14 : Revoir le dispositif de pilotage et réduire significativement les charges centrales afin de consacrer l'essentiel des moyens aux missions d'accueil et de soins (GCM)

2.5.3. Une nécessaire prise en compte de l'évolution de la législation fiscale

[176] Compte tenu de leur impact potentiel sur la situation financière du GCM, les conséquences des nouvelles dispositions fiscales doivent être prises en compte.

Recommandation n°15 : Réaliser une analyse de l'impact des nouvelles dispositions fiscales et en intégrer les résultats au plan de redressement (GCM)

³⁰ Hors imputation du coût d'un plan social

2.5.4. Une recherche systématique des financements auxquels le GCM peut prétendre au titre de l'accord national de 2002

[177] Même si les mesures de transposition des conventions passées entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux tardent parfois, l'accord signé en 2002 entre les caisses nationales d'assurance maladie et les organismes gestionnaires de centres de santé ouvre des possibilités de financement de la formation des professionnels, de la transmission électronique des feuilles de soins, des activités de permanence des soins, de santé publique, d'éducation sanitaire, de prévention... Le GCM doit s'attacher à présenter des dossiers et à répondre aux appels à projet. Il n'existe pas, en effet, de possibilité d'obtenir un financement global et forfaitaire au titre de ces activités.

Recommandation n°16 : S'inscrire dans les actions éligibles aux financements du nouveau Fonds d'intervention régional en lien avec l'ARS (GCM ARS)

Recommandation n°17 : Réaliser un bilan partagé de l'application de l'accord de 2002 et veiller, pour l'avenir, à maintenir un traitement équilibré des professionnels libéraux et des centres de santé (signataires de l'accord)

2.5.5. La recherche de mutualisations plus nombreuses entre centres de santé

[178] On peut penser, par exemple, à l'accueil téléphonique (cf. 1.1.3.2. Une ou plusieurs plateformes, éventuellement territorialisées, pourraient tout à la fois améliorer la qualité du service rendu et limiter les coûts de fonctionnement (cf. Partie 1).

[179] La réflexion par territoire recommandée par la mission (cf. Recommandation n° 11) doit permettre aussi d'accélérer ces mutualisations, y compris s'agissant des activités médicales.

Conclusion

[180] La situation du GCM est incontestablement très délicate : à son fonctionnement, qui ne parvient pas en dépit de quelques activités plus ou moins dynamiques, à dégager d'excédents, s'ajoute un passif qui obère très largement ses marges de manœuvre.

[181] Ces marges ne sont pour autant pas inexistantes, pour perfectionner son fonctionnement, améliorer et rationaliser le service là où il est utile tout en optimisant les coûts.

[182] La mission fait pour cela un certain nombre de préconisations, qui ne sont sans doute pas limitatives. A son sens, toutes doivent immédiatement être engagées, celles qui concernent le fonctionnement interne du GCM notamment, certaines ayant une portée de plus long terme.

[183] Leur mise en œuvre suppose un effort de chacune des composantes du GCM.

[184] Il n'y a pas de fatalité au déficit des centres du GCM ; encore faut-il que l'ensemble de ses personnels en soit convaincu. Il existe des centres à l'équilibre, et le GCM pourrait utilement s'appuyer sur le modèle Coactis Santé dès sa phase de redressement.

[185] La réflexion territoriale et les redéploiements qui pourraient en découler devront faire l'objet d'un accompagnement par l'ARS, en lien avec la politique par ailleurs menée s'agissant du développement de maisons pluridisciplinaires de santé, dont le modèle d'offre pluridisciplinaire en un lieu unique est directement inspiré de la pratique originelle des centres de santé.

[186] Au plan national et au-delà du seul GCM, un bilan doit par ailleurs être fait de l'accord national Centres de santé-Caisses d'assurance maladie pour s'assurer que ces organismes bénéficient d'un traitement égal avec la médecine libérale, compte tenu de leurs contraintes.

[187] Mais la possibilité d'apurer ou non tout ou partie du passif conditionne totalement la sortie de crise.

- [188] « L'externalisation » de la clinique a été initialement conçue par le GCM comme une cession de l'activité à un autre opérateur, soit que celui-ci reprenne l'activité et les murs, soit, idéalement, que le GCM conserve la propriété d'un patrimoine valorisable pour désintéresser les créanciers.
- [189] Cette cession d'activité présenterait bien évidemment l'intérêt de permettre la reprise des personnels et d'éviter un plan social.
- [190] Dans le contexte de l'offre marseillaise et compte tenu de l'absence de véritable spécificité des activités développées par la clinique, cette solution paraît toutefois de plus en plus difficile à mettre en œuvre à court et moyen terme. Les repreneurs voudront obtenir une assurance quant à la poursuite des activités autorisées, alors même que l'ARS avait estimée que l'une d'entre elles au moins n'atteignait pas les seuils requis.
- [191] La cessation d'activité de la clinique et la vente du patrimoine pour d'autres activités impliquerait un plan social douloureux pour les personnels. Son coût, que la recherche de toutes les mesures possibles de reclassements des personnels dans d'autres structures marseillaises peut venir atténuer, serait également très lourd pour la structure, qui doit aussi faire face au remboursement de son passif.
- [192] Le Grand Conseil dispose de peu de temps pour finaliser un plan de redressement crédible en vue des prochaines échéances devant le tribunal de grande instance. Si cet objectif n'est pas atteint, et notamment si aucun apurement significatif du passif ne peut être réalisé, le tribunal pourrait être amené à prononcer la liquidation à la fin de la période d'observation, si la trésorerie se maintient jusqu'à cette date. Une telle décision n'empêcherait pas, toutefois, une reprise des activités par d'autres opérateurs, y compris mutualistes, dans un cadre renouvelé.

Jean-Louis BONNET

Anne BRUANT-BISSON

Liste des recommandations

	Recommandation	Autorité responsable	Calendrier
1	Revoir le périmètre d'activité du GCM en objectivant, par une analyse médico-économique, la pertinence de l'offre du GCM par grand secteur d'activité	GCM	Immédiat
2	Optimiser l'offre de spécialités dans les centres polyvalents, sur la base d'une analyse, par centre, de la pertinence des activités de spécialités médicales et paramédicales	GCM	Immédiat
3	Sauf à démontrer la pertinence d'un système de « garde autonome », préparer l'intégration des centres à la PDS géographique	GCM- ARS	Sous 6 mois
4	Réévaluer l'intérêt et le coût du maintien d'une activité complète de biologie en gestion directe par le GCM	GCM	Sous 6 mois
5	Monter en compétence, avec l'appui des Fédérations, sur les secteurs Finances, RH et pilotage/analyse stratégique	GCM- FNMF- FMF	Immédiat
6	Auditer la fonction Accueil et mettre en place une plateforme de prise de RV commune au moins à plusieurs centres par grand secteur, et mobilisant la richesse de l'offre du réseau	GCM	Sous 6 mois
7	Réduire les causes de l'extrême dispersion de l'activité des médecins généralistes	GCM	Immédiat
8	Améliorer leur productivité médicale et revoir les modalités de rémunération des médecins généralistes en la fondant sur l'activité	GCM	Immédiat
9	Garantir la poursuite de la prise dans des conditions optimales des patientes désirant pratiquer une IVG chirurgicale	ARS	Dès lors que cesserait toute activité hospitalière
10	Etudier avec les établissements de santé marseillais l'intérêt et la faisabilité d'un maintien du centre de consultations externes, dans le cadre d'une reprise partielle	GCM-ARS	Immédiat –Réalisation en fonction des repreneurs potentiels

11	Faire le choix, parallèlement à l'analyse médico-économique à conduire des activités existantes, d'un mode d'organisation, que la mission envisage a priori plutôt comme déconcentré	GCM	Immédiat
12	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une approche par grand territoire (par exemple Marseille, Sud Etang de Berre, Nord Etang de Berre, Aix-Gardanne, etc.) - Développer dans ce cadre les complémentarités possibles entre centres d'une part, et avec l'offre hospitalière, de ville et médico-sociale d'autre part - Redéployer au besoin les moyens sur des zones ou territoires fragiles non couverts, avec l'appui de l'ARS 	GCM ARS	Sous 3 mois avec un objectif de réalisation à définir (première étape à 12 mois)
13	Rechercher les partenariats possibles afin de réaliser une partie des actifs (GCM)	GCM	Immédiat
14	Revoir le dispositif de pilotage et réduire significativement les charges centrales afin de consacrer l'essentiel des moyens aux missions d'accueil et de soins	GCM	Immédiat
15	Réaliser une analyse de l'impact des nouvelles dispositions fiscales et en intégrer les résultats au plan de redressement (GCM)	GCM	Immédiat
16	S'inscrire dans les actions éligibles aux financements du nouveau Fonds d'intervention régional, en lien avec l'ARS	GCM-ARS	En continu
17	Réaliser un bilan partagé de l'application de l'accord de 2002 à et veiller, pour l'avenir, à maintenir un traitement équilibré des professionnels libéraux et des centres de santé	Cnamts-MSA- RSI-Fédération des centres de santé- Fédérations mutualistes	Dernier trimestre 2012

Liste des sigles

ACAM	Autorité de contrôle des assurances et mutuelles
ACP	Autorité de contrôle prudentiel
ACS	Aide à la complémentaire santé
ACSE	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
ADE	Acte d'échographie
ADELI	Répertoire des diplômes des professionnels de santé...
ADI	Acte d'imagerie
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'Etat
AMELI	Assurance maladie en ligne
AP-HM	Assistance publique-Hopitaux de Marseille
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ATM	Acte technique médical hors imagerie et échographie
B	Acte de biologie médicale
BODACC	Bulletin officiel des annonces civiles et commerciales
C	Consultation de médecine générale
CA	Chiffre d'affaires
CARMI	Caisse régionale de sécurité sociale minière
CCAMIP	Commission de contrôle des assurances, mutuelles et institutions de prévoyance
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CDS	Centre de santé
CE	Comité d'entreprise
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNP	Consultation de neuro-psychiatrie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPCAM	Caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches du Rhône
CR	Compte rendu
CS	Consultation de spécialiste
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
DG	Direction générale
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRE	Demande de remboursement électronique
DREES	Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
ESP	Espace de santé de proximité
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Equivalent temps plein
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR	Fonds d'intervention régional

FMF	Fédération des mutuelles de France
FNMF	Fédération nationale de la mutualité française
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
FNSAM	Fonds national de solidarité et d'action mutualiste
FSE	Feuille de soins électronique
GCM	Grand conseil de la mutualité
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIP	Groupement d'intérêt public
HAD	Hospitalisation à domicile
HC	Hospitalisation complète
HMS	Hospitalisation-médico-social
IDCC	Identifiant de convention collective
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MG	Mutuelle générale
MGEN	Mutuelle générale de l'éducation nationale
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
NAO	Négociation annuelle obligatoire
ODF	Orthopédie dento-faciale
ORL	Oto-rhino-laryngologie
ORS	Observatoire régional de la santé
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PDS	Permanence des soins
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
RC	Régime complémentaire
RH	Ressources humaines
RMO	Régime maladie obligatoire
RO	Régime obligatoire
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
RTT	Réduction du temps de travail
RV	Rendez-vous
SCI	Société civile immobilière
SCP	Société civile professionnelle
SI	Système d'information
SR	Schéma régional
SRH	Service des ressources humaines
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSAM	Services de soins et d'accompagnement mutualistes
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
TGI	Tribunal de grande instance
UES	Union économique et sociale

Annexe 1 Lettre de mission



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ



PARIS, LE **02 FEB. 2012**

le Ministre du travail, de l'emploi
et de la santé

à

Monsieur le Chef de l'Inspection
générale des affaires sociales

Objet : mission d'évaluation de la situation du Grand Conseil de la Mutualité

La mutuelle Grand conseil de la mutualité (GCM) assure un ensemble de services à Marseille et dans les Bouches-du-Rhône : une clinique (la clinique de Bonneveine), 36 centres de santé dentaires et médicaux, une pharmacie, 12 centres optiques, des services d'hospitalisation et de soins à domicile et un magasin de matériel médical. Il gère également une résidence pour personnes âgées à Vitrolles.

Le Fonds national de solidarité et d'action mutualiste (FNSAM), géré par le Conseil supérieur de la mutualité (CSM), lui a accordé trois aides à ce jour : un prêt, en mai 2002, pour la réinformatisation des centres médicaux et dentaires des mutuelles de Provence, une subvention, en 2007, pour l'aménagement des locaux du service d'hospitalisation à domicile de Martigues et une subvention, en novembre 2009, pour le financement partiel de travaux immobiliers à la Polyclinique de la Feuilleraie et à la clinique de Bonneveine.

À la suite de difficultés financières, la mutuelle GCM a été placée en procédure collective. La première partie de la période d'observation fixée par le tribunal de commerce s'achève le 8 mai 2012.

Il importe que les pouvoirs publics soient éclairés sur l'impact des difficultés du GCM, bien qu'il s'agisse d'une entité de droit privé, sur l'offre de soins à Marseille et dans les Bouches-du-Rhône et sur sa situation financière exacte.

En application de l'article 42 de la loi 96-452 du 28 mai 1996, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) est compétente pour assurer la vérification de toute institution participant à l'application des législations de la sécurité sociale et de la prévoyance sociale et ayant bénéficié de concours d'un organisme de sécurité sociale.

- 2 -

Je souhaite donc que l'IGAS conduise une mission d'évaluation portant sur :

- la situation comptable et financière du GCM ;
- l'impact potentiel des difficultés du GCM sur l'offre de soins.

En s'appuyant sur les vérifications ainsi faites, la mission proposera, en lien avec l'administrateur judiciaire, des pistes permettant l'élaboration d'un plan de restructuration viable.

Compte tenu de la situation juridique de cette mutuelle relevant du livre III du code de la mutualité, l'IGAS bénéficiera de l'expertise du service d'audit de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) dans le cadre de l'article 14 de l'arrêté du 12 mars 2003 portant organisation de l'IGAS.

Les services de l'ARS apporteront leur appui à la mission sur les questions relatives à l'impact de la situation sur l'offre de soins.

Je précise que l'autorité judiciaire a donné son accord au format et à la conduite de cette mission.

Compte-tenu de la date d'achèvement de la période d'observation donnée par le tribunal de commerce, votre rapport me sera remis au plus tard le 19 avril 2012.



Xavier BERTRAND

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

Cabinet du ministre en charge de la santé

Marguerite BERARD-ANDRIEU, directrice de cabinet
Arnaud VANNESTE, conseiller technique
Déborah LEVY, conseillère technique Protection sociale

Direction de la sécurité sociale

Thomas FATOME, directeur
Jean-Louis REY, chef de service
Nicolas AGNOUX, adjoint au sous-directeur Retraites
Benjamin LAURENT, chef du bureau 3C Protection complémentaire

Direction générale de l'offre de soins

François-Xavier SELLERET, directeur

Mission nationale de contrôle

Olivier SELMATY, responsable de la mission
Marie-Thérèse GOSSELIN, MNC Marseille

Caisse nationale d'assurance maladie

Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice déléguée à la gestion et l'offre de soins
Hedda WEISMANN, responsable du département des professionnels de santé
Pascal PFISTER, médecin conseil au département des professionnels de santé

Fédération nationale de la mutualité française

Jean-Martin COHEN SOLAL, directeur général
Emmanuel ROUX, directeur général-adjoint
Sylvie GUERIN, responsable de la mission « Affaires réglementaires et économiques » - Direction Santé
Marion LELOUVIER, auditrice, département Expertise financière- Direction des relations avec les mutuelles

Fédération des mutuelles de France

Jean-Paul BENOIT, vice-président
Alain GEINDREAU, directeur

Agence régionale de santé Provence-Côte d'Azur

Dominique DEROUBAIX, directeur général,
Norbert NABET, directeur général adjoint
Dr Hughes RIFF
Martine RIFFART- VOILQUE, directrice de l'offre de soins
Dr Marie-Claude DUMONT, conseillère médicale du directeur général
Joël BRANDT, responsable de la mission qualité et sécurité des soins pharmaceutiques
Danielle MARQUIS, département Prévention et promotion de la santé
Nathalie MASSIOT, responsable secteur ambulatoire

Caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône

Gérard BERTUCELLI, directeur CPAM et directeur coordonnateur GDR PACA

Carole ORLANDINI, directrice de la production et des services

Antony DROUOT, sous-direction de la production

Lysiane ERGAND, agent comptable

Nicolas BILOGHI, sous-directeur financier et comptable - Fondé de pouvoir

Laurence LAC, directrice de la gestion du risque et du contrôle contentieux

Frédéric MENASSEYRE sous-directeur du contrôle contentieux.

Grand Conseil de la mutualitéSiège

Sandra CAMMILLERI-ALLAIS, présidente du conseil d'administration

Claude SINIBALDI, trésorier

Marc BECKER, secrétaire général, président de la Mutuelle de France sud – Marignane-Vitrolles

Serge JACQUET, président de la Mutuelle France plus

Christian AGNEL, président de la Mutuelle du pays martégal, membre du conseil d'administration

Olivier TECHEC, Président de la Mutuelle Entrain, représenté au conseil d'administration

Paul SABATINO, ancien directeur général

Patrick VERDEAU, directeur du secteur hospitalier et médico-social, nouveau directeur général

Marie-France GIRARD – responsable des centres de santé polyvalents, et coordination RH et finances

Maurice BACCHI –responsable centres dentaires et optiques

Dr Jean-Pierre SIGAUD, médecin directeur au siège

Stéphane CHARISSIADIS, responsable financier

Robert PEIRON, responsable SI

Paul BIANCCO, nouveau contrôleur de gestion

Centre de santé de Bonnefon (Marseille 2^{ème} arrondissement)

Dr Françoise EYNAUD, médecin généraliste

Marie-France GIRARD, directrice de secteur

Marie-Louise SCORTICA, responsable administrative du centre

Dr Jacob FELLOUS, chirurgien-dentiste

Centre de santé de Berre-l'Etang

Dominique PARATANTHOEN, responsable administrative du centre

Dr Gérard DONNAT, médecin généraliste, médecin directeur du centre

Centre de santé Paul Paret

Martine CORUBOLLO, directrice du centre

Centre de santé de Martigues

Alain BATBIE, directeur du centre

Clinique Bonneveine

Patrice VERDEAU, directeur

Syndicat des chirurgiens dentistes du GCM

Michèle BAREAU, centre dentaire d'Aubagne

Isabelle RAMSAYER, centre dentaire de La Ciotat

Bruno LE BELLEC, centre dentaire Marseille Av de Toulon

Syndicat des médecins du grand conseil de la mutualité

Jean-Pierre CASANOVA, médecin généraliste
Alain CROCQ, médecin généraliste
Dominique EDDI, médecin généraliste, président du syndicat
François EYNAUD, médecin généraliste
Annie GUILKARD, médecin généraliste
Pierre IMBAULT, médecin généraliste
Gérard ISRAEL, médecin généraliste
Cécile LOPEZ, médecin généraliste
René MEYER, médecin généraliste
Céline PLANCHON, médecin généraliste
Alain VIAU, médecin généraliste
Lisa WAGNEUR, médecin généraliste

Nathalie BIALOWOUS, médecin DIM, clinique Bonneveine
Jean-Marie NORZET, président de la CME, clinique Bonneveine

Fédérations syndicales nationales

Dr Fabien Cohen, Secrétaire général du SNCDCS, Syndicat National des Chirurgiens-
Dr Eric May, Président de l'USMCS, Union Syndicale des médecins de Centres de santé
M. Denis Lalys, Secrétaire de la Fédération CGT des Personnels des Organismes Sociaux

Représentants des usagers et des comités de soutien

Nicole VIAL, comité de soutien, Paul Paré, infirmière retraitée, usagère du réseau mutualiste
Raymond NUNEZ, comité de soutien Port de Bouc, retraité, adhérent Mutuelle France Plus
Patrick MORIN, La Ciotat, Président de la Mutuelle des chantiers navals de la Ciotat, administrateur au GCM
Pierre CORBASSCE, Mutuelle En train, retraité cheminot – comité de la clinique Bonneveine
Fernande REYNAUD, Miramas, retraité, assistante maternelle, adhérente de la mutuelle Entrain
Monique BARDUZZI, infirmière en retraite, usagère du centre de Martigues

Commissaire aux comptes

Marc VINCIGUERRA, mandataire pour le compte d'Audit Etoile

Administration judiciaire

Maitre Emmanuel DOUHAIRE, associé SCP Douhaire- Avazeri, administrateur judiciaire
Pascal PROFISI, collaborateur de la SCP

Tribunal de grande instance de Marseille

Jean-Luc BLACHON, vice procureur, chef de la section financière
Ludovic LECLERC, vice-procureur
M. FRUTIERE, assistant spécialisé, chargé du suivi du dossier

Annexe 3 : Note intermédiaire avant l'audience du 10 avril 2012 devant le Tribunal de Grande Instance de Marseille

1. LE GCM, UN ACTEUR IMPORTANT DE L'OFFRE DE SANTE, PAR AILLEURS ABONDANTE, DU DEPARTEMENT, MAIS DONT L'ORGANISATION PEINE A EVOLUER

1.1. Un réseau important et dispersé sur l'ensemble du département

[193] Créé à la fin du 19^{ème} siècle, reconnu d'utilité publique en 1926, le Grand conseil de la mutualité est une mutuelle du livre III qui gère 55 œuvres de soins dans le département des Bouches-du Rhône : 11 centres de santé (médecine générale et spécialités), 22 centres dentaires (11 au sein de centres de santé polyvalents et 11 centres isolés), 12 centres optiques, 1 clinique (Bonneveine), 1 pharmacie, 1 magasin de matériel médical, 1 service d'hospitalisation à domicile, 5 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), 1 foyer logement pour personnes âgées.

[194] Il emploie environ 1160 personnes, représentant 790 ETP (hors CDD), pour un chiffre d'affaires annuels de l'ordre de 78 M€.

[195] Il représente, s'agissant des centres de santé, près de la moitié de l'offre départementale (11 sur 24 centres au total), avec une offre de médecine générale et plus de 25 spécialités.

1.2. Une offre qui répond à un besoin, plus ou moins couvert par ailleurs selon les territoires, au-delà des seuls mutualistes du GCM

[196] Cette offre dense s'est développée au cours du temps avec l'ouverture de nouveaux centres dentaires, la modernisation des centres d'optique, le développement des services de soins à domicile.

[197] L'activité du GCM a concerné près de 200 000 personnes, soit 10 % de la population des Bouches-du-Rhône et réalise près d'un million d'actes par an.

[198] L'objectif initial des mutuelles est de proposer à leurs adhérents une offre de proximité, la plus complète possible, en secteur 1 pour les consultations ou à des tarifs moyens raisonnables pour le dentaire et l'optique. Une coordination des soins, avec un dossier médical partagé entre centres et spécialités, la pratique du tiers payant intégral (donc sans aucune avance de frais) pour les adhérents des mutuelles du GCM et l'application de tarifs conventionnés doivent contribuer à un accès facilité aux soins.

[199] Les centres de santé, dentaires et d'optique sont ouverts à toute la population, même si seuls les adhérents des mutuelles du GCM bénéficient du tiers payant intégral. Cette patientèle « extérieure » représentant 60 % en moyenne de la patientèle des centres, avec des différences importantes selon les secteurs géographiques.

1.2.1. Les centres de santé, cœur de métier de l'offre mutualiste

[200] Les centres de santé, sont implantés majoritairement dans le secteur de l'Etang de Berre, ainsi que dans les quartiers Nord de Marseille, qui sont des zones comportant une proportion plus élevée de populations précaires que dans le reste du département.

1.2.1.1. Une patientèle plus fragilisée que la moyenne, avec des nuances selon les centres

[201] Selon les données recueillies auprès de la CPAM31, la patientèle des centres de santé présente les caractéristiques suivantes :

- une part de population bénéficiant d'une **ALD** plus importante (**27,8 %**) que dans le département (16,1 %) ;
- une population plus âgée (**les + de 70 ans représentent 18,6 %** de la patientèle totale, soit un écart de plus de 7 points avec le taux de la CPCAM qui est de 11,5 %) ;
- une sur représentation des bénéficiaires de la **CMU-C et de l'ACS (14,91 % et 9,48 %)** par rapport à la proportion moyenne des bénéficiaires du département (10,46 % et 4,74 %).

[202] Par ailleurs 20 centres médicaux et/ou dentaires gérés par le Grand Conseil de la Mutualité sont situés dans un territoire identifié prioritaire dans le schéma régional de prévention, avec des indicateurs plus ou moins dégradés selon les territoires. Trois d'entre eux présentent des caractéristiques difficiles (Port Saint Louis, Martigues et Marignane).

1.2.1.2. Un environnement variable en termes d'offre libérale de soins : dans plusieurs zones, l'absence du centre poserait un problème d'accès aux soins

[203] La densité médicale globale (médecins libéraux + centres de santé) est inférieure à la moyenne française et régionale sur deux des zones d'implantation des centres et sur trois d'entre eux s'agissant de la densité de dentistes.

[204] Cette proportion est toutefois significativement plus importante si l'on considère la seule offre libérale : 5 territoires sont alors concernés à des degrés divers, et 7 en soins dentaires. Le centre constitue dans ces zones une part importante de l'offre (44 % de l'offre de médecine générale à Port-Saint-Louis).

[205] Les données disponibles à ce jour sur trois centres pour les spécialistes confortent le constat d'une relative hétérogénéité des situations (avec respectivement une offre de spécialiste représentant 100 % de l'offre de la zone pour le centre 1, 15 % pour le centre 2 et 4,7 % pour le centre 3), mais confirment le rôle primordial dans certains secteurs du centre de santé pour l'accès aux soins.

1.2.2. Pharmacie et centres optiques, des activités en difficulté sur fond d'évolution de l'offre globale

➤ *Le service rendu par la pharmacie n'apparaît pas évident*

[206] La situation de la pharmacie du GCM, dite pharmacie du Lycée, à proximité de 7 autres pharmacies dans un rayon de 200m, ne permet pas de considérer que l'on répond là à un besoin non couvert par ailleurs³².

[207] L'argument du tiers payant, légitime pour les soins/consultations, ne joue plus dans cette activité, toutes les officines libérales pratiquant désormais ce mode de prise en charge.

³¹ Etude sur les 11 centres de santé – sur la base de 7 catégories d'actes représentant 66 % de l'activité et 76 % des montants remboursés pour le second semestre 2011

³² De manière plus générale, le nombre d'officines libérales en difficulté est estimé à 30 % par l'administrateur judiciaire

➤ *Des centres optiques confrontés à une concurrence forte*

- [208] Traditionnellement excédentaire et répondant à un besoin des mutuelles (fournir une offre de qualité standard à un prix raisonnable), certains centres optiques ont vu leur activité et leur marge diminuer grandement, du fait d'une spécificité de moins en moins affichée de leur offre.
- [209] Le service rendu aux usagers doit être réinterrogé à la lumière de cette dégradation, notamment dans les secteurs pour lesquels l'offre est importante, dans un contexte de conventionnement des mutuelles avec de grandes enseignes privées d'optique.

1.2.3. Une offre hospitalière limitée dans un secteur bien doté

- [210] L'établissement de Bonneveine (123 lits et places), situé dans le 8^{ème} arrondissement de Marseille, développe une activité de médecine et chirurgie (7335 séjours, 896 séances - 199,5 ETP dont 30,7 ETP de médecins). Elle assure quelques activités particulières : prise en charge en lien avec Handident des soins dentaires pour les handicapés lourds, étape hospitalière du sevrage des toxicomanes (une vingtaine de séjours en 2011), les soins de suite VIH (une vingtaine de séjours), et les IVG.
- [211] La restructuration conduite en 2009 et 2010 a permis un regroupement sur le site de Bonneveine des lits du site de la Feuilleraie, la reconstruction d'un centre de consultations externes et une réorganisation des activités, (jours, HC, semaine) et de poursuivre le développement d'une activité importante de chirurgie ambulatoire (70 %).
- [212] Mais sans être adossée à une structure plus vaste, elle ne peut espérer un développement d'activité, d'autant qu'elle n'est pas implantée dans une zone sous-dotée (plusieurs cliniques et ESPIC dans un rayon de 2 kms, l'hôpital Ste Marguerite, la Timone n'étant pas non plus très éloignés). Elle souffre de cet environnement concurrentiel et devrait perdre son autorisation de cancérologie faute d'activité. Les évolutions tarifaires 2012 devraient aggraver une situation financière qui s'est pourtant redressée en 2011.

1.3. Un fonctionnement de réseau peu efficient

- [213] Malgré l'existence d'une offre large, on constate un fonctionnement en réseau peu efficace, peu d'adressage ou d'échange entre centres (hormis certains spécialistes travaillant sur plusieurs centres) qui fonctionnent de facto de façon quasi autonome.
- [214] Les équipes administratives du GCM font peu d'animation de réseau, les pratiques apparaissent différentes sur chaque centre, que ce soit en termes d'organisation de l'accueil, de prise de rendez-vous et de « plan de charge » des différents médecins, d'horaires, de pratiques en matière de garde, ou bien encore d'activité médicale.
- [215] Le chiffre d'affaires réalisée par médecins généraliste (base 1 ETP) va ainsi de près de 62 K€ pour le plus faible à presque 370 K€ pour le plus élevé. Ces divergences prévalent au sein d'un même centre comme entre centre.

2. LA CONTINUATION D'ACTIVITE, QUI NE PEUT ETRE TOTALEMENT GARANTIE A CE JOUR, PASSE PAR UNE ACCELERATION ET UN APPROFONDISSEMENT DES RESTRUCTURATIONS

2.1. Une situation financière dégradée depuis 2004 qui a débouché sur une crise larvée de la gouvernance et la mise en redressement judiciaire

- [216] La réforme du Code de la Mutualité intervenue en janvier 2003 instaure une stricte séparation entre la gestion des activités d'assurance et la gestion des activités sanitaires et sociales.

- [217] Cette séparation a conduit à la mise en lumière des difficultés financières du Grand Conseil de la Mutualité (G.C.M), organisme gestionnaire des œuvres sanitaires.
- [218] Placé sous administration provisoire par la Commission de Contrôle des Assurances, des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance (CCAMIP) dès 2004, le GCM a élaboré, un plan de restructuration qui devait permettre un retour à l'équilibre à échéance de fin 2007.
- [219] L'administration provisoire est levée en novembre 2004 et le Grand conseil alors placé sous surveillance spéciale conjointe de la CCAMIP et de la DRASS.
- [220] Un tour de table des différents financeurs, alors souhaité par la préfecture de région, se déroule au cours de l'année 2005, sans déboucher sur de réels engagements financiers.
- [221] En septembre 2010, la situation de trésorerie est l'occasion d'une première alerte, le GCM devant solliciter l'aide de la Fédération des mutuelles de France pour payer les salaires de novembre. Il est à noter qu'il n'y a eu aucune alerte à ce stade du commissaire aux comptes.
- [222] Parallèlement, la présidente démissionne fin 2010. Elle est remplacée par la vice-présidente déléguée.
- [223] La situation financière à fin 2010 fait apparaître un déficit consolidé de 6,5 M€, représentant près de 8,5 % du chiffre d'affaires. Certains secteurs sont particulièrement en difficulté, mais quelques uns sont excédentaires. Le secteur ambulatoire est globalement déficitaire (-4 460 K€), malgré les excédents dégagés par les centres dentaires et les centres optiques :
- Le secteur dit « sous contrôle de tiers financeurs » (clinique, HAD, SSIAD, Foyer-logement) est, lui aussi déficitaire, à hauteur de - 2 082 K€. La clinique à seule est déficitaire à hauteur de -2 149 K€³³.
 - Le conseil d'administration du 25 janvier 2011, qui se tient en présence du directeur général de la FMF, constate le risque de cessation de paiements et valide, au terme d'un débat difficile, un plan en cinq points, qui n'ont pas fait, à la date de la mise en redressement judiciaire, l'objet d'un début de mise en œuvre.
- [224] Les résultats à fin 2011, après déclaration de cessation de paiements et mise en règlement judiciaire, restent déficitaires à hauteur de 5 237 K€, selon l'arrêté des comptes présenté au conseil d'administration du Grand Conseil le 30 mars 2012. Il faut, toutefois, relever l'inscription de provisions pour un montant de 3 337 K€. Ce sont toujours les centres médicaux, pour l'essentiel, la clinique et dans une moindre mesure à la pharmacie que ce déficit est imputable. Mais la réduction du déficit d'1,2 M€ est imputable quasi-exclusivement à la clinique.

Tableau 10 : Compte de résultat 2011

2011	Compte de résultat consolidé	Compte de résultat ambulatoire	Compte de résultat Sous contrôle de tiers financeurs
Chiffre d'affaires	77 214 K€	54 054 K€	23 160 K€
Résultat	- 5 237 K€	- 5 262 K€	+ 25 K€

Source : GCM – conseil d'administration du 30 mars 2012

- [225] Le compte de résultat prévisionnel 2012 élaboré par les services du Grand Conseil prévoit un quasi retour à l'équilibre (-87 K€). Cet objectif très ambitieux n'est envisageable qu'au prix de décisions de gestion énergiques visant à réduire les dépenses et à accroître la productivité.

³³ Source : Scp Douhaire-Avazeri après ré imputation des charges communes à chaque activité

[226] Deux années de dotations importantes aux comptes de provision (2 538 K€ en 2010 et 3 337 K€ en 2011) devraient permettre de solder les créances douteuses sans qu'il soit nécessaire de provisionner à nouveau 2012 à des niveaux aussi élevés.

2.2. *Malgré un investissement fort des mutuelles du livre II adhérentes au GCM*

[227] La séparation entre les activités relevant du livre II du code de la mutualité et celles relevant du livre III a conduit à faire apparaître plus clairement les participations financières des mutuelles aux activités sanitaires et sociales. Elles sont, en réalité, de deux natures différentes :

- une aide en fonctionnement, sous la forme d'une cotisation de 11 € par adhérent des mutuelles membres de Grand Conseil, soit 1213 K€ en 2011 ;
- des aides en investissement par la construction de certains centres de santé, l'acquisition d'équipements, la participation à des SCI qui acquièrent une partie du patrimoine immobilier du Grand Conseil ;
- plus rarement par la prise en charge directe de charges de fonctionnement (fluides, entretien courant...).

2.3. *Un plan dont la mise en œuvre doit être accélérée pour conforter et pérenniser le redressement qui semble se dessiner en 2011*

2.3.1. Des mesures nécessaires et décidées par le Conseil d'administration du 30 mars 2012

[228] Lors de sa dernière séance, le conseil d'administration a confirmé et arrêté plusieurs décisions :

- Confirmation de la volonté de cession de la clinique Bonneveine (hospitalisation, consultations, laboratoire et imagerie) : deux acquéreurs se sont manifestés dont l'un a produit une lettre d'intention en vue de l'audience du TGI qui se tiendra le 10 avril.
- Renégociation du contrat des médecins généralistes (part fixe et part variable liée à l'activité : les négociations ont repris avec le syndicat des médecins).
- Fermeture de 3 centres optiques (Salon, La Ciotat et Arles) déficitaires à hauteur de 169 K€.
- Fermeture du centre dentaire de Gardanne déficitaire à hauteur de 190 K€.
- Probable fermeture de la pharmacie si elle ne parvient pas à redresser la situation.
- Projet de réorganisation des services centraux visant à les adapter au nouveau périmètre du Grand Conseil et à mutualiser davantage.

[229] L'impact financier de ces mesures devra faire l'objet d'un chiffrage précis comme la demande en a déjà été faite au GCM.

2.3.2. Mais qui ne suffisent pas à garantir la pérennité de l'activité sans redéfinir le périmètre d'activité et rénover le mode de fonctionnement

[230] La cession de la clinique Bonneveine ou la création d'un GIP (qui deviendrait propriétaire du patrimoine) associant le GCM et les collectivités territoriales permettraient, certes, de désintéresser une partie des créanciers et d'apurer ainsi une part significative du passif. Mais cela ne suffira pas à assurer l'équilibre général du GCM.

- [231] Les gains attendus des mesures arrêtées par le conseil d'administration peuvent être évalués, en première approximation à 1,5 M€ (0,9 M€ au titre de la renégociation des contrats des médecins et de l'amélioration de la productivité et 0,6 M€ au titre de la cessation des activités déficitaires : optique, dentaire, pharmacie). Cela ne suffira pas pour garantir la continuité de l'activité.
- [232] Une optimisation des services centraux est indispensable. Ils doivent être adaptés au nouveau périmètre d'activités et donc réduits significativement.
- [233] Le management doit être renforcé. Les compétences financières, de gestion des ressources humaines et de pilotage des centres sont insuffisantes. La mission a relevé l'absence de toute comptabilité des dépenses engagées, l'indigence de la comptabilité analytique et l'inexistence d'une fonction achat organisée. S'agissant des recettes, l'organisme ne s'est pas donné les moyens de mobiliser certains financements auxquels il pourrait prétendre (fonds de prévention, FIQCS...).

2.3.3. Deux plans alternatifs sont en cours de finalisation par les organisations syndicales

- [234] Ils tablent, pour l'essentiel, sur une augmentation de l'activité (fondée sur des recrutements), une vente des actifs à un GIP que constitueraient mutualité et collectivités territoriales, et enfin sur des financements publics. Un projet spécifique a été élaboré pour la clinique par un collectif de médecins : remis à la mission également, il n'est qu'une ébauche à ce stade. Aucune fermeture ni plan social ne sont envisagés, et aucun des plans n'est chiffré à ce jour.

3. LES PRECONISATIONS INTERMEDIAIRES DE LA MISSION AVANT L'AUDIENGE DU 10 AVRIL 2012

Recommandation n°18 : Sur la base du constat du maintien de la trésorerie à son niveau de 5 M€, donner acte au conseil d'administration de sa volonté de faire bouger les choses en proposant le renouvellement de la période d'observation

Recommandation n°19 : Maintenir la pression pour une mise en œuvre effective et sans délais des mesures envisagées : proposer au Tribunal un RV intermédiaire (fin juin), avant la fin de la nouvelle période de 6 mois, pour faire le point de l'avancée du plan de redressement

Recommandation n°20 : Appuyer pendant la nouvelle période d'observation le GCM en mettant à sa disposition (FNMF+FMF) un management de transition sur les aspects DG, DAF et RH/Pilotage du réseau

Recommandation n°21 : Mettre à profit cette période pour mettre en œuvre avant le RV de juin les premières mesures et un chiffrage précis de l'impact du plan de redressement global

Annexe 4 : Le grand conseil de la mutualité : présentation et fonctionnement général

Introduction

- [235] Héritier de la société de Bienfaisance, créée en 1804 à Marseille pour « soulager les pauvres sans leur donner de l'argent », le Grand conseil de la mutualité voit le jour en 1821. En 1858, il rassemble 147 sociétés de secours mutuel représentant 12 000 sociétaires et 50 000 personnes protégées. La première pharmacie mutualiste ouvre en 1863, le Grand Conseil est reconnu d'utilité publique en 1926.
- [236] La naissance et la structuration d'une mutualité ouvrière dans les quartiers nord de Marseille après 1936 puis après la seconde guerre mondiale autour de la Mutualité des travailleurs débouchent sur l'ouverture de nombreux services toujours en activité aujourd'hui : la clinique de la Feuilleraie (désormais regroupée sur Bonneveine), plusieurs centres dentaires et médicaux (dont Paul Paret dans les quartiers nord).
- [237] La mutualité des travailleurs, devenue Fédération des Mutuelles de France, ne rejoint qu'en 2002 la Fédération Nationale des Mutuelles de France créée en 1902, marquant ainsi la réunification du mouvement mutualiste français.
- [238] Le rappel rapide de ce contexte historique apporte un éclairage sur, d'une part la philosophie qui sous-tend l'action des centres de santé marseillais et d'autre part, l'attachement quasi-affectif de ses salariés mais aussi d'une partie de la population à ce pan d'histoire que représente le GCM.
- [239] Le Grand Conseil de la mutualité est adhérent de la Fédération des mutuelles de France, et de la Fédération nationale de la mutualité française.
- [240] Il gère 55 œuvres de soins mutualistes ou « services de soins et d'accompagnement mutualistes » (SSAM) dans le département des Bouches-du Rhône³⁴. Au 31 décembre 2011, il emploie 1188 personnes représentant 856 ETP au total (y compris personnel vacataire), qui exercent leur activité au siège ainsi que dans les différents services de soins : centres de santé (médecine générale et spécialités), centres dentaires, centres optiques, clinique (Bonneveine), pharmacie, magasin de matériel médical, laboratoire d'analyses médicales, service d'hospitalisation à domicile (HAD), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et foyer logement pour personnes âgées.
- [241] L'activité du GCM touche près de 200 000 personnes, soit 10 % de la population des Bouches-du-Rhône et réalise au total près d'un million d'actes par an³⁵.
- [242] Le GCM est présent sur l'ensemble du département, en milieu urbain essentiellement avec un double objectif réaffirmé :
- proposer une offre médicale en secteur 1, en tiers payant ;
 - proposer une offre pluridisciplinaire, coordonnée en un lieu unique.

³⁴ Ainsi qu'un centre dentaire à Toulon

³⁵ CPAM BDR – note février 2012

1. UNE GOUVERNANCE ET UNE ORGANISATION ADMINISTRATIVE EN MUTATION

[243] La réforme du Code de la Mutualité intervenue en janvier 2003 instaure une stricte séparation entre la gestion des activités d'assurance et la gestion des activités sanitaires et sociales.

[244] Les mutuelles d'assurance et prévoyance ont donc fait du GCM leur bras armé pour la délivrance de soins ; 10 sont présentes au conseil d'administration du GCM, avec la répartition des sièges suivante :

Mutuelle	Membres du conseil d'administration
Mutuelles France-Plus	10
Mutuelles Entrain	3
Mutuelle du pays martégal	1
Mutuelle MUTIEG-CMCAS Marseille	1
Mutuelle France Sud Marignane- Vitrolles	1
Mutuelle d'entreprise des personnels de la sécurité sociale 13	1
Mutuelle du personnel navigant SNCM	1
Mutuelle Ciotat Nord Méditerranée	1
Mutuelle du port	1
Mutuelle de France-sud du Lacydon	1

1.1. Une crise de la gouvernance et des changements récents à la tête du conseil d'administration et de la direction

[245] Une réunion du bureau du 16 octobre 2010 annonce une impasse de trésorerie à hauteur de 2 millions d'euros, mettant l'entreprise dans l'incapacité de payer les salaires à la fin du mois (alors « qu'un bureau précédent s'était tenu quelques jours auparavant où le directeur général nous affirmait que tout allait bien »³⁶). Une partie du bureau demande alors la tenue d'un audit financier et ressources humaines, proposition qui n'est pas alors retenue, et alerte la Mutuelle France Plus ainsi que la FMF.

[246] Cette intervention aboutit au déblocage d'un prêt de la FMF au GCM de 2 millions d'euros et à la décision des mutuelles membres du conseil d'administration du GCM de faire l'avance des cotisations 2011 pour un montant d'1,2 millions, ce qui permet de faire face à l'impasse de trésorerie.

[247] Dans le même temps, un comité de pilotage et deux groupes de travail épaulés par la FMF se mettent en place pour suivre la trésorerie et réfléchir aux mesures susceptibles de permettre un exercice équilibré des centres de santé, qui constituent l'essentiel du déficit.

[248] S'ensuit une crise de la gouvernance qui débouche fin octobre sur la démission du trésorier puis fin décembre 2010 sur celle de la présidente. Le conseil d'administration valide le 25 janvier 2011 un plan de redressement en 5 points, (cf. PJ n°1), dont les deux mesures phares sont l'externalisation de l'activité hospitalière de la clinique de Bonneveine, et la réforme du secteur médical avec le passage à une rémunération des médecins généralistes fondée sur l'activité. Le changement de présidente et de trésorier est validé le 10 mai 2011.

³⁶ Un membre du bureau

- [249] Les mesures tardent toutefois à se mettre en place, malgré le placement en redressement judiciaire décidé le 9 novembre par le tribunal de grande instance de Marseille, puis l'approbation par l'assemblée générale du GCM début janvier 2012 du plan de redressement décidé un an auparavant par le conseil d'administration. Celui-ci décide une séparation à l'amiable d'avec son directeur général et une réorganisation de l'équipe administrative. Le directeur de la clinique Bonneveine, par ailleurs délégué régional de la FEHAP, prend la direction générale de l'institution.
- [250] Le conseil d'administration renouvelé (cf. composition en pièce jointe n°2) vote le 30 mars 2012 plusieurs mesures complémentaires au plan initial dont la fermeture de 3 centres optiques déficitaires avec reclassement du personnel, et la fermeture du centre dentaire des Mines à Gardanne.

1.2. Les services centraux : des fonctionnements à mieux articuler avec l'administration des centres et à optimiser

- [251] Le GCM est implanté dans 47 lieux différents, en incluant les centres de santé polyvalents, les centres dentaires isolés et les centres optiques. Le nombre de ces implantations impacte une organisation administrative complexe, dont le siège est à Marseille.

1.2.1. Une implantation du siège éclatée sur plusieurs sites

- [252] Le siège social est hébergé par la municipalité de Marseille, dans les mêmes bâtiments qui accueillent le centre médical de Bonnefon, moyennant un loyer annuel de 27600 € (cf. infra§ 2).
- [253] Les services administratifs et la direction (66,27 ETP) sont toutefois répartis sur 4 lieux différents, auxquels il faut ajouter l'atelier commun et le local du comité d'entreprise, soit 6 localisations au total.
- [254] En particulier, le service RH est éloigné du reste des autres services, ce qui, au-delà du coût de location, ne facilite ni les relations ni les mutualisations.

1.2.2. Une organisation centrale en cours de réévaluation et d'évolution

- [255] L'organigramme a évolué un mois après le début de la mission, après le départ du directeur général et son remplacement par le directeur de la clinique Bonneveine et du secteur médico-social.
- [256] Le précédent organigramme plaçait neuf responsables en râteau sous l'autorité du directeur général (Cf. PJ n°3), avec, ainsi qu'il est ressorti de plusieurs entretiens, un relatif cloisonnement entre services (RH et finances, facturation et centres, etc.). La nouvelle organisation (Cf. PJ n°4) a conduit à des regroupements par secteurs, et paraît de nature à introduire plus de cohérence et de lisibilité, pour autant qu'il y ait effectivement coordination par chaque responsable des différents services placés sous sa responsabilité, notamment s'agissant des fonctions supports. La mission n'a pas été en mesure d'apprécier la réalité de cette coordination dans le temps trop bref qui a suivi ce changement.

Tableau 11 : Répartition des effectifs par service (2011)

en nb d'ETP	cadres	agents de maitrise	techniciens	employés	total
DG	3	2	1		6
direction opérationnelle centres optiques	2		1		3
direction opérationnelle centres de santé	3		2	1	6
secrétariat Elus			1		1
services recouvrements	0,89	1		15,8	17,69
services généraux	1		4		5
Gestion finances	4	1	6	3	14
SI	4,69				4,69
RH	3		4,89	1	8,89
total	21,58	4	19,89	20,8	66,27

Source : Grand conseil de la mutualité – service RH

- [257] Plusieurs remarques découlent de ces chiffres et des entretiens réalisés par la mission.
- [258] Le service SI paraît relativement faible (en nombre d'ETP), ce qui ne correspond que peu à la référence permanente qui est faite par d'autres services au SI dès que l'on demande certaines informations plus précises. C'est ainsi le service informatique et non le service recouvrement qui analyse depuis quelques mois les rejets de la CPAM 13, et les rejets des complémentaires ; c'est le service informatique qui a été l'interlocuteur de la CPAM lors du différend portant sur des montants apparemment non remboursés et qui a porté la « réclamation » du GCM. D'où la « dépendance au service SI » que pointe l'audit réalisé à la demande de la FMF.
- [259] Le service gestion finances et recouvrement, le second plus important en termes d'ETP, suit la trésorerie (particulièrement en cette période de redressement judiciaire), l'enregistrement des factures (mais sans disposer de comptabilité d'engagement), l'équilibre global des finances. Il n'a qu'une approche comptable. S'agissant du coût du tiers payant, il renvoie au service SI, de même que s'agissant du coût de la formation et de sa prise en charge, géré par le service RH. A l'occasion du redressement judiciaire, il a mis en place en lien un suivi spécifique des achats des centres, avec des phases de validation en interne au centre puis une validation du siège, dans le cadre d'enveloppes prédéfinies. La définition de ces enveloppes ne s'est toutefois pas appuyée sur une analyse des besoins et de l'opportunité des dépenses, mais sur le constat des achats 2011.
- [260] Il ne dispose pas d'approche analytique des différents coûts (« la comptabilité analytique est un choix de gestion, pas une obligation » a-t-il ainsi été indiqué à la mission, et le responsable des services financiers ne s'estime pas « mandaté pour cela »³⁷).
- [261] Ce service peine à anticiper et fiabiliser ces estimations ; ainsi la situation de la clinique Bonneveine a-t-elle été présentée en quasi-équilibre le 13 mars 2012 à la mission (-42 000 €), puis en léger déficit 3 jours après (-95 000€ le 16 mars) pour finalement atteindre -195 000€ au 30 mars.

³⁷ Entretien 13 mars 2012

- [262] La réorganisation intervenue en mars a permis l'identification d'une fonction « contrôle de gestion » jusqu'alors inexistante ; le contrôleur de gestion est rattaché à la direction générale. Cette fonction très récente demande à être consolidée, avec la construction de tableaux de bord et de ratios.
- [263] L'importance du service recouvrement (près de 27 % de l'effectif du siège, dont 2 ETP en arrêt maladie) s'explique par la nécessaire gestion du tiers payant et en partie par le taux encore insuffisant de transmission des dossiers par voie électronique sécurisée (FSE). L'organisation de cette fonction recouvrement est particulièrement éclatée puisqu'interviennent :
- les centres facturent les actes et s'occupent du règlement, traitent les impayés (actes techniques) ou les rejets de dossiers ;
 - le service recouvrement du siège traite les dossiers facturés aux régimes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire et renvoie vers les centres les rejets pour régularisation ;
 - le service informatique (cf. supra) analyse les rejets de la CPAM 13 et des complémentaires.
- [264] D'après l'audit réalisé par la FMF, 55 % des 688 932 dossiers traités en 2011 par les services recouvrement sont des feuilles de soins électroniques sécurisées (FSE), ce qui laisse un chiffre important de 45 % hors FSE sécurisées. D'où un surinvestissement des services de recouvrement en tâches de vérification et de traitement de dossiers papier, qui ne bénéficient pas au surplus des mêmes garanties de paiement ni des mêmes délais.
- [265] La proportion faible de FSE induit en outre une faible récupération des financements prévus par l'accord entre caisses nationales d'assurance maladie et centres de santé (JO 19 avril 2003) au titre de l'aide à la télétransmission allouée à condition que le centre de santé réalise 70 % de feuilles de soins électroniques sécurisées. Les dossiers peuvent être toutefois examinés en commission départementale lorsque le taux est compris entre 50 et 70 %. Aucun centre n'a perçu en 2010 d'aide « directe » tous les pourcentages de télétransmission étant inférieur à 70 %. Une aide de 10 778 € a été versée en 2011, au titre des années 2008-2009 au bénéfice de 7 centres dont le taux était compris entre 50 et 70 %³⁸
- [266] Si le taux de rejet est plutôt faible (3,8 %), il porte pour près d'un quart sur l'ouverture des droits, qu'une sécurisation par la mise à jour des cartes Vitale devrait permettre de réduire tout en augmentant le taux de FSE.

Audit des systèmes d'information – processus de facturation (FMF – mars 2012)

Les raisons d'un processus peu optimisé

- le logiciel métier du laboratoire non agréé SESAM-Vitale 1.40 d'où l'impossibilité de facturer en FSE (32 965 dossiers en 2011, soit 3,5 % des dossiers)
- pas de solution portable pour les professionnels de santé qui effectuent des visites à domicile
- des centres optiques qui ne disposent pas de logiciel permettant de faire des FSE et des DRE
- l'absence de la carte professionnelle de santé (évalué à 48 000 dossiers, soit environ 7 % des dossiers), que les professionnels travaillent sur plusieurs centres, oublient leur carte, refusent de l'amener ou de pratiquer des FSE ;
- l'absence d'exigence d'une carte Vitale à jour
- des règles de tiers payant différentes selon les différents mutuelles : tiers payant intégral pour les adhérents de mutuelles du GCM, mutuelles conventionnés avec le grand conseil, mutuelles non conventionnées
- l'absence de déploiement de la demande de remboursement électronique
- une organisation trop segmentée entre centres de santé, service Recouvrement et service informatique
- une gestion complexe des options de coordination (procédures papier pour la déclaration ou les changements) en application de l'accord Cnamts – centres de santé

³⁸ Décision de la commission paritaire régionale des centres de santé du 25 mai 2011.

- [267] 6 ETP sont consacrés au siège à la « direction opérationnelle » des centres de santé et centres optiques. Cette fonction ne fait pas l'objet d'un descriptif ou d'une fiche de poste précise. Chaque centre dispose par ailleurs d'une direction propre (y compris un temps de direction dans les centres dentaires isolés). Il n'est sans doute pas illogique que vu le nombre important de centres et la diversité des activités, le directeur général ne puisse être en face à face direct avec chacun des directeur de centres. Le rôle de cette direction opérationnelle doit toutefois être précisé. Sa qualification même montre l'ambiguïté de la fonction : l'opérationnel est bien au niveau des centres eux-mêmes, et non du siège qui devrait en revanche assurer un rôle de coordination, d'anticipation, et de pilotage.
- [268] Plus globalement, les 66,27 ETP du siège sont donc à ajouter aux 79,9 ETP administratifs répartis dans les centres dentaires et polyvalents³⁹ au titre de l'accueil (53,18 ETP), de l'encadrement (24,63 ETP) et entretien (1,79 ETP).
- [269] S'agissant du fonctionnement d'ensemble, la mission relève un certain cloisonnement entre services, (chacun renvoyant à la responsabilité de l'autre) et un management d'équipe insuffisant.

2. UN PATRIMOINE ENCORE IMPORTANT MAIS POUR PARTIE GAGE

- [270] Les services du GCM sont hébergés pour partie dans des locaux lui appartenant, pour partie dans des locaux dont il est locataire (cf. PJ n°5).
- [271] Le Grand Conseil de la Mutualité est titulaire de 41 contrats de bail totalisant un coût annuel de location de 835 781 €⁴⁰.

Tableau 12 : Surfaces et loyers par catégories de propriétaires

Type de Propriétaire	nombre	m2	montant des loyers annuels	prix au m2
Particulier	4	396	51 707	130,57
SCI	4	5332	223 009	41,82
Collectivité territoriale	4	4770	11 697	2,45
Organisme de SS	1	106	7 101	66,99
mutuelles	6	4387	204 076	46,52
Autres (CNM- Logis méd)	2	5244	160 096	30,53

Source : GCM – DG

Le très faible loyer au m² perçu par les collectivités s'explique par l'absence totale de loyer dans deux cas sur quatre, le GCM assumant les charges courantes (eau électricité, etc.)

- [272] Le GCM est propriétaire unique de sept biens dont 4 hébergent des services (clinique, centres de santé et pharmacie), et 3 sans destination pour un montant total estimé d'un peu moins de 20 M€, donc 15 M€ pour le seul site de la clinique⁴¹. Ces biens font l'objet d'hypothèques bancaires pour un montant total de plus de 9 M€.

³⁹ Source : rapports d'activité 2010 des centres du GCM

⁴⁰ Données communiquées à l'administrateur judiciaire. Ce montant est supérieur à l'addition des loyers figurant dans le tableau infra, établi sur la base des chiffres remis à la mission par le GCM

⁴¹ Estimation de cabinets privés et du service des domaines, 6 février 2012, pour la clinique de Bonneveine.

[273] Le GCM est part ailleurs détenteur de parts dans divers organismes (SCI, GIE), pour un montant total de 316 017 €, dont respectivement 5000€ dans chacune des SCI la Feuilleraie et SCI Mdp qui hébergent des services du GCM, et 236 000€ dans la SCI Malartic, qui héberge une clinique mutualiste du département voisin du Var, elle-même en grande difficulté. Il ne dispose pas des comptes de ces sociétés.

3. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

[274] Les chiffres mentionnés infra proviennent des bilans sociaux 2008-2010, des rapports d'activité des centres de santé et centres dentaires 2010 et de requêtes particulières faites auprès du service RH pour 2011. Toutes les demandes (notamment sur les masses salariales et leur ventilation par catégorie) n'ont pu être renseignées et l'explication de certains constats par le GCM reste sommaire.

3.1. Les effectifs : caractéristiques et évolution

3.1.1. Un effectif global qui décroît sur la période 2008-2010, mais augmente en 2011 du fait d'un recours plus que doublé à du personnel vacataire

[275] Le GCM compte fin 2011 un personnel de 1188 personnes représentant 856,15ETP (CDI et personnels vacataires).

Tableau 13 : Évolution 2008-2011 des effectifs par catégorie

	2008		2009		2010		2011	
	personnes	ETP	personnes	ETP	personnes	ETP	personnes	ETP
cadres	71	68,2	69	66,63	70	66,42	66	63,59
agents de maîtrise	41	39,6	45	43,21	43	41,94	42	40,93
employés	390	350,7	393	354,85	377	340,31	411	373,34
techniciens	236	187	228	173,21	224	167,81	246	198,24
praticiens	444	186,79	430	188,8	437	189,28	423	180,05
total	1182	832,29	1165	826,7	1151	805,76	1188	856,15

Source : GCM- SRH

[276] L'augmentation porte exclusivement sur les catégories des employés et techniciens et sur les recrutements en CDD, alors que le nombre de CDI décroît lui de manière sensible (127 CDD en 2011 représentant 116,5ETP, contres seulement 46 en 2010 représentant 49,21 ETP).

[277] La mission n'a pas obtenu d'explication ni sur cet accroissement pour ces catégories d'emploi, ni sur l'éventualité d'une stratégie du SRH qui consisterait à privilégier le recours à des CDD pour l'accomplissement de certaines tâches. Sur ce dernier point, le coût de l'intérim étant passé de 876 K€ en 2010 à 414 K€ en 2011, elle suppose que le recours aux CDD a de fait été privilégié.

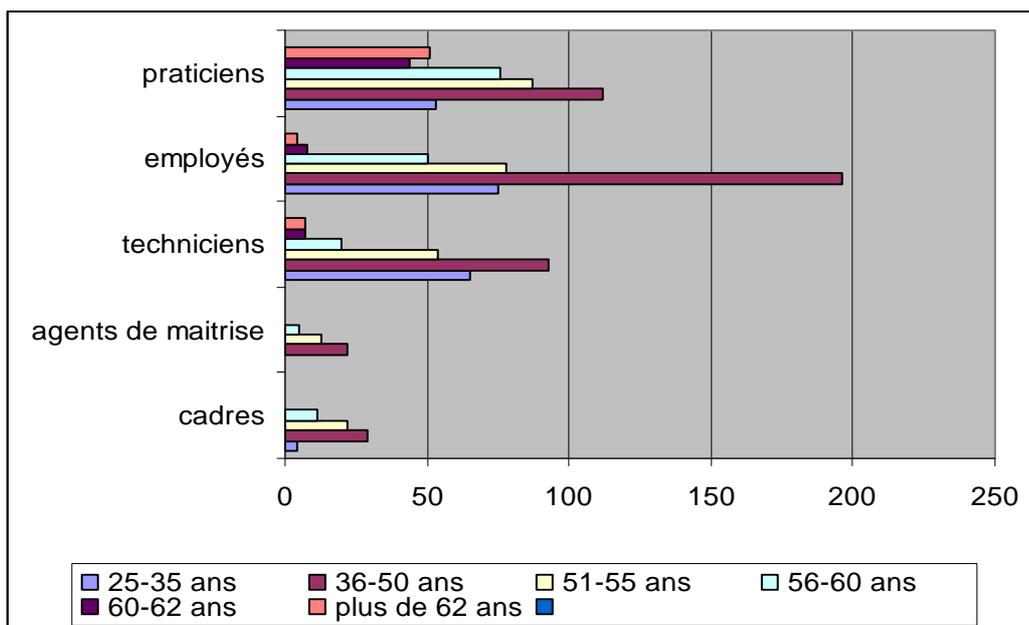
[278] Cette augmentation des effectifs ne se répercute toutefois pas sur les dépenses de personnels, qui décroissent en 2011 (cf. infra). L'écart entre la baisse de cette dépense globale et l'augmentation sensible de l'effectif (+ 50 ETP) n'a pu faire l'objet d'une analyse précise du GCM.

3.1.2. Une démographie médicale qui mérite une attention particulière

➤ *Un effectif relativement âgé des médecins généralistes et spécialistes*

[279] Globalement, 22,55 % des salariés du GCM ont 56 ans et plus, la part des plus de 60 ans étant légèrement supérieur à 10 %. Il n'a pas été possible de déterminer un vieillissement global en l'absence de chiffres concernant, pour les praticiens les années, pour les années 2008-2010.

Graphique 3 : Tranches d'âge par catégories



Source : GCM – SRH – traitement mission

[280] Le constat est relativement uniforme pour l'ensemble des catégories de personnels.

[281] Fin 2011 et s'agissant plus spécifiquement des praticiens, une analyse plus fine montre un constat différencié : les médecins âgés de 56 ans représentent 41 % des médecins généralistes et 53 % des médecins spécialistes. La situation prévaut pour tous les centres avec, dans cinq d'entre eux, la présence de médecins généralistes âgés de 60 ans et plus (8 médecins sur 57).

[282] La population des chirurgiens dentistes est en revanche beaucoup plus jeune, en lien direct avec le développement plus récent de cette activité. Trois-quarts d'entre eux ont au plus 50 ans et une proportion significative (près de 30 %) a moins de 36 ans.

[283] Les professions paramédicales (infirmiers, manipulateurs radio, masseurs kinésithérapeutes, orthoptiste et orthophonistes) sont également une population globalement jeune : 65 % des effectifs ont au plus 50 ans et plus de 30 % sont âgés de moins de 36 ans.

[284] Cette contrainte de la pyramide des âges pour les professions médicales doit être intégrée à la réflexion sur l'organisation du GCM et de son offre territoriale de soins.

➤ *Des postes vacants dans les 11 centres de santé*

[285] 6 postes de généralistes sont actuellement vacants dans 5 centres de santé (Bonnesfont, Aix, Miramas, Port-de-Bouc, Port-Saint-Louis du Rhône) pour 5,6 ETP.

[286] Plusieurs vacances de spécialistes sont à pourvoir, dans 13 spécialités pour un total de 10,10 ETP.

- [287] Ces vacances sont appréciées par le GCM à organisation, volume d'activité et périmètre constants.
- [288] De façon générale, il n'apparaît pas de réflexion au GCM sur des effectifs-cibles, fondée sur une analyse médico-économique du besoin et de la façon dont il lui est apporté une réponse. Que ce soit sur ce point des vacances comme sur l'analyse de la pyramide des âges, la direction du GCM se dit préoccupée. La mission n'a pas perçu de réflexion sur les moyens de développer l'attractivité médicale, dès lors que la réalité du besoin est bien identifiée.

3.1.3. Un absentéisme en augmentation

- [289] L'absentéisme représente en 2010 un total de 44 893 journées d'absence, en augmentation de près de 25 % sur 3 ans (2008-2010).
- [290] A l'exception des absences « exceptionnelles » (jours accordées dans le cadre d'événements familiaux pour l'essentiel), toutes les autres cause d'absence augmentent et singulièrement les congés de maladie (+27 %) mais également les accidents du travail (+23 %). Sur ce point toutefois, c'est le nombre de jours d'absence qui augmente, et non celui des accidents du travail ou du trajet, au contraire en baisse sur 2010.
- [291] Toutes les catégories professionnelles sont concernées ; les techniciens dans des proportions très importantes (+187 %), de même que les cadres (+72 % mais ils sont un petit nombre d'où une augmentation « facialement » importante), sans que la hausse soit explicable par des congés de maternité en nombre ; les praticiens constituent l'exception notable avec une augmentation de « seulement » 10 % en 3 ans.
- [292] Les données ne permettent pas d'isoler les arrêts maladie de courte durée, sauf pour la catégorie des employés où l'augmentation est principalement imputable à des invalidités de 2ème catégorie.
- [293] La mission n'a pu disposer que d'exemples d'autres centres de santé à titre de comparaison, la FNMF ne disposant pas de données permettant d'établir un taux moyen global pour ce type d'établissements. Avec un taux d'absentéisme de plus de 12 %, le GCM apparaît dans une fourchette haute par rapport à ces exemples (un écart de 4 points).
- [294] La mission n'a pas disposé d'éléments pour 2011 pour le GCM ; tout au plus peut-on supposer que la situation délicate du Grand conseil tout au long de l'année risque d'avoir contribué à confirmer voire à amplifier cette tendance à la hausse de l'absentéisme, qu'il faudrait analyser plus finement afin d'en comprendre les ressorts et d'envisager des mesures correctives.

3.2. Dépenses de personnel

3.2.1. Le cadre réglementaire et conventionnel

- [295] Les conditions de travail et rémunérations découlent d'un cadre conventionnel complexe pour le GCM, puisqu'il fait intervenir plusieurs textes en fonction des différents personnels :
- ✓ Pour le personnel administratif et paramédical des centres de santé dentaires et médicaux, l'ensemble des personnels des centres optiques mutualistes et de la pharmacie et les personnels administratifs des services fonctionnels :
 - la convention collective nationale de la Mutualité étendue par arrêté du 17 août 2001 (code IDCC 2128) ;
 - l'accord de transposition du 18 janvier 2001 ;
 - le protocole du 5 décembre 2001 ;

- ✓ Pour les personnels de la clinique de Bonneveine, du H.A.D, des S.S.I.A.D. et du foyer logement Les Hermès :
 - la convention collective nationale FEHAP du 31 octobre 1951 ;
 - le protocole du 5 décembre 2001 ;
- ✓ Pour les professionnels de santé :
 - contrats individuels :
 - o médecins généralistes rémunérés à la fonction et à l'acte,
 - o médecins spécialistes rémunérés à l'activité,
 - o chirurgiens dentistes et orthodontistes rémunérés à l'activité,
 - o paramédicaux rémunérés à l'activité.
 - Accord cadre du 3 janvier 2000 sur l'organisation des gardes,
 - NAO 1992 - Prime de crèche pour les Médecins Généralistes à la fonction.

Tableau 14 : Mode de rémunération des praticiens du GCM

Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Chirurgiens-dentistes
Rémunération à la fonction : - base 35 h - coefficient (de 80 à 100) x valeur du point médical - garde : 8 % indemnité de visite diurne - Soit 8 % du Salaire de Base ; permanence des soins, pour les contrats signés avant 1990 - Soit selon un forfait pour les contrats post 1992 (soir-WE-jour férié) - prime d'ancienneté : 1 %/an plafonnée à 30 % - congés payés 32 jours + 22 jours RTT - récupération pour garde	40 % des honoraires actes de ville + 10 % congés payés	- minimum garanti + 28 % des honoraires actes de ville pour les soins + 20 % des honoraires actes de ville pour les prothèses et implants
Rémunération basée sur l'activité 44 % des honoraires actes de ville +10 % congés payés (*)		

Source : GCM – DG

(*) La rémunération basée sur l'activité concerne pour les généralistes : un médecin généraliste salarié à temps plein, les vacataires et trois médecins en cumul emploi-retraite, anciennement rémunérés à la fonction.

[296] Enfin existent plusieurs accords négociés avec les syndicats pour l'ensemble des personnels : Accord relatif à l'Aménagement et à la Réduction du Temps de Travail du 28 juin 1999, Charte des Rapports Sociaux du 1er mars 2001, Protocole de mobilité du 13 décembre 2006, Protocole d'accord signé en 2007 (NAO 2007), Protocole d'accord du 27 mai 2008 (Journée de solidarité), Protocole d'accord signé en 2008 (NAO 2008), Protocole d'accord signé en 2009 (NAO 2009).

3.2.2. Une évolution à la baisse des dépenses de personnel après trois années d'augmentation

[297] Les dépenses de personnel décroissent légèrement en 2011, après une augmentation sur 2008-2010 passant de 56,3 M€ à 55,8 M€.

[298] Il faut y voir, notamment, l'impact des mesures de restructuration avec le regroupement des cliniques pour l'essentiel (-1,7 M€) et des pharmacies.

Tableau 15 : Evolution des dépenses de personnel par catégorie (*)

	2008	2009	2010	2011
cadres	5 192 796	5 218 541	5 107 508	5 002 555
agents de maîtrise	2 333 116	2 315 424	2 235 567	2 115 539
employés	11 560 187	12 650 304	12 515 880	12 175 831
techniciens	9 413 046	9 315 147	9 237 095	8 650 214
praticiens	25 528 566	26 600 025	27 204 924	27 870 094
total	54 027 711	56 099 441	56 300 974	55 814 232

Source : GCM – SRH

(*) Dépenses de personnels globales (rémunérations brutes chargées + primes et indemnités + taxes sur les salaires)

[299] Seules les dépenses de personnels « praticiens » continuent d'augmenter. La mission n'a pu disposer de données détaillées à l'intérieur de cette catégorie ; selon les éléments apparaissant dans les commentaires, par la direction de l'entreprise, du compte de résultats 2011, c'est le secteur dentaire qui explique pour l'essentiel cette situation (augmentation d'activité et recrutement associé) (masse salariale du secteur dentaire en augmentation de +751 K€).

[300] La proportion des dépenses de personnels en CDD reste stable, comprise depuis 4 ans entre 5 et 5,5 % des dépenses totales, avec même une légère baisse en 2011, ce qui pourrait paraître peu cohérent avec l'augmentation du nombre d'ETP en CDD mentionné supra (§ 3.1.1), sans que la mission n'ait pu obtenir d'explication sur ce point.

[301] Les salariés du GCM bénéficient de primes et accessoires de rémunérations qui découlent à la fois du cadre légal et conventionnel, et d'acquis extra conventionnels négociés dans le cadre des négociations collectives annuelles (par exemple la prime de crèche pour les médecins généralistes), des différents accords cadres ou transpositions conventionnelles en les améliorant (prime de mobilité, prime de crèche pour certains personnels, non récupération de la journée de solidarité, etc.), ou purement et simplement de décisions de la direction (exemples : prime fonctionnelle de 14 points accordée au personnel FEHAP de la stérilisation, prime de 10 points pour les assistants dentaires ayant suivi le stage APAVE).

[302] Les médecins généralistes bénéficient, dans le cadre de leur contrat et en application de l'accord RTT de l'entreprise de 1999, de 22 journées de RTT (cet accord ne s'applique pas aux praticiens rémunérés à l'activité).

[303] La mission n'a pu disposer de données relatives à l'évolution spécifique des primes et accessoires de rémunérations, et n'est donc pas en mesure de constater la proportion de ces différents avantages dans les dépenses de personnels, ni globalement ni par catégorie.

[304] La liste des avantages extra-conventionnels figure en PJ n° 6.

[305] Les 20 rémunérations brutes les plus importantes de l'entreprise s'étagent entre 108 et 201 K€ ; les plus importantes concernent des médecins spécialistes ou chirurgiens dentistes rémunérés à l'acte, mais également certains médecins généralistes.

3.3. Formation

Tableau 16 : Dépenses de formation et agents concernés

	2008	2009	2010
montant total FPC (€)	468 241	586 152	419 342
% masse salariale	0	0	0
nb de stagiaires	399	403	98
nb d'heures rémunérées	4 842	6 931	1 984

Source : GCM – bilan social 2010

- [306] On note une évolution nette à la baisse en 2010 tant des moyens que plus encore des personnels concernés. La direction du GCM indique que cette brutale diminution trouve son origine dans l'annulation d'actions inscrites au plan de formation, sans que la mission ait eu plus de précisions sur la cause de ces annulations.
- [307] S'agissant des praticiens et personnels paramédicaux, l'accord national des caisses d'assurance maladie avec les centres de santé prévoit un financement par les caisses des actions de formations agréées par la commission nationale paritaire des centres de santé. Ce financement est destiné à compenser la perte de ressources pour le centre, occasionnée par la participation des professionnels concernés à la formation.
- [308] Ce financement intervient sous un certain nombre de conditions, parmi lesquelles notamment la durée minimale de la formation (2 jours ouvrable) et la participation à l'intégralité de la formation, le non-remplacement du personnel pendant la formation, la participation à une formation agréée, dans une limite de 6 ou 8 jours de formation (centres optants)⁴².

Montant de l'indemnité pour perte de ressources

Médecins spécialistes	: 343 € par jour de formation
Médecins généralistes	: 300 € par jour
Chirurgiens-dentistes	: 300 € par jour
Chirurgiens-dentistes spécialistes	: 343 € par jour
Infirmiers	: 125 € par jour

- [309] Pour les années 2008-2011, le bilan de la formation des praticiens est présenté comme le suivant par le GCM.

⁴² Centres choisis par leur patients comme lieu de soins et bénéficiant de l'option de coordination

Tableau 17 : Formations médecins et dentistes

	dentaire					médical				
	nb de praticiens	nb de jours	nb de jour moyen par formation	coût formation (hors pertes de ressources) GCM	prise en charge FCP	nb de praticiens	nb de jours	nb de jour moyen par formation	coût formation (hors pertes de ressources) GCM	prise en charge FCP
2008	78	180	2,31	19998	0	63	109,5	1,74	3542	0
2009	88	193	2,19	19364	8400	80	145	1,81	3145	10200
2010	75	173	2,31	25126	1200	72	133,5	1,85	5367	0
2011	77	172	2,23	22926	1800	80	127,5	1,59	5009	12000

Source : GCM – SRH retraitement mission

[310] Plusieurs constats peuvent être tirés de ce tableau :

- la participation, en nombre de stagiaires, aux formations est globalement stable :
- la durée moyenne de ces formations, si elle excède les deux jours pour les chirurgiens dentistes, est inférieure à deux jours pour les médecins (rappelons que ces deux jours sont la durée minimale pour faire jouer une prise en charge par le Fonds d'actions conventionnelles) ;
- la prise en charge au titre de la FCP est très faible au total, ce qui indique qu'une partie importante des formations choisies ne répondent pas aux critères de prise en charge.

[311] Au surplus, les chiffres fournis par le grand conseil ne correspondent pas à ceux fournis par la CPAM des Bouches du Rhône qui a précisé à la mission avoir versé au GCM 9000€ pour 2009 pour l'indemnisation de 15 formations individuelles de médecins généralistes, aucune demande n'ayant été formulée pour 2010. Pour 2011 le montant d'indemnisation, pour les 15 professionnels de santé (médecins généralistes) concernés, s'élèvera à 9000,00€, les demandes ayant été réceptionnées en février 2012.

[312] S'agissant des personnels paramédicaux, la direction du GCM a précisé à la mission que les actions, qui ont concerné en 2010 « une quinzaine de personnes », n'ont pu bénéficier de prise en charge au titre de l'accord, n'étant pas des formations agréées.

[313] Au total donc, le GCM ne mobilise qu'imparfaitement ce dispositif, même s'il est possible, comme cela a été indiqué à la mission dans d'autres centres de santé, que les formations proposées ne correspondent pas toujours totalement à la demande des praticiens.

[314] Les personnels en formation perçoivent la totalité de leur rémunération.

3.4. Un dialogue social tendu par la mise en redressement judiciaire

[315] Le GCM est doté d'instances représentatives du personnel dont certaines sont communes à l'unité économique et sociale des mutuelles de Provence (UES) : c'est le cas du comité d'entreprise (CE) et du comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ; le secrétaire du CE est ainsi salarié de l'UES et non du GCM.

[316] Sont représentés au CE les syndicats suivants : la CGT, la CGT/FO, la CFDT : 2, le Syndicat des chirurgiens-dentistes : 2 et le Syndicats des médecins du GCM : 1.

[317] Le volume global de crédits d'heures pour représentation syndicale est de 26 412 heures en 2010, ce qui représente l'équivalent de 16 ETP.

- [318] Les délégués du personnel ont été reçus très fréquemment en 2010 (122 rencontres selon le bilan social), ce qui peut traduire tout à la fois le souci du dialogue de la direction mais sa difficulté à faire face aux inquiétudes des salariés et à la gravité de la situation de l'entreprise. La mission n'a pu disposer des chiffres pour 2011, en l'attente de la préparation du bilan social.
- [319] Le comité d'entreprise s'est réuni 18 fois en 2011. Les procès-verbaux font apparaître à la fois que l'information circule, que le plan arrêté par le conseil d'administration le 25 janvier 2011 est connu mais jamais véritablement accepté, ce qui explique probablement l'absence de réel engagement dans le redressement. Ces procès-verbaux traduisent une relative incapacité de la direction à expliquer (au-delà d'une énonciation) les mesures arrêtées et un certain flou dans la présentation de la réalité de la situation financière et comptable. La direction présente ainsi le 15 mars des comptes prévisionnels 2010 affichant un déficit de -3,2 M€ : le déficit consolidé sera de -6,5 M€.
- [320] Comme l'a indiqué l'un des syndicats à la mission « on pensait avoir un plan de redressement de l'entreprise : on n'a rien si ce n'est un CR du 25 janvier dernier⁴³ ».
- [321] Le redressement judiciaire intervient peu après l'annonce au conseil d'administration du 23 septembre par le directeur que la « situation à fin août est globalement équilibrée ». Le représentant d'une des mutuelles souligne pourtant lors de ce même conseil d'administration « que si aujourd'hui on rassurait le personnel, on ne serait pas francs ». Il explique « qu'on ne se débarrasse pas de la clinique mais qu'on cherche une solution crédible ; les priorités étant bien la préservation des salaires et des emplois, du secteur 1, mais aujourd'hui la perspective s'éloigne ».
- [322] L'engagement dans le redressement judiciaire et la perspective soit d'une liquidation pure et simple, soit d'efforts qui se traduiraient par des réorganisations importantes ont crispé un dialogue institutionnel déjà difficile.

⁴³ Référence au conseil d'administration du 25 janvier 2011

Conclusion

- [323] La période difficile du redressement judiciaire a montré les limites d'une organisation un peu routinière, et la nécessité pour le conseil d'administration et la direction de développer certaines compétences pour faire face d'une part aux enjeux de redressement immédiat et d'autre part inscrire ce redressement dans la durée.
- [324] La refonte de l'organigramme de direction traduit une volonté de rationalisation, mais elle ne sera pas suffisante.
- [325] En particulier, l'administrateur judiciaire, comme la mission, ont relevé pour le premier une « absence de réactivité du service financier et comptable », pour la seconde une difficulté manifeste à appréhender l'ensemble des dimensions financières et comptables et à anticiper les reconfigurations et réorganisations indispensables dans une période très difficile.
- [326] La gestion des ressources humaines paraît aussi moins dans l'analyse des tendances, et l'anticipation des besoins que dans un compte-rendu, parfois trop peu détaillé, de l'existant.
- [327] La même difficulté, au-delà de la bonne volonté des uns et des autres, est apparue en termes de définition d'une stratégie de long terme et de réflexion sur les organisations qui doivent en découler.
- [328] C'est pourquoi l'administrateur judiciaire a demandé au GCM la mise en place d'une mission d'expertise comptable destinée à clarifier la situation de l'organisme et conclu sa première phase d'observation sur le besoin en compétences du GCM. La mission a souhaité un appui à l'équipe du grand conseil pour la deuxième période d'observation qui s'ouvre dans les domaines du pilotage managérial, des finances et des RH. (cf. Annexe n° 3 Point d'étape au 4 avril 2012). Cette solution a reçu l'accord de la FNMF et de la FMF et une concrétisation partielle avec l'envoi d'un dirigeant expérimenté, en la personne de M. Christophe BOULANGER, qui est placé depuis le 25 avril auprès de la présidente du GCM en appui à la direction générale pour appuyer la définition du plan de redressement et initier sa mise en œuvre.
- [329] De plus, il n'apparaît pas à ce stade que le GCM ait fait le choix entre une organisation déconcentrée, ce qui expliquerait une relative importance des équipes administratives dans les centres, ou un pilotage centralisé et directif, ce que justifierait l'existence d'un siège assez substantiel, mais dont la fonction de pilotage stratégique et d'animation de réseau n'est pas apparue clairement à la mission.
- [330] Le Conseil d'administration comme la direction générale paraissent avoir conscience du sujet mais sans qu'il ait été véritablement abordé pour l'instant en tant que tel ; le redressement judiciaire a conduit à quelques décisions importantes, mais ponctuelles : l'externalisation de la clinique, la fermeture de trois centres optiques et d'un centre dentaire ; il doit être l'occasion de réinterroger le modèle qu'entend porter le GCM.
- [331] Car ce choix d'un modèle de fonctionnement et les organisations qui en découleront doivent être pensées concomitamment à l'analyse indispensable du périmètre des différentes activités, (maintien d'un socle fort de généralistes, quelle palette de spécialités, avenir de l'optique, de la pharmacie, etc.) afin de calibrer au mieux les moyens, qu'ils soient ou non directement dédiés à la production d'actes, et de les allouer au mieux des besoins.

Pièce jointe n°1 : Axes du plan de redressement de l'entreprise

Délibération du conseil d'administration du Grand conseil de la Mutualité – 25 janvier 2011

(Extrait)

(...), les administrateurs décident :

1. De conduire à bien la réforme du secteur médical, et mandatent le Directeur général pour conduire une révision des contrats de travail des médecins généralistes au titre du mode de leur rémunération.
2. De rechercher des partenaires mutualistes en vue d'externaliser l'activité hospitalière et mandatent la Vice-présidente et le Secrétaire général, en lien avec la Fédération des Mutuelles de France, d'explorer toutes les pistes possibles dans l'objectif de soumettre un projet au Conseil.
3. Une période d'observation sur l'activité du secteur pharmacie et mandatent le Directeur général de prendre les mesures nécessaires pour retrouver l'équilibre économique. Au regard de cette période d'observation le Conseil statuera sur le maintien ou la fermeture de cette activité
4. De mandater le Directeur général pour mettre en place, avec un partenaire bancaire et dans les meilleures conditions, un escompte des créances des tiers, RO/RC.
5. La cession des actifs via la création d'une SCI avec des partenaires mutualistes.

Pièce jointe n°2 : Composition du conseil d'administration

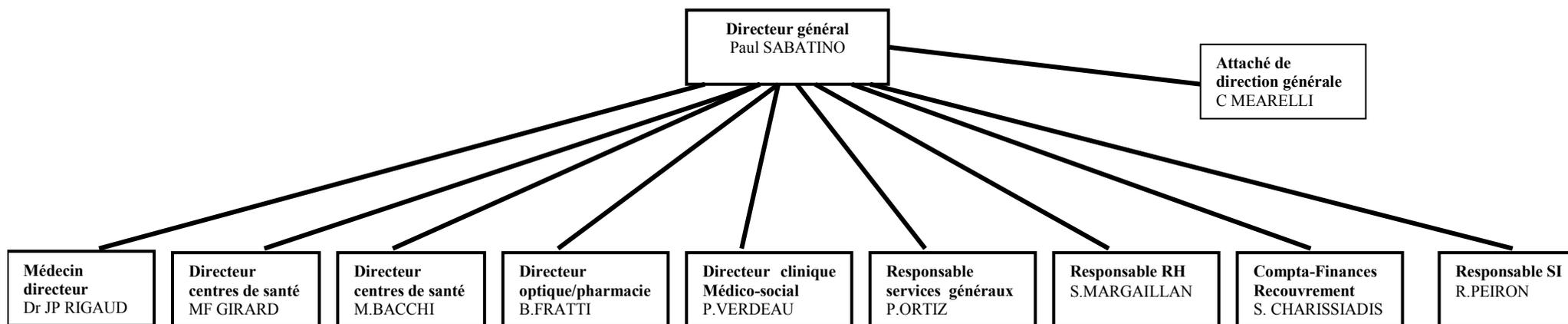
Présidente	CAMMILLERI-ALLAIS Sandra
Vice-Président	AGNEL Christian
Vice-Président	RAZZOLI Jean-Claude
Secrétaire Général	BECKER Marc
Trésorier	SINIBALDI Claude
Conseillers	CAPDEVILLE Eric DALBIEZ Bernard DELANOIX Guy
Administrateurs	AGNOLI Cyrille ALIZARD Lucien ALLO Jean-Louis CANI Denis ELLENA Colette FERRO Marc-Antoine GASTON François GUILLAUD Marc MARCHETTINI Lucien MORIN Patrick MOUACI Patrice SMITH Paul VILLIARD Annie

Le Conseil d'administration se compose de 21 membres

6/03/2012

Pièce jointe n°3

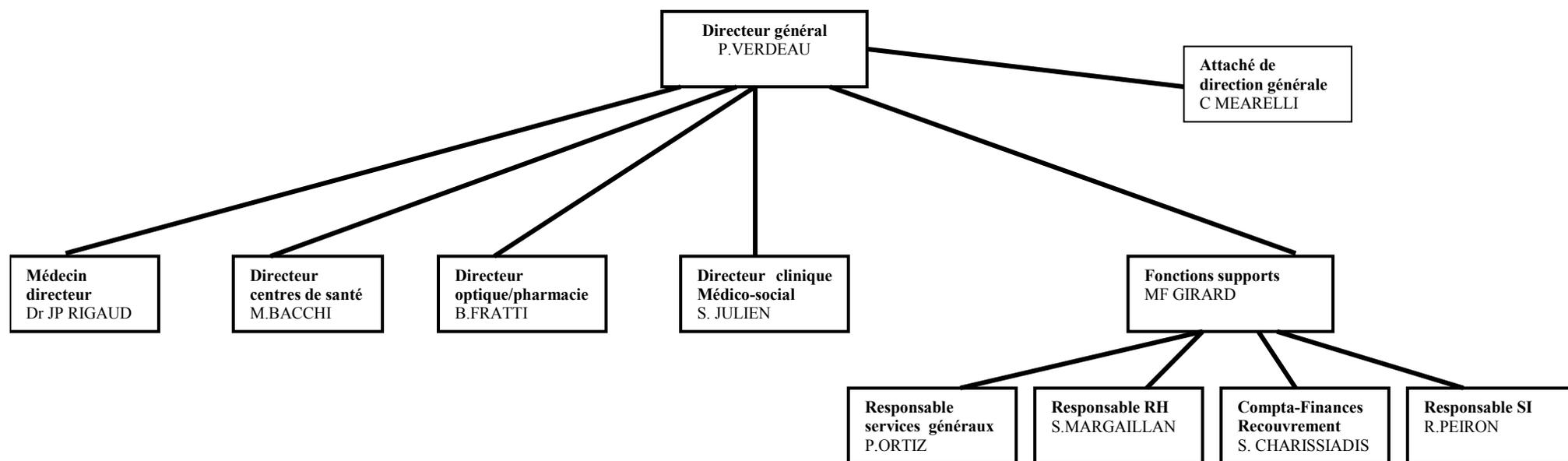
Organigramme de la direction du GCM – février 2012



Pièce jointe n°4

Organigramme du Grand Conseil

Direction – mars 2012



Pièce jointe n°5 : Sites du GCM

SITES G.C.M.							
ACTIVITE	ADRESSE 1	ADRESSE 2	ADRESSE 3	SURFACES	PROPRIETAIRE	LOCATAIRE	LOYER ANNUEL
Dentaire	RUE PORTAGNEL	13200	ARLES	105 m ²	Mutuelle Rhône'Alpilles	G.C.M.	9 600 €
Dentaire	RUE JEAN COURRET	13700	MARIGNANE	114 m ²	Mutuelle Vitrolles Marignane	G.C.M.	9 579 €
Dentaire	19 AVENUE ROGER SALENGRO	13400	AUBAGNE	166 m ²	S.C.I. MdP	G.C.M.	9 393 €
Dentaire	13 BVD JEAN-MARIE L'HUILLIER	13800	ISTRES	152 m ²	M.F.SUD	G.C.M.	37 604 €
Dentaire	152 AVE DE TOULON - BAT I	13010	MARSEILLE	150 m ²	M.F.SUD	G.C.M.	10 000 €
Elus	152 AVE DE TOULON - BAT I	13010	MARSEILLE	200 m ²			8 000 €
Direct/Dos							9 600 €
Dentaire	14 RUE DE SIAM	13011	MARSEILLE	173 m ²	S.C.I. MdP	G.C.M.	19 324 €
Dentaire	LES MINES AVENUE DE TOULON	13120	GARDANNE	106 M2	CARMI SUD-EST	G.C.M.	7 101 €
Dentaire/M.F.Sud	ALLEE DE LA DEMANDE ST JEROME	13013	MARSEILLE	176 m ²		SCI MDP sous loc.	39 371 €
						GCM (partie dentaire)	

Dentaire	1 RUE PIERRE ET MARIE CURIE	13127	VITROLLES	102 m ²	Mutuelle Vitrolles Marignane	G.C.M	3 600 €
Dentaire	182 ALLEES DE CRAPONNE	13300	SALON	132 m ²	S.C.I. MdP	G.C.M.	8 027 €
Polyvalent	24 RUE DU 4 SEPTEMBRE	13100	AIX EN PROVENCE	540 m ²	G.C.M.		
Polyvalent	RUE DES ECOLES	13120	GARDANNE	800 m ²	Mairie	G.C.M.	8 692 €
Polyvalent	AVE CALMETTE ET GUERIN	13500	MARTIGUES	1300 m ²	Mutuelle du Pays Martégal	G.C.M.	51 070 €
Polyvalent	117 RUE GABRIEL PERI	13230	PORT ST LOUIS	520 m ²	S.C.I. MdP	G.C.M.	14 708 €
Polyvalent	118 RUE GEORGES ROMAND	13600	LA CIOTAT	512 m ²	C.N.M.	G.C.M.	2 172 €
Polyvalent	17 BD MARCEL CACHIN	13130	BERRE L'ETANG	1200 m ²	Mairie	G.C.M.	3 005 €
Polyvalent	AVENUE JEAN MERMOZ	13140	MIRAMAS	970 m ²	Mairie	G.C.M.	0 €
Polyvalent	3 ROUTE DE LA GAVOTTE	13015	MARSEILLE	950 m ²	G.C.M.		
Polyvalent	18 RUE GAMBETTA	13110	PORT DE BOUC	1364 m ²	M.F.SUD Les Amis de la médecine sociale	G.C.M.	445 € 1 775 €
Polyvalent	1 RUE FRANCOIS MOISSON	13002	MARSEILLE	1800 M2	Mairie	G.C.M.	
Adm							
Adm	41 RUE DE VILLAGE	13006	MARSEILLE	400 m ²	G.C.M.		
Pharmacie	3 PLACE DU LYCEE	13001	MARSEILLE	487 m ²	S.C.I. MdP	G.C.M.	32 115 €

Clinique	4 ALLEES DE LA FEUILLERAIE	13004	MARSEILLE	3650 m ²	S.C.I MDP	G.C.M.	87 587 €
Polyvalent					S.C.I. Feuilleraie		52 500 €
Clinique	89 BD DE SABLIER	13008	MARSEILLE	6164 m ²	G.C.M.		
Dentaire				200 m ²			
Optique				150 m ²			
Matériel Médical				60 m ²			
SSIAD	84 AVENUE DU 8 MAI 1945	13240	SEPTEMES LES VALLONS	47 m ²	SCI JC2DR	G.C.M.	7 800 €
Optique	18 RUE GRIGNAN	13001	MARSEILLE	120 m ²	Cabinet Villemain	G.C.M.	24 045 €
Optique	12 COURS BARTHELEMY	13400	AUBAGNE	111 m ²	Mme Rimbaud	G.C.M.	12 541 €
Optique	29 AVE GABRIEL PERI	13230	PORT ST LOUIS	67 m ²	S.C.I. MdP	G.C.M.	3 661 €
Optique	20 PLACE DE LA REPUBLIQUE	13200	ARLES	120 m ²	Mmes Grapinet et Para	G.C.M.	23 906 €
Optique	ALLEE CHARLES DULLIN - ZONE DE L'ESCALION	13500	MARTIGUES	90 m ²	S.C.I de l'Avenir	G.C.M.	20 008 €
Optique	172 RN ST ANTOINE	13015	MARSEILLE	130 m ²	Immobilière du Palais	G.C.M.	14 631 €
Optique/M.F.Sud	168 RN ST ANTOINE	13015	MARSEILLE	110 m ²	Immobilière du Palais	G.C.M.	14 567 €
	Refacturation MFS 7901 € par an						
Optique	115 AVE DE LA ROSE	13013	MARSEILLE	110 m ²	M.F.SUD	G.C.M.	11 363 €
Optique	3 PLACE DE GUEYDAN	13120	GARDANNE	85 m ²	M. Orcel	G.C.M.	7 984 €
Optique	23 RUE DU MARECHAL JOFFRE	13300	SALON	70 m ²	Cabinet Lamy	G.C.M.	9 374 €

Optique	16 RUE DES POILUS	13600	LA CIOTAT	125 m²	Cabinet Barral	G.C.M.	9 532 €
Optique	12 RUE DES TANNEURS	13100	AIX EN PROVENCE	78 m²	Ma nouvelle Mutuelle	G.C.M.	9 240 €
Admin.	134 AVE DE TOULON	13006	MARSEILLE	416 m²	M.F.SUD	G.C.M.	35 600 €
Atelier	12 RUE ST ELOI	13010	MARSEILLE	150 m²	M.F.SUD	G.C.M.	0 €
						M.F.SUD	le gcm paye les charges (edf...)
Foyer Logement	LES HERMES RUE DU PILON DU ROI BAT.E	13127	VITROLLES	4732 m²	Logis Méditerranée	G.C.M.	157 924 €
C.E.	152 AVE DE TOULON BAT J	13010	MARSEILLE	80 m2	M. Poggi	G.C.M.	7 276 €
Adm	127 RUE PARADIS	13006	MARSEILLE	12 m2	G.C.M.		
Adm	COLONIE LES GENTIANES QUART. BASSE CREYERE	04140	SEYNE LES ALPES	26 300 m2	G.C.M.		
Admin.	154 AVE DE TOULON	13010	MARSEILLE	66 m2	M.F.SUD	6 600 €	Refacturation loyer au DEM

Pièce jointe n°6 : Liste des avantages extra-conventionnels

Type d'accord	Avantages
NAO 1992	Prime de crèche accordée aux Médecins Généralistes à la fonction
Accord du 18/01/2001 transposant la Convention Collective Mutualité	Réduction du temps de travail d'1 heure par jour pour les salariées enceintes Congé post-maternité de 3 mois demi-salaire ou 2 mois plein salaire Prime de crèche accordée au personnel temps plein 5,95 € / jour ouvré travaillé Chèque repas valeur faciale 7 € (60 % depuis la NAO de 2007 pris en charge par l'employeur) Prime d'activité optique pour le personnel des Centres Indemnité de départ à la retraite montant plafond 12 mois de salaire plafonné à 3120 fois la valeur du point (24616 €)
Protocole de décembre 2001 personnel FEHAP	Prime de crèche 5,95 €/jour ouvré travaillé pour le personnel temps plein Congé post-maternité 2 mois plein salaire ou 3 mois demi-salaire Prime transport FEHAP 3,51 € Prime préleveur 10 points Congé rayons remplacé par une prime en nombre de points pour les manip radio FEHAP
Accord cadre du 3 janvier 2000 sur l'organisation des gardes	Prime de garde pour les Médecins Généralistes
Protocole de mobilité de 2006 (personnel CCM et FEHAP)	Pour les salariés mutés lorsque la mutation les éloigne d'une distance supérieure à 20 km de leur domicile : soit prise en charge des frais de transport, soit prise en charge des frais de déménagement et réinstallation (prise en charge du loyer). <u>Pendant 5 ans.</u>
NAO 2007 Convention Collective Mutualité	Mise en place des majorations au choix à l'embauche pour les personnels
Protocole Journée de solidarité 27/05/2008 (ensemble du personnel)	Le Lundi de Pentecôte reste un jour férié. Aucune récupération n'est effectuée par le personnel de l'U.E.S., qui bénéficie ainsi d'1 jour de repos supplémentaire.
NAO 2008	Rémunération des accords CNAM pour les personnels Convention Collective Mutualité (assistantes dentaires et secrétaires médicales) Affiliation des agents d'encadrement CCM ET FEHAP à compter du 01/01/2009 à une caisse complémentaire cadres Octroi d'une prime de responsabilité de 300 € bruts annuels payable par mois (13.55) pour les agents d'encadrement des Centres de Santé (CCM) Augmentation du délai d'acquisition de congés payés en cas de maladie de 30 à 90 jours (FEHAP) Revalorisation des jours congé congrès des praticiens, Chirugiens Dentistes et Médecins (6 jours maximum)
NAO 2009	Rémunération des accords CNAM personnel CCM, sauf secrétaires médicales et assistantes dentaires Modification des modalités relatives à l'expérience professionnelle acquise pour la CCM Prime de 1% de la RMAG 2010 mise en place pour le personnel CCN Mutualité (plancher 250 €)
Décision Direction entreprise - Réunion Délégués du Personnel année 2000	Prime fonctionnelle accordée au personnel FEHAP de la stérilisation (14 points)
Décision Direction entreprise 2007	Prime 10 points pour les Assistantes dentaires (Convention Collective Mutualité) ayant suivi un stage APAVE. Majoration de choix à l'embauche pour les Manipulateurs radio CCN Mutualité
Décision Direction entreprise 2010	Majoration de choix à l'embauche pour les Infirmières CCN Mutualité. Prime fixe mensuelle en fonction de l'ancienneté.
Décision Direction entreprise 2011	Majoration de choix à l'embauche pour les Techniciens de laboratoire CCN Mutualité

Annexe 5 : Le Grand Conseil de la mutualité – Activités

Introduction

- [332] L'activité du Grand Conseil reste très centrée sur le secteur sanitaire, même si elle s'est récemment élargie au secteur médico-social avec la reprise en 2008 du foyer-logement des Hermes.
- [333] Le chiffre d'affaires, d'un peu moins de 78 M€ en 2011, est en diminution sur les trois dernières années. Il provient d'un nombre d'activités diversifiées, ce qui est l'une des caractéristiques du Grand conseil. Cette diversité provient du nombre d'activités différentes que gère le grand conseil : activité médicale, optique, audioprothèse, pharmacie, magasin de matériel médical, laboratoire d'analyses médicale, activité hospitalière, HAD, SSIAD et foyer-logement. Elle tient aussi à l'importance du réseau et au nombre de centres et lieux d'implantation (47).
- [334] La distribution du chiffre d'affaires entre les différentes activités est globalement stable, même si l'on note certaines évolutions dont la plus nette est la diminution importante de l'activité de la pharmacie.

Tableau 18 : Chiffres d'affaires 2009-2011 par activités (en milliers d'€)

		2009	2010	2011 (*)	variation 2009-2011 (%)
ambulatoire	centres médicaux	19 313	18 818	19 200	-0,6
	centres dentaires	25 399	26 111	26 584	4,7
	centres optiques	6 058	5 783	5 768	-4,8
	pharmacie	4 936	4 333	2 999	-39,2
Total ambulatoire	55 706	55 045	54 551	-2,1	
hospitalisation- médico-social	clinique	19 489	19 170	18 569	-4,7
	SSIAD	2 435	2 380	2 418	-0,7
	HAD	1 336	1 424	1 465	9,7
	foyer-logement	857	896	893	4,2
Total HMS	24 117	23 870	23 345	-3,2	
Total GCM		79 823	78 915	77 896	-2,4

Source : Comptes de résultats – GCM

(*) Chiffres provisoires pour 2011

- [335] Le chiffre d'affaires global est plutôt orienté à la baisse, ce qui traduit la stagnation voire la baisse de l'activité, bien que celle-ci s'accompagne en 2011 d'un redressement de la situation financière, imputable pour l'essentiel à des baisse de charges importantes à la clinique Bonneveine (cf. annexe n° 4 Appui à l'évaluation de la situation financière). Les chiffres du 1^{er} trimestre 2012 confirment cette baisse.

[336] Les éléments chiffrés figurant dans cette annexe proviennent à la fois de différents documents du GCM (rapports d'activité 2010, tableaux de gestion établis pour la préparation du budget 2012 par le tout récent contrôleur de gestion, données fournies par la DG à l'occasion de la mission) et d'une étude de la CPAM des Bouches-du-Rhône sur le second semestre 2011. Un certain nombre de différences ont été relevées d'une part entre les données CPAM et les données CGM en termes d'activité, et entre données du GCM, notamment sur le chiffre d'affaires des activités y compris au sein d'un même rapport d'activité. Sous ces réserves quant à la totale cohérence des éléments reçus, la mission s'est fondée sur cet ensemble pour les constats ci-après, en précisant pour chaque constat la source utilisée.

1. L'ACTIVITE MEDICALE : L'OFFRE PLURIDISCIPLINAIRE DE ONZE CENTRES MEDICAUX POLYVALENTS

1.1. *Offre de services*

[337] Au nombre de 11, les centres médicaux, aussi dits polyvalents, proposent sur un site unique une offre de soins plus ou moins étoffée :

- médecine générale : 57 généralistes, représentant 46,97 ETP⁴⁴ effectuent des consultations, quelques visites à domicile, et une participation à la permanence des soins (45 nuits et WE par an) ;
- spécialités : plus de 250 praticiens à temps partiel (représentant 47 ETP) qui font des vacations de spécialités de 1h à 35H et proposent 29 spécialités médicales, avec une offre moyenne de 14 spécialités par centres ; s'y ajoutent cinq spécialités paramédicales (de 1 à 5 spécialités selon les centres) ; aucune délégation de tâches n'est mise en place ;
- imagerie : radiologie conventionnelle dans tous les centres sauf un (Aix) et échographie dans 4 d'entre eux ;
- prélèvements effectués dans tous les centres et adressés au laboratoire central de la Feuilleraie pour la majorité des centres ; plusieurs certes conservent toutefois une activité de laboratoire (le regroupement sur la Feuilleraie devait être achevé fin 2010 initialement) ;
- un centre dentaire implanté dans le centre, dont l'activité est enregistrée séparément, le centre étant doté d'un n° FINESS différent.

[338] Les centres médicaux assurent aussi les IVG médicamenteuses en complément de celles réalisées à la clinique Bonneveine.

[339] Les centres disposent d'un équipement plus ou moins complet : une ou deux salles de radiologie (19 au total dont plusieurs tables télécommandées), échographes, électrocardiographe, équipement ophtalmologique, cabines d'audiométrie, ... Cet équipement est pour l'essentiel propriété mutualiste (soit du Grand conseil soit le plus souvent des mutuelles du livre II membres du conseil d'administration), mais également des collectivités (à Gardanne la municipalité est propriétaire de la salle d'imagerie et de matériel ORL, d'ophtalmologie et gynécologie, à Miramas, de la cabine d'audiométrie), enfin aussi de certains praticiens (électromyographes).

[340] Les centres du GCM ont tous opté pour l'option de coordination des soins, laquelle fait l'objet d'un financement spécifique de l'assurance-maladie (cf. annexe n°4). Plus de 24 000 (hors dentaire) patients ont ainsi désigné un médecin du centre comme coordonnateur de leur dossier médical.

⁴⁴ Source GCM – tableaux 2011 par centre du contrôle de gestion

[341] Les médecins généralistes (à l'exception d'un seul médecin en fonction et des vacataires, dont trois médecins en cumul emplois-retraites) sont rémunérés à la fonction, sans lien avec leur activité. Les médecins spécialistes (comme les chirurgiens-dentistes, cf. annexe 1), sont en revanche rémunérés en fonction de leur activité.

[342] Chaque centre compte un responsable administratif, un agent de maîtrise dans de nombreux cas, un médecin directeur, sans autorité hiérarchique toutefois sur les autres médecins, des agents d'accueil, du personnel médical et du personnel soignant. Les fiches de poste relatives aux responsables et agents de maîtrise sont des plus succinctes et ne permettent pas d'identifier clairement :

- le contenu clair de la fonction de responsable : animation locale, développement et promotion de la mutualité, (c'est l'unique contenu de la fiche) ou direction/gestion du centre (ce qui est une partie importante de la réalité constatée sur site) ?
- la relation avec la direction opérationnelle du siège,
- le positionnement respectif des deux postes d'encadrement local,
- le contenu concret, sur un centre donné, de la fonction d'agent d'encadrement.

Tableau 19 : fonctions d'encadrement des centres

Responsable local	Agent d'encadrement
<p>-assure la conduite des œuvres sociales d'un territoire sur la base des règles de fonctionnement en vigueur</p> <p>Prend toutes les dispositions dans le cadre des orientations définies par sa hiérarchie pour que les œuvres sociales</p> <p>Assure l'optimisation de la relation entre l'union des mutuelles de Provence et les autres mutuelles du territoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - encadre et anime un groupe de travail administratif et/ou technique - participe à l'application et l'optimisation des procédures et méthodes. Analyse, commente et met en œuvre les documents techniques liés à son activité - réalise les traitements et contrôles des logiciels relevant de son activité - assure les tâches spécifiques de son métier

Source : Fiches de poste - GCM

Tableau 20 : Répartition des ETP par centre de santé polyvalent

	Chiffre d'affaires (€)	Généralistes	Spécialistes	Radiologues	Manip.radio	Paramédicaux	Administratif	Accueil	nb d'ETP Administratif/accueil pour 100K€
Aix	653 013	2,2	2,8			0,43	2	3,5	0,84
Berre	1 305 019	4,2	2,26	0,29	0,15	0,28	2	3	0,38
Bonrefon	1 900 377	4,37	4,69	0,43	1	1,99	2	5,6	0,40
La Feuilleraie (R Bacci)(*)	4 612 940	4,84	13,88	0,17	1,5	3,4	4	11,72	0,34
Gardanne	1 295 737	4,77	2,73	0,73	1,25	1,11	2	3,6	0,43
La Ciotat	1 192 607	3,86	3,29	0,45	1	0,8	2	3	0,42
Martigues	1 988 629	5,72	4,15	0,55	1,5	0,92	2,5	5,23	0,39
Miramas	1 157 185	3,83	2,65	0,17	1	0,86	2	3,5	0,48
Paul Paret	2 340 764	5,23	6,35	0,4	1,5		2,7	6,36	0,39
Port de Bouc	1 528 692	4,8	2,49	0,51		0,84	2	5,45	0,36
Port Saint-Louis	1 068 578	3,15	1,81	0,36	1	0,56	1	3,38	0,41

Source : GCM – contrôle de gestion – tableaux de gestion 2011

(*) L'activité de laboratoire du centre de La Feuilleraie justifie 1,6 M€ du chiffre d'affaires.

- [343] Dans chaque centre, une infirmière est responsable de l'hygiène.
- [344] Les rendez-vous sont pris par le personnel d'accueil de chaque centre et pour chaque centre, au téléphone ou sur place. L'accueil est plus ou moins polyvalent selon les centres : polyvalence totale dans certains, accueils distincts pour l'imagerie dans d'autres, accueil téléphonique dédié ou non. Le tableau supra révèle une relative homogénéité, en ETP rapporté au chiffre d'affaires, du poids de cette fonction cumulée à l'administration (un peu plus de 0,40 ETP pour 100 K€ de chiffre d'affaires), à l'exception notable du centre d'Aix.
- [345] Les rendez-vous sont pris tous les 20 minutes (paramétrage du SI). Certains médecins ont toutefois un agenda plus resserré (jusqu'à 10 minutes) dans certains centres. Certaines plages sont, selon les centres, réservées aux consultations sans rendez-vous. Certains médecins acceptent a priori la prise de rendez-vous en surnombre (en général un rendez-vous supplémentaire par heure). Dans d'autres cas, le personnel d'accueil doit interroger le praticien pour savoir s'il accepte ou non le rendez-vous.
- [346] Il n'y a pas de partage entre centres des agendas, y compris lorsqu'un médecin (spécialiste) effectue des vacances sur plusieurs centres. Le responsable SI indique que cette fonctionnalité est possible sur le système existant. La responsable de la coordination des centres a précisé à la mission qu'une tentative malheureuse (des erreurs de programmation) aurait conduit à ne pas autoriser l'accès aux personnels d'accueil. Le patient ne se voit ainsi proposer de RV que dans le centre qu'il contacte, sans mutualiser des plages de spécialités entre centres. La richesse du réseau n'est donc pas mobilisée.
- [347] La facturation se fait a priori, par les agents d'accueil avant la consultation ou l'acte technique et après vérification de l'existence de droits, sur la base des informations figurant sur la carte vitale. Trois centres sur onze ne sont pas équipés de borne de mise à jour des cartes Vitale. A Paul Paret, le centre envoie les patients à la pharmacie voisine.
- [348] Les horaires d'ouverture varient selon les centres, l'amplitude horaire allant de 44 à 68 heures par semaine. Le GCM ne dispose pas d'éléments relatifs à la fréquentation en fonction des horaires, hormis sur Paul Paret, où une étude a été conduite sur les horaires de la garde (Cf. PJ n°1). Elle permet de constater que si le rythme des visites reste soutenu jusqu'à 19h30, leur nombre diminue ensuite de manière très importante, et qu'il n'y a plus de consultations sur la tranche horaire 20-21h.
- [349] Tous les centres proposent une coordination complète des soins et un dossier médical partagé entre les praticiens exerçant au sein du centre. Ce dossier est également accessible par les praticiens exerçant sur un autre centre et qui recevrait un patient en provenance d'un centre du réseau.
- [350] Les centres pratiquent le tiers payant intégral pour les adhérents d'une mutuelle du GCM (ou pour celles avec lesquelles existent un accord spécifique). Pour les autres patients (61 % de la patientèle en moyenne), le tiers payant porte sur la part « sécurité sociale », à charge pour le patient de faire rembourser la part complémentaire par sa mutuelle.
- [351] Les centres assurent une garde selon les modalités suivantes :
- tour de garde avec les médecins de la ville : Port St Louis, Berre, Miramas et Port de Bouc ;
 - tour de garde à la Maison Médicale : Martigues ;
 - gardes « autonome » soit sous forme de visites à domicile : La Ciotat, Aix et Gardanne, soit de garde dans le centre : Paul Paret de 17h30 à 21h00 ;
 - service dit « médical mutualiste » (visites à domicile assurées par des médecins extérieurs au centre de 20h00 à 0H) : La Feuilleraie.
- [352] Le centre Louis Bonnefon n'a aucune organisation de permanence des soins.
- [353] Le coût global de la garde est de 270 K€, pour un résultat déficitaire de -135 K€ (hors la Feuilleraie, pour lequel la mission ne dispose pas de données chiffrées).

- [354] Les résultats financiers de l'activité de garde en fonction des différents modes d'organisation (cf. annexe n°4 Appui à l'évaluation de la situation financière), l'étude menée sur Paul Paret s'agissant de la fréquentation en fonction des horaires impliquent de mener une réflexion plus approfondie sur la garde.
- [355] Le choix d'un système autonome, contraignant pour les centres en termes de mobilisation de son personnel, doit être interrogé, notamment lorsque cette PDS « autonome » coïncide avec la présence à proximité d'une maison médicale de garde. Le modèle économique, hors régulation du 15, du « service médical mutualiste » de La Feuilleraie doit être détaillé et justifié.
- [356] Les centres médicaux ont également développé avec leur environnement un certain nombre de partenariats : utilisation conjointe ou mise à disposition par un tiers d'un équipement lourd (scanner par exemple), participation à des campagnes de dépistage (notamment dans le cadre de l'option de coordination, cf. infra), quelques prestations de service du centre au profit d'un autre acteur (c'est notamment le cas des visites de médecine du travail au profit de diverses administrations).
- [357] Ils participent, dans le cadre de l'option de coordination, aux campagnes de prévention : campagnes de dépistage du cancer du sein et suivi des vaccinations.
- [358] Pour la majorité des centres, ces partenariats ne sont pas révélateurs d'une réelle stratégie de développement des coopérations avec l'environnement, notamment hospitalier ou médecine de ville, pour développer les complémentarités et l'activité des centres.
- [359] Il faut noter toutefois que le centre de Miramas est labellisé « Maison régionale de santé » par le Conseil régional, avec un financement de 51 K€, sans financement de l'ARS qui a financé sur le FIQS six maisons pluridisciplinaires de santé libérales.
- [360] Les centres de La Ciotat et de Port-de-Bouc ont également obtenu un financement de l'Acisé de 10 K€, dont le versement est suspendu dans l'attente du jugement.

1.2. Activités

1.2.1. Données générales

- [361] En application de la loi, les centres médicaux sont ouverts à tous les patients, quel que soit leur régime d'affiliation et leur mutuelle de rattachement.
- [362] 80 % des patients des centres de santé en 2010 relèvent ainsi du régime général de sécurité social, 20 % d'autres régimes. Cette répartition peut être différenciée selon les centres, leur implantation et leur histoire.

Tableau 21 : Origine des patients par régime par centre

centres médicaux	Aix	Berre	Bonnefon (Marseille)	La Feuilleraie(R Bacci - Marseille)	Gardanne	La Ciotat	Martigues	Miramas	Paul Paret (Marseille)	Port de bouc	Port St Louis
Total patients (nb)	10148	9966	12739	22733	9126	7689	12180	8642	22590	12237	7868
% Régime général	72,6	77,1	84,7	82,9	80,9	81,4	81,6	75,0	86,5	86,1	80,0
% Autres régimes	27,4	22,9	15,3	17,1	19,1	18,6	18,4	25,0	13,5	13,9	20,0

Source : GCM – rapports d'activité des centres 2010

Tableau 22 : Proportion d'adhérents du GCM dans les patients des centres médicaux

centres médicaux	Aix	Berre	Bonnefon (Marseille)	La Feuilleraie(R. Bacci - Marseille)	Gardanne	La Ciotat	Martigues	Miramas	Paul Paret (Marseille)	Port de bouc	Port St Louis
Adhérents à une mutuelle du GCM	20,20%	22,76%	44,16%	57,12%	31,84%	41,81%	43,46%	26,14%	42,64%	39,91%	36,75%

Source : GCM – rapports d'activité des centres 2010

[363] La proportion moyenne de mutualistes du GCM fréquentant les centres, pondérée du nombre de patients pour chaque centre, est de 39 %. C'est donc une partie importante de non-adhérents qui bénéficient des services du GCM.

[364] L'activité a représenté en 2011 de l'ordre d'un million d'actes.

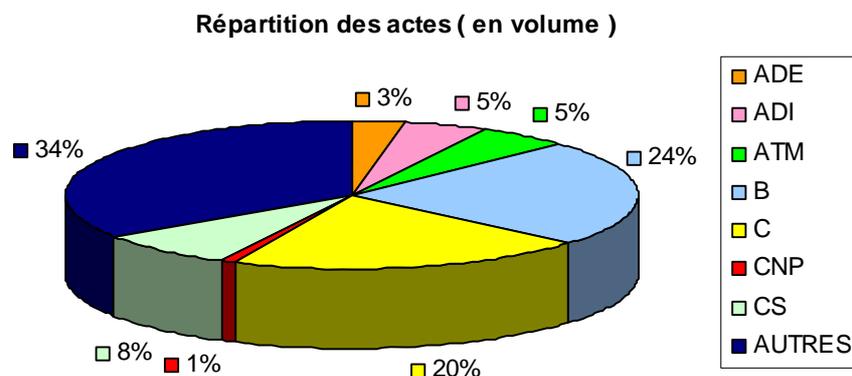
Tableau 23 : Les 6 actes principaux : nombre et montants (2nd semestre 2011)

Actes	Nombre	Montants (€)
Echographie	13 987	704 473
Imagerie	22 243	58 0040
Actes techniques médicaux	23 625	605 491
Laboratoire (B)	109 474	486 384
Consultations	94 251	1 873 223
Consultation psychiatriques	3 154	89 124
Consultations spécialisées	38 312	665 619
Total	305 047	4 984 355

Source : CPAM 13 – étude 2nd semestre pour le régime général

[365] Selon les données de la CPAM des Bouches-du-Rhône sur le second semestre 2011, 6 actes représentent 66 % des activités des centres médicaux en volume et 76 % en valeur : les consultations de médecine générale (C), les consultations de spécialistes (CS), les consultations en psychiatrie (CNP), les actes d'échographie et d'imagerie (ADE – ADI), les actes technique médicaux (hors imagerie (ATM) et les actes de biologies, dans les proportions suivantes :

Graphique 4 : Activités principales des centres médicaux du GCM (en nombre d'actes)

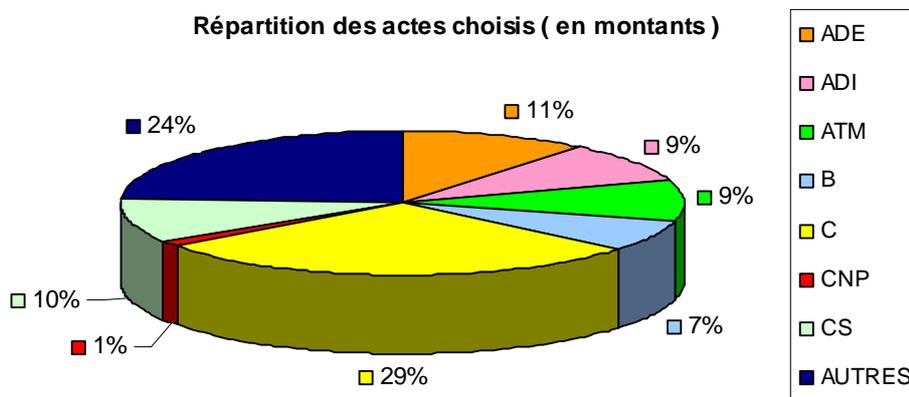


Source : CPAM 13 – 1nd semestre 2011

[366] Si en nombre d'actes, ce sont les actes de biologie qui sont les plus représentés (24 %), suivis des consultations et des consultations de spécialistes, la proportion est différente s'agissant du montant des remboursements.

[367] En valeur, ce sont les consultations de généralistes qui représentent l'essentiel des remboursements (29 %). Les actes d'échographie et les consultations de spécialistes ne représentant respectivement que 11 et 10 % des montants remboursés.

Graphique 5 : Principales activités des centres médicaux du GCM (% en montants de remboursements)



Source : (données CPAM 13 – 2nd semestre 2011)

[368] Globalement et toujours selon la même étude, l'activité des centres médicaux du GCM représente **2,67 % des actes de même nature réalisés sur le département**. On note une prévalence de la biologie (3,48 % en quantité d'actes mais 0,72 % en montants).

- [369] La proportion d'actes en ALD est légèrement plus importante dans les centres médicaux que dans le département (33,66 % contre 31,97 %). Ce chiffre est à mettre en corrélation avec les données relatives à la patientèle des centres médicaux du GCM, qui compte **27,79 % de bénéficiaires d'une ALD contre 16,11 % pour les bénéficiaires du département** (Cf. annexe 3 Place du GCM dans l'offre de soins des Bouches-du-Rhône).
- [370] La proportion des actes et consultations en lien avec une ALD, réalisés au sein des centres de santé du GCM, est variable selon les actes : comprise entre 24 % (actes d'imagerie) et 41 % (actes de biologie).
- [371] L'activité médicale, qui est le pivot de l'activité du GCM, demeure l'un des principaux contributeurs au chiffre d'affaires de l'organisme, avec une très légère augmentation en 2011 du fait du passage de la consultation de 22 à 23 €. C'est également le secteur le plus en déficit (Cf. annexe 7 Appui à l'évaluation de la situation financière).

1.2.2. Activités

1.2.2.1. Médecine générale

- [372] Avec un peu moins de 215 000 actes, les consultations sont les actes les plus importants en nombre et en valeur des centres médicaux (cf. supra).
- [373] L'activité est variable à la fois selon l'importance du centre, le panel d'activités et l'activité propre des médecins. La pièce jointe n° 2 fait le point, sur la base des données fournies par la direction du GCM pour l'activité de médecine générale, du nombre de consultations et autres actes par centre et par médecin et permet d'éclairer cette activité en valeur absolue comme en valeur relative.
- [374] Pour l'activité de médecine générale, le chiffre d'affaires se distribue, en valeur absolue selon trois catégories :
- un gros centre, dont l'activité dépasse les 25000 actes, avec un chiffre d'affaire supérieur à 650 K€⁴⁵ ;
 - une catégorie de centres dont l'activité est comprise entre 15 000 et 22 000 actes pour des chiffres d'affaires compris entre 450 et 575 K€ ;
 - des centres plus modestes, dont l'activité représente de 10 000 à 16 000 actes avec un chiffres d'affaires inférieur à 400 K€ (et même à 300 pour le plus petit).
- [375] Ce constat en valeur absolue doit être relativisé au regard de l'activité rapportée au nombre d'ETP de médecins présents dans le centre. Cette analyse en valeur relative, réalisée sur la base de données communiquées par le GCM, en rapportant la production (actes et chiffres d'affaires) au nombre d'ETP permet de remarquer :
- d'une part une très grande disparité de l'activité des médecins entre centres ;
 - d'autre part une grande disparité de l'activité pour 1 ETP au sein du même centre ;
 - enfin un nombre relativement modeste d'actes par ETP.

⁴⁵ Chiffre d'affaires de la médecine générale

- [376] Selon les données communiquées par le GCM, qui agrège pour les médecins généralistes consultations et actes techniques, le nombre moyen d'actes par ETP varie par centre entre 3919 et 6638. Au niveau des médecins, l'écart entre les deux extrêmes varie de 2673 à 15917 et 3230 à 7188 actes par ETP si l'on écarte ces extrêmes. 3 centres réalisant en moyenne plus de 5200 actes par ETP, 5 moins de 4500. Le modèle économique présenté par Coatis-Santé⁴⁶ se fonde sur une hypothèse de 5830 actes par ETP.
- [377] 8 centres sur 11 ont une moyenne d'actes par ETP inférieure à la moyenne de l'ensemble des centres (de -2,2 à -16,5 %) ; 57 % des médecins réalisent moins d'actes que cette moyenne, 29 % réalisant moins de 4000 actes.
- [378] Cette dispersion du nombre d'actes réalisés par ETP, se retrouve logiquement au niveau des chiffres d'affaires moyens.
- [379] Le chiffre d'affaires par médecins varie de 61 484 à 369 264 € ; même en écartant ces deux extrêmes, l'écart est de 72 858 à 171 124 €.
- [380] Au sein d'un même centre des écarts de chiffres d'affaires (et de nombre d'actes) par ETP entre les deux extrêmes allant de 17 % (Gardanne) à 83 % (Bonnefon) ; trois centres présentent en interne des écarts inférieurs à 20 %, la majorité un écart compris entre 28 et 50 %.
- [381] Cette différence se retrouve entre centres : 7 centres sur 11 ont un chiffre d'affaires moyen par ETP inférieur au chiffre d'affaires moyen/ETP de 114 041€ pour l'ensemble des centres, dans des proportions -2,3 à -16 % par rapport à cette moyenne. Le même constat prévaut s'agissant du chiffre d'affaires médian, avec 7 centres sur 11 présentant un chiffre d'affaires inférieur à la médiane pour l'ensemble des centres (108 722 €) ; l'écart à cette médiane est moins important (de -1 à -8 %), mais reste significatif pour certains centres.
- [382] Il faut rappeler par ailleurs que le coût moyen chargé d'un médecin généraliste est de 118 615 €, à rapprocher du chiffre d'affaire moyen de 114 041 €. La productivité médicale apparaît donc insuffisante.
- [383] Quelques constats complémentaires quant à ces différences permettent d'identifier :
- une moindre « performance » des médecins remplaçants (peut-être en lien avec une quotité de temps souvent faible, un manque de pratique ou/et une relation différente avec l'équipe en place), même si l'un des cas vient contredire ce constat ;
 - le médecin qui réalise le plus grand nombre d'actes est le seul rémunéré à la part ; mais son cas excepté, on note tout de même pour des médecins rémunérés à la fonction, un gros écart entre le plus petit et le plus grand nombre d'actes (2673 contre 7188), mais une moyenne globalement plus faible que le modèle précité si l'on enlève les quelques médecins (10) qui font plus de le chiffre de 5830 actes ;
 - la taille du centre et le nombre de médecins ne suffisent pas à expliquer les écarts entres centres ; en revanche au sein d'un même centre, les écarts les moins importants (17 à 18 % entre le plus grand nombre d'actes et le plus petit) sont constatés dans les trois centres ne comptant que 4 médecins ; il n'est toutefois pas possible d'en déduire l'existence d'une dynamique d'équipe (quel que soit ce qui en résulte) sans analyse plus précise, car d'autres centres de même configuration présentent des profils très différents en termes de répartition de l'activité.

1.2.2.2. Les spécialités et autres activités

- [384] Les 29 spécialités et les 5 spécialités paramédicales proposées par les centres médicaux sont répertoriées, par centre et par ETP, en pièce jointe n°3.

⁴⁶ Etude décembre 2011 pour la mutualité et le réseau national des centres de santé mutualistes

[385] Cinq spécialités représentent 68,8 % des actes : l'ophtalmologie, la cardiologie, la dermatologie, l'ORL et la gynécologie obstétrique.

Tableau 24 : Spécialités médicales et paramédicales proposées par les centres médicaux du GCM

Spécialités médicales (dont imagerie)			Laboratoire		spécialités paramédicales		
Nb d'actes	ETP	spécialité	Nb d'actes	ETP	Nb d'actes	ETP	Spécialités
621	0,16	Acupuncture			1402	0,99	Podologie
26	0,03	Allergologie	32720 B	2,05	507	1,39	Orthophonie
346	0,11	Anesthésie			4111	1,66	Orthoptie
26658	5,37	cardiologie			2866	3,29	Massage- Kinésithérapie
1079	0,52	chirurgie			148	0,34	Diététique
1803	0,54	chirurgie orthopédique					
25733	4,33	dermatologie					
3829	1,60	Doppler-angiologie					
729	0,44	Electromyographie					
319	0,11	Electromyographie rhumato					
1979	0,47	Endocrinologie					
5003	1,21	Gastroentérologie					
4068	1,00	Gériatrie					
4585	1,51	Gynécologie médicale					
12 665	3,04	Gynécologie obstétrique					
1076	0,34	Homéopathie					
164	0,10	Néphrologie					
916	0,31	Neurologie					
118	0,06	Oncologie					
48250	9,26	Ophtalmologie					
14176	4,64	ORL					
7001	2,04	Pneumo-phtisiologie					
6242	2,12	Psychiatrie					
580	0,09	rééducation fonctionnelle					
9619	2,21	Rhumatologie					
49	0,03	médecine interne					
	0,29	Stomatologie					
827	0,32	Urologie					
53078	4,17	Electroradiologie					
5142	1,04	Echographie					

Source : GCM – DG - données 2011 – DG

- [386] Le nombre d'actes réalisés, compte tenu de ce choix d'une offre aussi large que possible dans tous les centres, est parfois extrêmement faible en valeur absolue sur certaines spécialités et/ou pour certains praticiens. Un certain nombre de vacations représente bien moins de 0,1 ETP, soit des vacations d'une à deux heures hebdomadaire ou de deux heures tous les quinze jours pour certaines spécialités. Une réflexion médico économique doit être menée, alliant à la fois une analyse du coût de certaines spécialités, médicales comme paramédicales, au regard de la réalité de l'offre proposée et de la continuité de service véritablement proposée.
- [387] Des entretiens que la mission a pu avoir avec d'autres responsables de centres de santé et des fédérations, il est considéré qu'une vacation de 4 heures constitue une bonne référence en termes de coût/efficacité. Le modèle Coatis préconise des vacations d'une demi-journée.
- [388] L'activité de biologie constitue une partie importante en volume des actes (24 % des actes), mais beaucoup moins en montants (un peu plus de 9 %). Elle dégagerait plus de 100 K€ selon le GCM (mais sans idée claire de l'imputation des charges centrales, ce chiffre n'a pas de signification). Si l'intérêt de proposer dans les centres la possibilité de prélèvements n'est pas douteux en termes d'offre de services, la prise en charge de cette activité en gestion directe par le GCM doit être analysée en termes de coûts, le département ne manquant par ailleurs pas de laboratoires d'analyse. D'autres organisations existent, qui permettent de combiner l'offre du service aux personnes fréquentant les centres et l'externalisation de sa réalisation : soit que le laboratoire libéral soit directement implanté dans le centre et réalise prélèvements et analyses dans des conditions définies par convention avec le centre (exemple du centre de Vaulx-en-Velin la Fondation Dispensaire de Lyon), soit que le laboratoire envoie ses personnels effectuer les prélèvements dans le centre et réalise les analyses, là également dans le cadre d'une convention qui garantisse aux patients le secteur 1 et le tiers-payant (centre de la Mutualité générale Paris).
- [389] Quatre centres prescrivent enfin des IVG médicamenteuses (248 en 2011).

Tableau 25 : Récapitulatif des principaux indicateurs d'activité des centres médicaux GCM

	Aix	Berre	Bonnefon	La Feuilleraie (R.Bacci)	Gardanne	La Ciotat	Martigues	Miramas	Paul Paret	Port de Bouc	Port Saint Louis
Chiffres d'affaires	657 013	1 305 019	1 900 377	4 612 940 ⁴⁷	1 215 737	1 192 607	1 988 629	1 157 185	2 340 764	1 528 692	1 068 578
Nb d'actes ⁴⁸	24 896	25 665	71 215	7 427 251 ⁴⁹	50 381	43 324	67 754	41 015	105 421	50 863	43 794
amplitude horaire	56h40	44 h	59h00	68h00	48h00	46h50	59h00	56h50	50h00	61h50	49h00
nb de généralistes	3	5	5	6	6	4	7	4	6	6	5
ETP généralistes	2,2	4,2	4,37	4,84	4,77	3,86	5,72	3,83	5,23	4,8	3,15
nb de spécialistes	13	17	34	51	17	23	23	21	29	21	13
ETP spécialistes ⁵⁰	2,8	2,26	4,69	13,88	2,73	3,29	4,15	2,65	6,35	2,49	1,81
actes/ETP généralistes	4592	5426	6638	4365	4064	3919	4454	4188	4495	5255	4405
permanence des soins ville	non	oui	non	non	non	non	oui	oui	non	oui	oui
permanence des soins "autonome"	oui	non	oui	oui	oui	oui	non	non	oui	non	non
dossier médical informatisé	oui										
taux de rejet	3,8 % - pas de donnée par centre										
taux d'impayés	4,88 % pas de donnée par centre										
coût tiers payant	3,97€/acte - pas de donnée par centre										

Source : Tableaux de gestion 2011 Contrôle de gestion GCM – rapports d'activité 2010 et fiche Garde GCM – étude CPAM 13 février 2012 – retraitement Mission

⁴⁷ Dont 1 654 000€ Laboratoire

⁴⁸ Etudes CPAM sur les 6 actes principaux du 2nd semestre 2011– extrapolation mission

⁴⁹ Dont la moitié de B

⁵⁰ GCM

2. LES CENTRES DENTAIRE : UN RESEAU ETOFFE ET QUI TEND A CONSOLIDER SON ACTIVITE MALGRE UN REcul DE SES MARGES EN 2011

- [390] Le GCM gère 22 centres, dont 11 situés dans les centres médicaux (dits polyvalents) et 11 isolés, ce qui représente 57 fauteuils. Une majorité des centres compte 2 fauteuils, mais quelques unes des plus grosses structures en compte 5.
- [391] Ces centres sont installés dans 16 agglomérations du département et emploient 100 chirurgiens-dentistes (82 ETP)⁵¹ et orthodontistes et 120 assistants dentaires.
- [392] Tous les centres ont à la fois une activité de soins stricto sensu (de l'ordre de 35 % de l'activité globale) et d'implantologie et d'orthodontie (65 %).
- [393] La pièce jointe n°4 récapitule l'activité par type d'activité et par centre.
- [394] Ils accueillent de l'ordre de 75000 patients chaque année, pour un chiffre d'affaire global de 26,5 M€ en 2011.
- [395] A l'exception du centre isolé de Gardanne géré pour la CARMI (chiffre d'affaires de 80 K€ - 468 patients) dont le conseil d'administration du GCM a récemment décidé de se retirer, les centres se classent en trois catégories :
- six centres recevant une patientèle inférieure ou proche de 3000 patients, avec un chiffre d'affaires compris entre 600 K€ et 900 K€ ;
 - dix centres recevant une patientèle comprise entre 3000 et 5000 patients, pour des chiffres d'affaires de 900 K€ à 1,5 M€,
 - trois centres recevant plus de 5000 patients (de 5100 à 6500), pour un chiffre d'affaires de 1,8 M€ à 2 M€,
 - une exception à cette typologie : le centre dentaire d'Aix qui accueille 1775 patients pour un chiffre d'affaires de 1,6 M€.
- [396] L'activité se maintient et s'est même développée ces dernières années, avec une fréquentation constante. Avec un chiffre d'affaires 2011 de 26,5 M€, l'activité dentaire est celle qui contribue le plus au chiffre d'affaires global du GCM ; elle dégager une marge d'environ 10 à 12 % sur les trois dernières années. Le chiffre d'affaires moyen par fauteuil est de 467 K€.
- [397] Tous les centres n'affichent néanmoins pas la même tendance, avec une activité à la baisse (données par centre pour 2010) dans 8 centres. Le 1^{er} trimestre 2012 affiche une tendance à la baisse d'activité du secteur.
- [398] La patientèle est composée d'adhérents de mutuelles du GCM dans une proportion sensiblement supérieure à celle des centres médicaux, puisque le ratio est de près de 44 %, et supérieur à 50 % dans 6 des 7 centres dentaires de Marseille.
- [399] L'accueil téléphonique et la prise de RV sont réalisés par les assistantes dentaires, ce qui explique l'absence de personnel dédié à ces fonctions dans les centres dentaires et le nombre de ces assistantes (120 personnes).
- [400] Le développement du maillage a permis de mieux répartir la demande et de prendre des rendez-vous (hors urgences, traitées dans la journée) dans un délai moyen de 15 jours. Cela s'est fait au prix d'une augmentation des personnels et de la masse salariale correspondante, d'où un recul en 2011 de la marge de cette activité, qui reste néanmoins excédentaire.

⁵¹ Tableaux de gestion 2012

- [401] Le GCM propose un tarif départemental unique et raisonnable : la couronne céramique est proposée entre 520 à 580€/couronne pour un coût de 500 à 1500€ dans Ameli ; la couronne coulée pour un prix de 272 à 307 € (330 à 500€ Ameli) ; un semestre d'orthodontie coûte 488 € (538 à 1538 €).
- [402] Les centres dentaires travaillent en relation avec 19 laboratoires libéraux de prothèses dentaires, sur la base d'une grille de tarifs et dans le cadre d'une charte avec le GCM qui les oblige à utiliser certains produits, certaines procédures de production, certaines normes de fabrication et de traçabilité et de continuité de livraison en période de congés.
- [403] L'utilisation de matériaux à usage unique est maximisée ; comme pour le secteur médical, des protocoles particuliers d'hygiène sont rappelés dans un guide, auquel l'ensemble des personnels est formé.
- [404] Le GCM est adhérent au GIE mutualiste Dentimut/Ecopharma/Médifrance (DEM) et au réseau dentaire de la FNMF.
- [405] La pratique du tiers payant, les facilités de paiement (3 ou 5 versements) pour les mutualistes et une politique tarifaire modérée pour les prothèses expliquent l'origine d'une patientèle perçue comme moins modeste ou précarisée que pour les centres médicaux par les praticiens et les responsables du GCM. Ils indiquent que dans plusieurs villes, «les praticiens libéraux demandent de faire des devis GCM pour s'aligner ».
- [406] Au total, et pour les 11 centres de santé polyvalents, c'est-à-dire regroupant activité médicale et dentaire, les données communiquées par la FNMF permettent d'établir les comparaisons suivantes avec les autres centres mutualistes :

Tableau 26 : Ratios avec les centres de santé mutualistes

Médical (méthode : benchmark avec les ratios des centres de santé mutualistes déficitaires)		
	CS médicaux et polyvalents en Mutualité	GCM
CA médian	2 479 200,00	1 612 027,55
CA moyen	3 254 579,00	1 119 669,00
Taux de résultat (des CS déficitaires)	-10,30	-15,41
Dentaire (méthode : benchmark avec des centres de santé dentaire de taille équivalente)		
	Centres de santé dentaire en Mutualité (CA entre 0 et 5 millions soit 63 groupements)	GCM
CA par fauteuil	300 000,00	459 987,48
CA moyen	2 400 000,00	1 296 328,36
CA médian	2 400 000,00	1 197 421,00
Taux de résultat	0,37	9,87

Source : FNMF – Direction Santé – affaires économiques et réglementaires – mai 2012

3. LES CENTRES OPTIQUES : UNE ACTIVITE QUI STAGNE FACE A UNE CONCURRENCE ACCRUE DU SECTEUR LIBERAL

- [407] Le GCM dispose d'un réseau de magasins dépositaires de l'enseigne Opticiens mutualistes, qui fournissent des équipements d'optique traditionnels et de basse vision dans certains magasins. Les 12 magasins, situés à Marseille (4), Aix (1), Aubagne (1), Arles (1), la Ciotat (1), Gardanne (1), Martigues (1), Port-Saint-Louis (1) et Salon emploient 41 personnes : 21 opticiens, 12 monteurs vendeurs, 3 employés en contrats pro licence-optique.
- [408] L'objectif affiché est de délivrer un appareillage de qualité et bon marché ; des produits d'entrée de gamme sont proposés aux bénéficiaires de la CMUC.
- [409] 26000 dossiers (achats) ont été réalisés en 2011, au bénéfice d'une majorité de ressortissants du GCM (60 %). Les autres clients sont pour 5 % adhérents de mutuelles conventionnées par le GCM (MGEN, Qualivia, etc.), pour 6 % bénéficiaires de la CMUC et pour 29 % adhérents d'autres mutuelles. Cette répartition est pratiquement inverse de la situation des centres médicaux (39 % d'adhérents d'une mutuelle du GCM).
- [410] Cette activité enregistre une tendance à la baisse depuis plusieurs années, avec une érosion subséquente du chiffre d'affaires et de la marge, d'autant que la mise en place du réseau des opticiens mutualistes tire les prix vers le bas.
- [411] Le prix moyen d'une vente TTC tend à diminuer, passant de 244€ en 2009 à 240 € en 2010, et 238 € en 2011, sous la double pression des mutuelles du livre II et d'une contraction des moyens des ménages.
- [412] L'augmentation des frais de fonctionnement en 2011 lié notamment à l'ouverture d'un centre à Bonneveine (+ 40 K€), la révision de baux locatifs (16 K€), le changement de logiciel métiers (45 K€) et l'augmentation des primes d'assurance expliquent aussi la difficulté à augmenter les marges.
- [413] 2011 marque toutefois une stabilisation relative de l'activité, avec un chiffre d'affaires de 5,7 M€ identiques à 2010, et des résultats qui restent bénéficiaires.
- [414] Trois centres sont particulièrement en difficulté, en lien en particulier avec leur positionnement dans leur territoire et la concurrence d'autres opticiens y compris mutualiste (Salon) dans un cas. Il s'agit des centres d'Arles, de La Ciotat et de Salon. Leur fermeture a été actée par le conseil d'administration du 30 mars 2012.
- [415] Rattachée à l'activité « optique », l'activité « Audition », débutée en 2009 peine à décoller avec un volume sans doute trop restreint et, d'après le responsable du secteur Optique, un contrat de sous-traitance à renégocier.

4. LA PHARMACIE : LE REGROUPEMENT A ENTRAINE UNE REDUCTION DE L'ACTIVITE SANS PARVENIR A ENRAYER LE DEFICIT

- [416] Les deux pharmacies ont fusionnées au 31 décembre 2010 pour faire face à leurs difficultés financières. L'ensemble de l'activité a été reconcentrée sur la pharmacie du Lycée dans le centre de Marseille. Un transfert de clientèle, constaté par le GCM à hauteur de 35 % dans les premiers mois s'est étioilé ensuite, confirmant ainsi la baisse générale de la fréquentation des officines du GCM constatée en 2010 (-14 %). La baisse se confirme au premier trimestre 2012.
- [417] Est rattachée à la pharmacie un magasin médical situé à proximité de la clinique mutualiste.

- [418] Si la baisse des charges d'exploitation nettes et la diminution de la masse salariale suite à la réorganisation ont permis en 2011 de revenir à l'équilibre après le déficit constatée en 2010, la baisse d'activité enregistrée en 2011 (chute du chiffre d'affaire de plus de 30 % en un an) est inquiétante pour cette activité, d'autant que le prix moyen du panier baisse d'une année sur l'autre. Son isolement du reste du réseau ne favorise pas un recrutement par la patientèle des centres médicaux.
- [419] L'année 2012 s'annonce d'autant plus difficile que plusieurs personnels, en congé longue maladie, doivent réintégrer l'équipe (11 ETP de pharmaciens, 12 préparateurs et une apprentie), ce qui va conduire à une nouvelle augmentation des charges, sans que l'on puisse anticiper une augmentation de l'activité. Le 1^{er} trimestre 2012 enregistre au contraire une baisse d'activité de 17 % selon le GCM. La mise sous observation de cette activité avait été décidée par le conseil d'administration du 25 janvier 2011 ; le conseil d'administration du 30 mars 2012 n'a pas à ce stade pris d'autre décision que la prolongation de cette surveillance.

5. LA CLINIQUE MUTUALISTE

- [420] L'établissement de Bonneveine (123 lits et places), situé dans le 8^{ème} arrondissement de Marseille, regroupe depuis fin 2010 l'ensemble de l'activité hospitalière du GCM. Elle compte 199,5 ETP dont 30,7 ETP de médecins.
- [421] Son directeur a été récemment nommé directeur général du GCM ; son adjoint lui a succédé et le poste d'adjoint a été supprimé à cette occasion.
- [422] Dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'établissement commun, l'activité de médecine du site de la Feuilleraie ainsi qu'une partie des personnels a été transférée vers la clinique de Bonneveine à partir d'octobre 2009. L'établissement s'est engagé dans un plan de retour progressif à l'équilibre 2009-2013 qui repose sur le projet d'établissement validé par l'ARS le 12 février 2009.
- [423] Ce projet prévoyait pour l'essentiel, il prévoit :
- le regroupement de La Feuilleraie et de Bonneveine, (*réalisé*),
 - la mutualisation des moyens techniques, logistiques et humains induisant des économies d'échelle et une réduction des effectifs, (*réalisé*),
 - l'adaptation et l'amélioration de l'efficacité des soins et services rendus,
 - le développement des activités,
 - la transformation d'un service d'hospitalisation complète en un service de chirurgie ambulatoire avec une organisation redéfinie (*réalisé*),
 - la construction d'un nouveau centre de consultations et de soins externes (*réalisé* pour un montant revu à la baisse et une subvention du FNSAM de 1,4 M€),
 - la mise en conformité de la pharmacie par son déplacement géographique dans les locaux laissés disponibles par l'actuel centre de consultations et de soins externes, (*réalisé*),
 - la construction d'une extension architecturale de 20 lits, pour accueillir la totalité de l'activité de La Feuilleraie sur le site de Bonneveine, (*stoppé*),
 - la réduction des capacités d'hospitalisation passant de 139 lits et places avant le regroupement à 119 lits et places après le regroupement. (*réalisé*).

- [424] Elle développe une activité de médecine et chirurgie (7335 séjours, 896 séances⁵²), peu spécialisée : les actes de loin les plus fréquents sont les endoscopies digestives en médecine, la chirurgie de la bouche et des dents, la cataracte et les amygdalectomies, l'ablation des végétations et la pose de drains trans tympaniques en chirurgie.
- [425] Elle assure quelques activités particulières : prise en charge en lien avec l'association Handident des soins dentaires pour les handicapés lourds, étape hospitalière du sevrage des toxicomanes (une vingtaine de séjours en 2011), les soins de suite VIH (une vingtaine de séjours), et les IVG (639 en 2010 – 522 en 2011 dont 149 chirurgicales). Elle est autorisée jusqu'à présent pour des séances de chimiothérapie.
- [426] Le service de soins de suite et de rééducation compte 10 lits.
- [427] Cette offre de soins est proposée en secteur 1 à l'exception de rares dépassements.
- [428] Le regroupement sur le site de Bonneveine des lits du site de la Feuilleraie (avec réduction des capacités) la reconstruction d'un centre de consultations externes et une réorganisation des activités au sein de la clinique (jours, HC, semaine) a permis, après une année 2010 difficile (baisse d'activité et déficit de 2 M€) de redresser la situation en 2011, en réduisant fortement les charges (médicales et hôtelières de près de 20 % et de personnel à hauteur de -10 %).
- [429] Le centre de consultations externes, mis en service fin 2010, a permis de développer la chirurgie ambulatoire, qui représente plus de 57 % de l'activité et près de 73 % pour les seuls 178 gestes marqueurs.
- [430] Ces restructurations n'ont pas permis pourtant de réellement faire décoller l'activité, et la tarification 2012 risque de dégrader sa situation, que seule pourrait compenser une hausse de son activité.
- [431] Or du fait du niveau d'activité constaté, les autorisations pourraient être remises en cause en chirurgie cancérologique (seuils non atteints) et de chimiothérapie (900 séances en 2011). Le GCM conteste ce dernier point.
- [432] La présence à l'entour de nombreux établissements de santé rend hypothétique un développement significatif de l'activité, d'autant que le SROS prévoit à terme, en raison des surcapacités du territoire, une diminution des autorisations.

6. LES AUTRES ACTIVITES : HAD, SSIAD ET FOYER-LOGEMENT

6.1. HAD

- [433] L'établissement a ouvert fin novembre 2007 à Martigues. Ce service de 40 places couvre les communes de Port-de-Bouc, Fos-sur-Mer, Port-St-Louis-du-Rhône, Arles, St-Martin-de-Crau. Les partenariats ont été formalisés avec les établissements de santé et les organismes de maintien à domicile du secteur ont été activés au cours du premier semestre 2008.
- [434] L'activité est progressivement montée en charge à partir de la fin de l'année 2008 et en début d'année 2009, mais a connu des débuts difficiles, avec un recul et une stagnation de son activité sur la période de mars à septembre 2009 ; l'année 2009 s'est achevée avec un taux d'occupation modeste (42,29 %, soit 19 patients présents en moyenne), taux qui remonte en 2010 (53,77 % soit 28 patients présents en moyenne 2010).
- [435] Concernant la gestion, le service a été particulièrement confronté à des situations d'absentéisme important à ses débuts (d'où des surcoûts du fait de dépenses d'intérim) et une difficulté plus globale à maîtriser ses coûts ; la situation s'est améliorée en 2010 et 2011, avec un retour à l'équilibre financier. L'activité 2011 se stabilise à son niveau de 2010.

⁵² Hospidiag 2010

6.2. SSIAD

- [436] Cinq SSIAD sont gérés par le GCM : deux à Marseille, un à Port-Saint-Louis, un à Martigues pour les personnes âgées et atteintes du SIDA pour un total de 182 places et un SSIAD de 20 places dédié aux personnes handicapées sur Marseille.
- [437] Le taux d'occupation consolidé avoisine les 80 % en moyenne et l'activité reste globalement stable ; la demande pour les personnes handicapées continue de progresser tandis que celle des personnes âgées plafonne et tend même à baisser depuis 2010.

6.3. Foyer- logement Les Hermes

- [438] L'intégration du Foyer Logement Les Hermes au Grand Conseil de la Mutualité été décidée lors de l'Assemblée Générale du Grand Conseil de la Mutualité du 14 juin 2008, avec effet rétroactif au 1 janvier 2008.
- [439] Ce foyer accueille des personnes âgées (89 places) ; le taux d'occupation, qui varie de 92 à 98 % ; la gestion plus ou moins équilibrée depuis la reprise de cette activité par le GCM connaît une période plus délicate en 2011 du fait, pour l'essentiel, des charges de personnel.

**Pièce jointe n°1 : Gardes au centre médical de Paul Paret –
fréquentation par tranche horaire**

Gardes du soir

Nom	Nombre de soir de garde	Nbre de C de 17h à 18h30	Nbre de C de 18h30 à 19h	Nbre de C de 19h à 19h30	Nbre de C de 19h30 à 20h	Nbre de C de 20h à 21h	Total	Moyenne
Dr A	45	272	42	14	2		330	7,33
Dr B	20	107	21	8	2		138	6,90
Dr C	38	178	25	9	1		213	5,61
Dr D	46	297	50	27	3		377	8,20
Dr E	48	298	34	16	3		351	7,31
Dr F	21	171	16	9			196	9,33
Total	218	1323	188	83	11		1605	7,36

Gardes du samedi

Nom	Nombre de samedi de garde	Nbre de C de 17h à 18h30	Nbre de C de 18h30 à 19h	Nbre de C de 19h à 19h30	Nbre de C de 19h30 à 20h	Total	Moyenne
Dr A	8	37	4			41	5,13
Dr B	7	37	3	3		43	6,14
Dr C	6	19	6	2		27	4,50
Dr D	8	25				25	3,13
Dr E	8	32	1	3		36	4,50
Dr F	3	8	1	0		9	3,00
Total	40	1323	188	83	11	181	4,53

**Dr F gardes du soir et du samedi effectuées du 01/01/2010 au 01/06/2010*

Source : GCM – centre Paul Paret

**Pièce jointe n° 2 : Chiffres d'affaires et nombres d'actes par centre et médecin généraliste
(extrapolation par ETP)**

	CA total 2011	nb d'ETP MG	Nb d'actes du centre (*)	CA par médecin (rapporté à 1 ETP)	Nb d'actes par ETP de médecin (*)	CA moyen par ETP	NB d'actes par médecin (moyenne) (*)	CA médian	NB médian d'actes /ETP
Feuilleraie	498 037	4,85	21171			102 688	4 365	101 570	4342
				101 570	M4342				
				127 222	5392				
				123 687	5191				
				75 273	3230				
				130 253	5621				
				82 975	3541				
			86 555	3671					
Bonnefon	674 817	4,42	29340			152 674	6 638	105 220	4723
				102 251	4350				
				72 858	3067				
				369 264	15917				
				171 124	7188				
				61 484	2673				
				121 092	4723				
R			105 220	4760					
Paul Paret	559 989	5,23	23511			107 072	4 495	107 180	4507
				120 138	4942				
				110 965	4658				
				103 395	4357				
				87 725	3814				
				151 550	6359				
			92 336	3898					

Martigues	571 058	5,13	23315			111 317	4 545	108 722	4405
				108 766	4393				
				94 585	3934				
				121 586	4948				
				143 167	5834				
				95 654	3908				
Aix	239 171	2,2	10103			108 714	4 592	101 993	4434
				121 976	5138				
				101 993	4434				
				85 204	3656				
Berre	525 979	4	21702			131 495	5 426	137 560	5794
				118 630	4842				
				146 280	6014				
				137 560	5872				
				122 062	5013				
Gardanne				140 454	5794				
	457 147	4,77	19384			95 838	4 064	103 383	4301
				89 904	3822				
				106 783	4576				
				103 432	4301				
				103 383	4355				
	R		69 462	3017					
La Ciotat	450 839	3,86	15128			116 798	3 919	104 203	4240
				94 748	3925				
				91 772	3729				
				113 658	4554				
Miramas				163 628	6545				
	387 790	3,83	16041			101 251	4 188	99 821	4166
				103 228	4397				
			96 415	3930					

				112 739	4474				
				92 794	3934				
Port-de-Bouc	451 429	4,26	18767			105 969	4 405	110 742	4555
				80 711	3378				
				110 009	4553				
				115 088	4746				
				103 216	4319				
				111 474	4556				
Port-Saint-Louis				131 204	5526				
	395 401	3,15	16554			125 524	5 255	116 176	4911
				117 299	5023				
				160 649	6559				
				116 176	4911				
	R			79 182	3571				
			115 100	4766					
Total	5 211 656	45,7	214602			114 041	4 696	108 722	4727

Source : GCM – DG – étude CPAM 13 pour la dernière colonne

Pièce jointe n°3 : Spécialités par centre

	AIX - CENTRE DE SANTE POLY VALENT		BERRE - CENTRE MEDICAL		BONNEFON - CENTRE MEDICAL		GARDANNE - CENTRE MEDICAL		LA CIOTAT - MEDICAL		LA FEUILLERAIE - CENTRE MEDICAL		MARTIGUES - CENTRE MEDICAL		MIRAMAS - CENTRE MEDICAL		PAUL PARE MED	
	ETP	nb de médecins	ETP	nb de médecins	ETP	nb de médecins	ETP	nb de médecins	ETP	nb de médecins	ETP	nb de médecins	ETP	nb de médecins	ETP	nb de médecins	ETP	nb de médecins
acupuncture													0,11	1		0,06		
allergologie									0,03	1								
anesthésie											0,11	1						
cardiologie	0,21	2	0,17	2	0,37	2	0,17	2	0,23	4	2,13	4	0,19	1	0,39		4	0,94
chirurgien					0,03	1			0,03	1	0,11	3	0,26	4				0,06
chirurgien orthopédique			0,09	1	0,04	1			0,06	1	0,12	2			0,06		1	0,09
Dermatologue	0,20	2	0,26	4	0,39	3	0,37	2	0,57	2	1,13	3	0,23	3	0,40		1	0,43
Doppler-Angiologie	0,09	1	0,10	1	0,09	1	0,13	1	0,11	1			0,16	1	0,09		1	
Electromyographie													0,14	1	0,07		1	
Electromyographie Rhumato																		0,11
Endocrinologue					0,09	2					0,19	2	0,09	1				0,09
Gastro-Enterologue	0,07	1			0,06	1			0,11	1	0,18	2	0,23	1	0,11		1	0,11
Gériatrie									1,00	1								
Gynécologie médicale	0,31	1									0,09	1			0,17		1	0,09
Gyneco-Obstetricien	0,09	1	0,23	2	0,29	2	0,33	2	0,34	2	0,43	4	0,29	2	0,23		1	0,49
Homéopathie					0,11	1					0,11	1						0,11
Néphrologie											0,04	1	0,06	1				
Neurologue					0,09	1			0,06	1	0,14	1						
Oncologie											0,06	1						
Ophthalmologue	0,47	3	0,66	3	0,71	2	0,80	4	0,74	2	2,70	8	1,09	2	0,37		2	1,40
Oto-Rhino-Laryngologiste	0,17	2	0,33	2	0,34	4	0,19	3	0,23	2	2,27	4	0,23	2	0,13		1	0,46
Pediatre			0,23	1	0,57	1					0,17	1	0,00					0,57
Pneumo-Phtisiologue	0,10	1	0,06	1	0,11	1	0,07	1	0,11	1	0,70	1	0,17	1	0,20		1	0,17
Psychiatre	0,49	1			0,20	1	0,34	1	0,23	1	0,31	2	0,11	1	0,12		1	0,11
Reeducation Fonctionnelle					0,09	1												
Rhumatologue	0,06	1	0,11	1	0,24	1	0,14	2	0,34	2	0,31	3	0,11	1	0,11		1	0,34
Specialiste Med. Interne											0,03	1						
Stomatologue									0,29	1								
Urologue					0,03	1				0,06	1,00		0,04	1	0,09		1	0,03
Imagerie	0,06	1	0,23	1	0,43	1	0,73	1	0,49	1	0,87	4	0,70	1	0,11		1	0,51
Laboratoire (Cote B)											32720B/2,5 ETP							
Podologie	0,06	1	0,11	2	0,11	2	0,11	1	0,11	2	0,14	1	0,09	1	0,04		1	0,11
Orthophoniste									0,34	1	0,24	2						
Orthoptie					0,26	1					1,06	2						0,34
Masseur-Kinesitherapeute					1,00	1					0,29	1	2,00	2				
Diététique									0,03	1	0,09	1	0,06	1				0,11

Pièce jointe n°4 : Centres dentaires – Activité 2010 par centre

			Soins et stomatologie (€)			ODF (€)		Chiffre d'affaires total
	Nb de patients	ETP de praticiens ⁵³	Nomenclature		suppléments	nomenclature	suppléments	
			Soins et stomatologie	prothèses				
Aix	1 774	6,51	580 857	267 148	639 720	39 913	79 499	1 607 137
Arles	2 665	2,90	257 957	121 107	320 211	37 270	54 270	790 815
Aubagne	4 554	3,4	485 374	206 707	589 646	63 183	106 154	1 451 064
Berre	2 895	2,85	231 957	106 745	279 114	38 633	54 615	711 064
Gardanne	4 607	3,51	402 570	830 313		92 810	132 245	1 457 938
Gardanne (Carmi)	468	2,00	22 762	57 636				80 398
La Ciotat	4 216	4,19	392 700	163 117	500 539	54 984	85 958	1 197 298
Marignane	3 829	2,69	280 644	214 179	544 540	46 412	65 903	1 151 678
Miramas	2 865	2,49	245 799	135 936	342 803	68 424	104 398	897 360
Port de Bouc	4 574	4,27	487 410	166 361	405 571	47 597	61 338	1 168 277
Port Saint Louis	2 408	1,16	288 241	66 489	282 794	32 335	19 021	688 880
Salon	2 981	3,37	208 947	113 277	266 635	51 826	76 913	717 598
Vitrolles	2 083	2,28	175 290	98 550	260 102	24 871	36 553	595 366
Marseille Av. de Toulon	3 739	5,46	385 420	219 913	599 847	25 328	40 663	1 271 171
Bonnefon	6 456	6,69	720 360	1 170 051		150 051		2 040 462
Bonneveine	6 508	6,42	502 097	185 949	796 202	127 464	278 655	1 890 367
Istres	3 424	3,33	307 003	163 731	377 066	31 266	46 451	925 517
Martigues	5 125	4,90	926 064	180 919	570 193	78 139	122 252	1 877 567
Paul Paret	4 058	3,67	406 888	117 449	269 698	97 068	139 069	1 030 172
La Feuilleraie (R.Bacci)	4 338	5,52	592 062	200 550	628 865	67 048	97 329	1 585 854
Marseille St Jérôme	2 638	3,17	304 422	522 310		33 817		860 549
Marseille St Marcel	3 264	4,87	402 430	159 175	406 891	32 564	42 755	1 043 815
Total	74 862		8 607 254	5 467 612	8 080 437	1 241 003	1 644 041	25 040 347

Source : *Rapports d'activité 2010*

⁵³ Praticiens : chirurgiens-dentistes, stomatologistes, orthodontistes

Annexe 6 : La place du Grand Conseil de la Mutualité dans l'offre de soins du département des Bouches-du-Rhône

Introduction

[440] La mission s'est volontairement focalisée, dans cette présentation de la place du GCM dans l'offre de soins bucco-rhodanienne : les centres de santé polyvalents, pivots de l'activité du GCM mais aussi origine de l'essentiel de son déficit, et la clinique, qui revient en 2011 à une situation proche de l'équilibre. Les autres activités du GCM sont néanmoins resituées dans l'offre départementale

1. UN DEPARTEMENT TRES BIEN DOTE EN OFFRES DE SOINS

[441] Si l'on se réfère au nombre de différents professionnels de santé installés dans les Bouches-du-Rhône, le département apparaît comme particulièrement bien doté, au sein d'une région elle-même globalement très attractive pour ces professionnels, ce qui n'exclut pas quelques zones de fragilité. C'est vrai en matière d'offre de soins ambulatoires comme d'établissements de santé (Cf. PJ n°1).

1.1. Une offre ambulatoire conséquente

[442] Le Schéma régional de l'organisation des soins (SROS) récemment approuvé relève ainsi que « le département, très urbanisé, est caractérisé par une offre de proximité et un équipement sanitaire dense. Les établissements de recours et de référence sont représentés. La densité de médecins spécialistes libéraux est largement supérieure à la moyenne régionale. »

[443] Le département compte ainsi plus de 40 000 professionnels de santé libéraux et salariés, ce qui représente plus de 44 % des professionnels de la région, en légère surreprésentation par rapport au poids de la population des Bouches du Rhône dans la région (38,5 %).

Tableau 27 : Les professionnels de santé des Bouches du Rhône au 1^{er} janvier 2010 (en nombre)

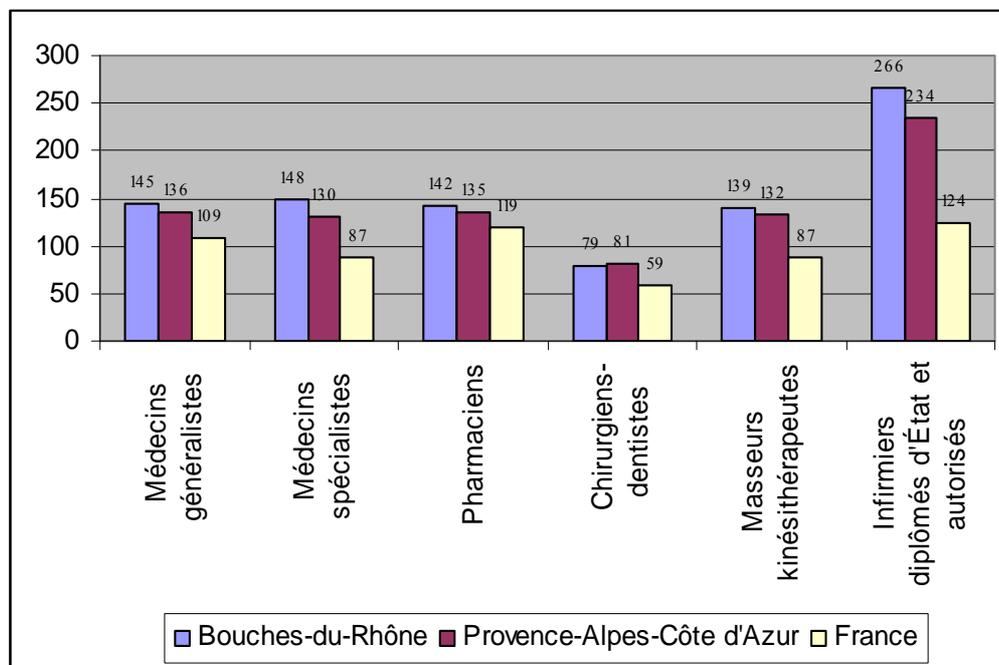
	Bouches-du-Rhône	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Provence-Alpes-Côte d'Azur / France (en %)
Médecins généralistes libéraux et salariés	4 056	9 257	9,0
Médecins spécialistes libéraux et salariés	4 997	10 758	9,9
Pharmaciens	2 817	6 624	8,8
Chirurgiens-dentistes	1 743	4 384	10,5
Masseurs kinésithérapeutes	3 153	7 642	10,8
Infirmiers diplômés d'État et autorisés	20 672	46 325	8,8
Sages-femmes	676	1 589	7,9
Orthophonistes	932	1 997	10,1
Orthoptistes	181	356	10,7
Psychomotriciens	193	481	6,3
Pédicures-podologues	435	1 065	9,3
Ergothérapeutes	196	452	6,1

Source : ARS et Drees, Adeli – Finess - INSEE

[444] Au 1^{er} janvier 2011, le département compte en outre 711 pharmacies et 263 laboratoires d'analyses médicales.

[445] La densité en matière d'offre est supérieure voire très supérieure à la moyenne nationale, ainsi qu'à la moyenne régionale, sauf pour la catégorie des chirurgiens dentistes.

Graphique 6 : Densité des professionnels de santé libéraux au 1^{er} janvier 2010 (nombre de professionnels pour 100 000 habitants)



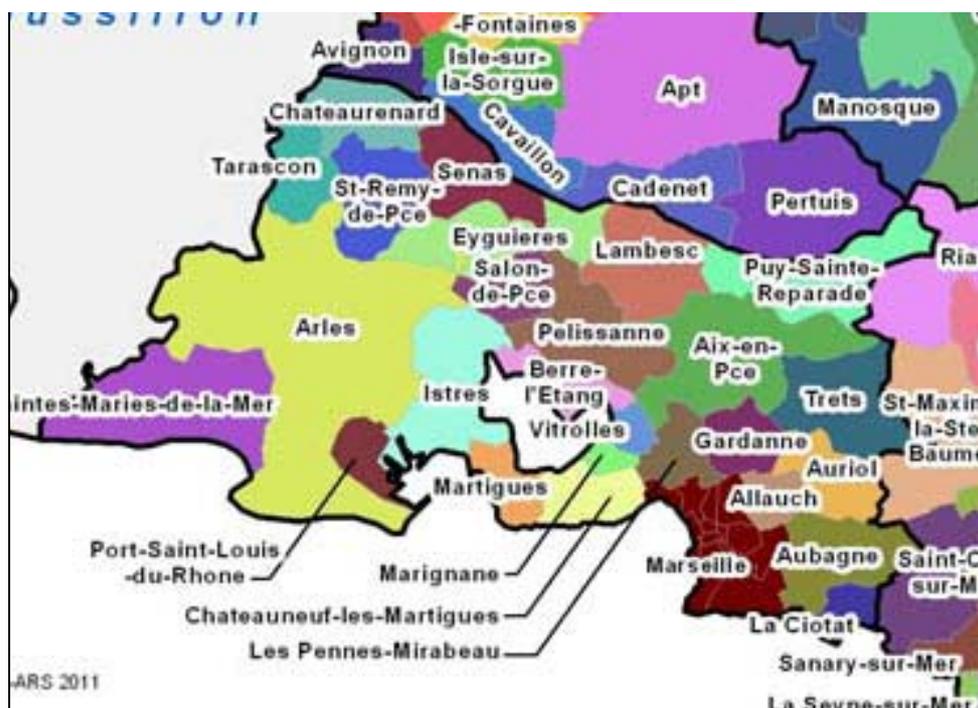
Source : ARS et Drees, Adeli – Finess – INSEE

[446] Une approche au niveau des espaces de santé de proximité (ESP) confirme ce constat pour l'écrasante majorité des territoires, avec une présence très supérieure à la moyenne nationale notamment pour les infirmiers.

[447] Quelques espaces présentent néanmoins des sous-densités notables :

- en médecins généralistes, les ESP d'Istres, Puy-Ste-Réparate, Pelissanne, Sénas, Château-Renard, Saintes-Maries-de-la-Mer (de -10 à -20 % sous la densité moyenne nationale), Port-Saint-Louis et Berre l'Etang (-20 %) ;
- en chirurgiens dentistes, les ESP des Sainte Marie de la mer, d'Istres, de Port Saint Louis du Rhône et de Trets (-20 % en dessous de la densité moyenne nationale).

Graphique 7 : Les espaces de santé de proximité des Bouches-du-Rhône



Source : SROS- ARS

[448] Le SROS fait référence à une étude de la FNORS54 qui a montré que 73 % des cantons de la région sont caractérisés par des temps d'accès aux professionnels santé libéraux de proximité (médecins, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et chirurgiens dentistes) inférieurs à la moyenne nationale et un taux de mortalité conforme à la moyenne nationale.

1.2. Etablissements de santé

[449] L'offre en établissements de court séjour dotés de plateaux techniques est dense dans le département des Bouches-du-Rhône.

[450] Le département compte 42 établissements de santé dont les cinq sites de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, répartis comme suit :

- 30 établissements privés (privés et ESPIC)
- 12 établissements publics.

[451] L'offre en lits de court séjour est de 4826 lits dans le secteur public et 5111 dans le secteur privé.

[452] Les objectifs de la régulation régionale en matière d'hospitalisation sont fixés par le SROS comme suit :

- le regroupement de plateaux techniques interventionnels médico-chirurgicaux,
- le développement de l'hospitalisation de jour,
- le développement de l'HAD et l'amélioration de sa couverture territoriale,
- une meilleure articulation avec la médecine de ville et les urgences,

⁵⁴ Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton FNORS, 2ème édition, Elsevier Masson 2010

- une amélioration de l'intégration de la médecine hospitalière dans le parcours de soins en particulier pour les maladies chroniques et les personnes âgées, notamment par l'intégration d'un plan personnalisé de santé dans les comptes rendus de sortie,
- une meilleure articulation avec le secteur médico-social,
- la redéfinition de la place et du rôle de chaque hôpital local,
- une réflexion sur l'évolution des modalités de prise en charge de l'enfant et de l'adolescence.

[453] S'agissant de la chirurgie, le SROS précise que les établissements ayant les niveaux d'activité les plus faibles ne doivent pas attendre pour engager une réflexion sur l'évolution de leurs activités chirurgicales. Le SROS constate que la tendance est à la disparition programmée des chirurgiens généralistes ou polyvalents, au profit de filières spécialisées, et que nombre de sites de proximité mettant en œuvre la permanence de soins (PDS) en chirurgie ne peuvent aujourd'hui aligner les effectifs indispensables.

[454] Le SROS affiche un objectif de réduction de 20 à 16 sites autorisés d'ici 2016.

2. LE GRAND CONSEIL DE LA MUTUALITE, UN ACTEUR GLOBALEMENT IMPORTANT POUR L'ACCES AU SOINS DE PUBLICS PLUS OU MOINS FRAGILISES

2.1. *Une population bucco-rhodanienne dont certaines franges présentent une réelle fragilité*

[455] Troisième département le plus peuplé de France, les Bouches du Rhône comptent 1,9 million d'habitants⁵⁵, soit 38,5 % de la population régionale. La part des moins de 20 ans représente 24,3 % et celle des plus de 75 ans 9 %, des chiffres quasi-identiques aux moyennes nationales.

[456] Les cadres, professions intellectuelles, professions intermédiaires et employés y sont représentés dans des proportions identiques aux moyennes nationales. Celles des agriculteurs et des ouvriers sont en revanche sous-représentées, et les retraités sont également moins représentés qu'au niveau national.

[457] Le revenu médian des ménages par unité de consommation, de 18 126 €, est très proche de la moyenne nationale (18 356 €), et supérieure à la moyenne de la province (17 856 €)⁵⁶.

[458] Cette approche globale pourrait donner à tort l'idée d'une population sans difficultés majeures, notamment pour accéder aux soins.

[459] Une analyse plus fine révèle toutefois :

- que les écarts de revenu sont significativement plus importants dans les Bouches-du-Rhône que dans la région et le pays ;

Tableau 28 : Analyse du revenu par unité de consommation

	médian	1er décile	9ème décile
Bouches du Rhône	18 126 €	4 723 €	37 686 €
France province	17 858 €	6 705 €	34 557 €
France métropolitaine	18 356 €	6 667 €	37 163 €

Source : INSEE 2009

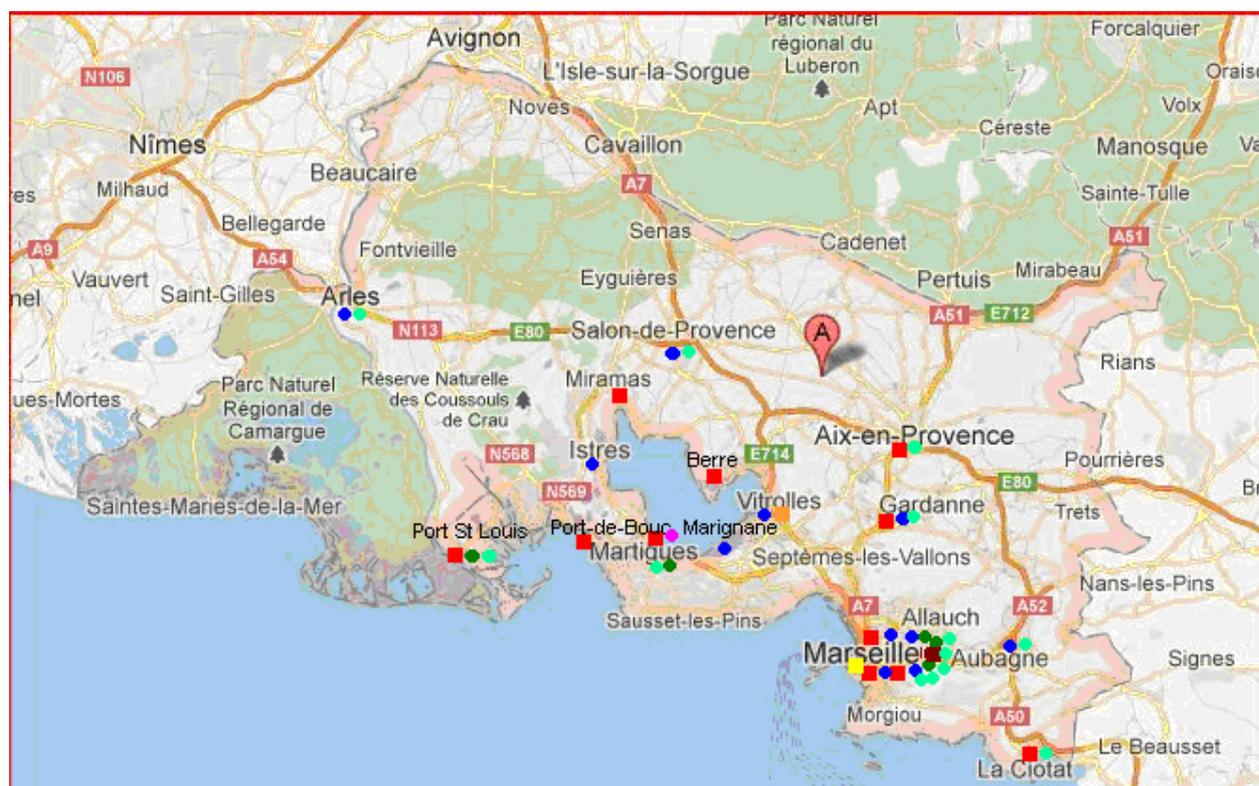
⁵⁵ Chiffres provisoires INSEE 2011

⁵⁶ Insee - 2009

- que le taux d'allocataires du RSA est de 88,8 pour mille habitants de 25 à 64 ans, contre 69,7 ‰ pour la région et 54,2 ‰ au niveau national⁵⁷ ; de manière plus générale, une partie plus importante de la population vit de prestations (7 ‰ contre 6,1 ‰ pour la région et le territoire national) ;
- que les indicateurs de pauvreté monétaire⁵⁸ sont plus mauvais que ceux de la région et du territoire national, avec un taux de pauvreté à 50 % de 10 ‰ contre 9,1 ‰ pour la région PACA et de 7,5 ‰ pour la France, et un taux de pauvreté à 60 ‰ à 17,1 ‰, supérieur de plus de 3,5 points au taux métropolitain moyen.

2.2. Une implantation dans des zones relativement vulnérables dans le contexte des Bouches-du-Rhône

Graphique 8 : Implantations des centres du GCM



- centre de santé polyvalent (médical + dentaire)
- centre dentaire isolé
- centre optique
- clinique
- HAD
- SSIAD
- foyer-logement
- pharmacie

⁵⁷ Source CNAF INSEE-estimation de population au 1er janvier 2010, MSA

⁵⁸ Taux de pauvreté monétaire après transferts sociaux : part des personnes dont le niveau de vie (revenu disponible une fois pris en compte impôts et prestations sociales et compte tenu de la composition du ménage) est inférieur à x ‰ du revenu médian.

[460] Le Grand conseil de la mutualité réalise un peu moins d'un million d'actes par an, ce qui représente **2,67 % des actes** de même nature réalisés sur le département des Bouches-du-Rhône, mais seulement 1,86 % en valeur. C'est en biologie que son activité est comparativement le plus importante (3,48 % des actes du département en nombre d'actes, pour seulement 0,72 % en montants)⁵⁹.

2.2.1. Une vulnérabilité au regard des indicateurs sociaux-sanitaires

[461] Le schéma régional de prévention identifie, à l'échelle des cantons regroupés, 26 territoires prioritaires sur la base de critères d'appréhension de la vulnérabilité sociale et sanitaire, appréciée :

- via le taux de bénéficiaires de la CMUC régime général et celui de personnes sans diplôme et/ou d'une mortalité prématurée supérieure au taux moyen régional⁶⁰ ou en accroissement ;
- en complément avec des données de surmortalité significative pour plusieurs des principales causes de mortalité prématurée (cancers, traumatismes, maladies cardio-vasculaires) ou pour certains déterminants majeurs de ces maladies (alcool ou tabac/ cancer du poumon) ;
- des données de surmorbidity significative pour les affections de longue durée et pour le diabète traité (pathologie très marquée socialement).

[462] Sept centres de santé polyvalents (médical+dentaire) et 10 centres dentaires sont implantés sur ces territoires prioritaires, dans les cantons de Port-Saint-Louis, Martigues (qui inclut Port-de-Bouc), Marignane, Vitrolles, Arles Istres (qui inclut Miramas), Aubagne, Salon et Marseille (cf. PJ n°1).

2.2.2. Une vulnérabilité au regard de l'accès à une offre médicale de proximité

[463] Le SROS établit une gradation entre :

- les ESP fragiles, qui cumulent les deux facteurs de risque suivants : un faible effectif de médecins généralistes (inférieur ou égal à 5) et une densité inférieure à la moyenne nationale ou ont été identifiés comme fragiles par les groupes de travail, en raison de critères variés : désinstallation récente de professionnels de santé, isolement, environnement sanitaire peu favorable ;
- les ESP « à risque » : ils présentent une exposition aux risques moins importante, mais nécessitent toutefois une vigilance particulière et la mise en œuvre de préconisations visant à améliorer l'organisation de l'offre de santé et de services de proximité.

[464] Une seule zone est classée comme espace de santé protégée « fragile » en raison de sa vulnérabilité particulière, la zone des Saintes Maries de la mer à l'extrême ouest du département. Aucun centre de santé du GCM (ni d'ailleurs relevant d'une autre structure) n'est installé dans cet ESP.

[465] Pour autant, la densité médicale de plusieurs des secteurs d'implantation des centres de santé et centres dentaires du GCM est faible, notamment si l'on analyse cette offre sans la présence du centre.

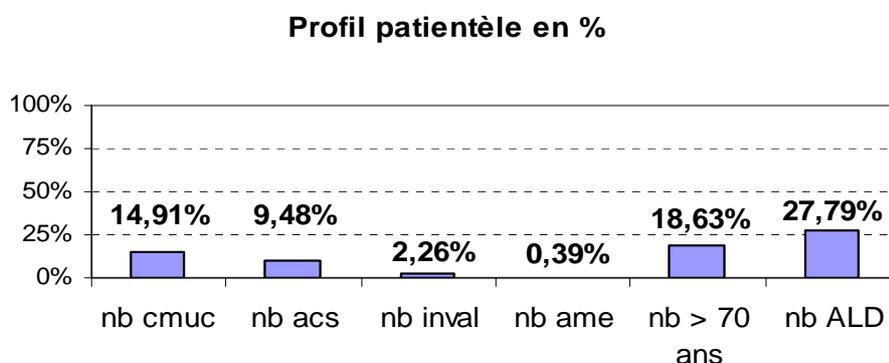
[466] Ce qui fait dire à l'ARS que « de nombreux centres de santé, principalement autour de l'étang de Berre, [...] compensent une faible densité médicale libérale » (SROS).

⁵⁹ Etude CPAM 13 – février 2012

⁶⁰ Taux moyen régional : 208/100 000

2.3. Une patientèle qui présente des caractéristiques différentes de celles du département

Graphique 9 : Les patients des centres médicaux du GCM



Source : CPAM 13

Tableau 29 : La patientèle des centres médicaux du GCM et celle de la CPAM

	11 CDS du GCM		Autres CDS hors GCM		Bénéficiaires CPAM		Part de la patientèle des 11 CDS par rapport à l'ensemble des bénéficiaires de la CPAM
Patientèle totale	71 576		14 998		1 752 912		4,08%
Bénéficiaires CMUC	10 675	14,91%	5 119	34,13%	183 442	10,46%	5,82%
Bénéficiaires ACS	6 787	9,48%	1 840	12,27%	83 022	4,74%	8,17%
Bénéficiaires ayant perçu une pension d'invalidité	1 615	2,26%	171	1,14%	45 996	2,62%	3,51%
Bénéficiaires de l'AME	280	0,39%	98	0,65%	6 042	0,34%	4,63%
Bénéficiaires ALD	19 892	27,79%	1 582	10,55%	282 329	16,11%	7,05%
Bénéficiaires > = 70 ans	13 335	18,63%	455	3,03%	202 227	11,54%	6,59%

Source : CPAM 13

[467] La typologie de la patientèle du GCM est sensiblement différente de celle de la CPAM dans sa totalité.

[468] Le nombre de bénéficiaires d'ALD est notablement plus important (près de 28 %, contre un peu plus de 16 % au niveau départemental pour le régime général), tout comme celui des personnes âgées de plus de 70 ans (presque 19 %, soit un écart de 8 points avec le taux départemental).

[469] Enfin les bénéficiaires de la CMUC sont également surreprésentés, puisqu'ils constituent 15 % de la patientèle du GCM contre 10,5 % en moyenne pour le département.

[470] Les bénéficiaires de l'AME sont en revanche en proportion quasi identique à celle du département.

[471] Les centres accueillent donc une population globalement plus fragile à la fois socialement, économiquement et sanitaire.

[472] Il n'a pas été possible d'établir la proportion des personnes qui, bien que couvertes par un régime obligatoire d'assurance maladie du fait de leur travail, ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire. Cette information, à laquelle les centres ont accès au moment de la vérification des droits ne fait l'objet d'aucun enregistrement ; elle ne sert qu'à identifier, au moment du règlement des soins avant la consultation, les patients sans mutuelle, ou bien adhérents d'une mutuelle sans convention avec le GCM, afin de leur facturer la part qui ne peut faire l'objet du tiers payant.

[473] Il n'a donc pas été possible d'objectiver le discours entendu au GCM, mais également dans un certain nombre d'autres centres de santé contactés par la mission à titre de comparaison, sur l'augmentation, récente, de la part des « travailleurs pauvres », salariés mais avec de faibles rémunérations, et qui « sacrifieraient » la couverture mutuelle pour des raisons économiques.

2.4. Une offre complète, de secteur 1, avec tiers payant

[474] Compte tenu de la population qu'ils accueillent et des zones d'implantation, l'offre du GCM présente à l'évidence un intérêt spécifique pour ses patients les plus fragiles :

- une offre pluridisciplinaire de proximité ;
- une coordination des soins et un dossier médical partagé en interne au centre (et en principe au GCM, même si ce partage dans le réseau reste modeste) ;
- une offre de secteur 1 pour la médecine générale comme les spécialités ;
- des tarifs raisonnables dans le dentaire (cf. annexe 5 Activités), et une quasi absence de dépassement d'honoraire à la clinique ;
- le tiers payant intégral pour les mutualistes du GCM et de la partie RMO pour tous les autres.

3. MAIS UN SERVICE RENDU A APPRECIER EN FONCTION DES ACTIVITES ET DES TERRITOIRES

3.1. Les centres de santé polyvalents du GCM représentent une part significative de l'offre de cette nature, mais le service rendu s'apprécie différemment selon les territoires

3.1.1. Une partie importante de l'offre de centres de santé

[475] Le département compte 24 centres de santé, dont 11 relèvent du GCM. Seuls 7 centres hors GCM sur 13 ont une activité jugée significative par la CPAM 13 ; encore leur activité ne représente-t-elle que de l'ordre de 90 000 actes par an, soit plus de 10 fois moins que les centres du GCM.

[476] Ces centres relèvent du conseil général (1), de la CARMi (3), d'une association (Association du dispensaire de Saint-Martin – 1), du comité d'entreprise d'Eurocopter (1), de la mutuelle des municipaux (1). Les centres relevant de la CARMi, ne proposent que de la médecine générale ; dans les autres exercent également quelques médecins spécialistes.

Tableau 30 : Implantation comparée des centres de santé

	Centres de santé médicaux du GCM	Centres médicaux « hors GCM » *
Marseille	3	3
La Ciotat	1	0
Aix-en Provence	1	0
Territoire d'Aix-en-Provence	1	3
Territoire de l'Etang de Berre	5	1
Total	11	7

Source : CPAM 13

3.1.2. Une offre à apprécier par territoire

3.1.2.1. Les médecins du GCM constituent dans quelques territoires une partie importante voire essentielle de l'offre de santé

Tableau 31 : Densité médicale sur les zones d'implantation des centres du GCM (médecine générale et chirurgie dentaire)

	Médical		Dentaire	
	densité médicale sur l'ESP (MG+centres)	densité de MG libéraux sans le centre	densité médicale sur l'ESP (dentistes libéraux+centre)	densité de dentistes libéraux sans le centre
Aix	151	149	98	94
Arles D			58	55
Aubagne D			82	78
Berre	86	74	61	53
Gardanne	138	127	64	56
Istres D			48	42
La Ciotat	136	127	99	90
Marignane D			78	72
Martigues	119	104	76	61
Miramas	99	94	48	42
Port de Bouc	119	104	76	61
Port Saint Louis	113	70	69	47
Salon D			76	68
Vitrolles D			71	66
Marseille Bonnefon	NC			
Marseille Bonneveine				
Marseille La Feuilleraie				
Marseille Paul Paret				
Marseille St Jérôme D				
Marseille St Marcel D				
Marseille Av. de Toulon D				
	Densité France 109-PACA 136		Densité France 59-PACA 81	

Source : ARS PACA

Densité inférieure à la moyenne nationale

Tableau 32 : Offre libérale de secteur 1 – spécialités

	Ophthalmologie	Cardiologie	dermatologie	ORL	gynéco
Aix	4,5	12,1	5,1	0,5	5,6
Berre	0	7,4	2,5	0	0
Gardanne	2,3	8,2	3,5	2,3	2,3
La Ciotat	8,5	18,5	3,8	1,5	7,5
Martigues	3,4	13,5	8,4	6,8	3,4
Miramas	5,9	9,5	7,1	2,4	4,7
Port de Bouc	5,3	2,6	10,5	0	0
Port Saint-Louis (*)	0	0	0	0	0
Marseille Bonnefon	9	17,4	5,3	1,6	4,7
Marseille La Feuilleraie	8	17	3,6	1,3	4,6
Marseille Paul Paret	6,1	12,3	3,5	1,3	4,4

Source : ARS PACA

(*) Port-Saint-Louis : absence d'offre de spécialité en secteurs 1 et 2

Figurent les cinq spécialités qui représentant plus de 68 % des actes, par ordre d'importance en terme de volume.

Situation de pénurie d'offre alternative

Densité inférieure à la moyenne nationale

[477] L'analyse des tableaux ci-dessus montre que pour quatre centres de santé et cinq centres dentaires, c'est l'offre du GCM qui permet d'atteindre la densité moyenne nationale en médecine générale et dentaire. Encore celle-ci n'est-elle-même pas atteinte dans plusieurs secteurs.

[478] Pour les cinq spécialités les plus représentées, l'offre du GCM est également essentielle dans trois secteurs au moins ; elle contribue à cette offre dans 5 autres.

[479] **Au total s'agissant des centres de santé polyvalents et au regard de l'offre existante, leur apport à l'offre de santé et à l'accès aux soins est essentiel :**

- **à Port-Saint Louis** : le centre concentre 100 % des médecins spécialistes exerçant à Port st Louis, près d'1 médecin généraliste sur 2 (44 %), et 68 % de l'offre de chirurgie dentaire ;
- dans le secteur de l'étang de Berre :
 - **à Berre l'Etang**, puisqu'outre une densité inférieure à la moyenne nationale les médecins rattachés au CDS représentent 35 % de l'ensemble des médecins généralistes implantés dans le secteur et 85 % des spécialistes (6 médecins sur 7). Par ailleurs, le seul radiologue présent dans le secteur exerce au sein du centre de santé ;
 - **à Miramas** dans un contexte de sous-densité pour la médecine générale et l'activité dentaire. Les médecins spécialistes exerçant au sein du centre représentent 37,5 % de l'ensemble des spécialistes de Miramas et les médecins généralistes 18,2 %.

[480] **Quoique dans une moindre mesure, cette offre présente un intérêt :**

- **à Martigues**. Le centre contribue à la densité en médecine générale et pour quelques spécialités. Parmi les professionnels de santé en activité dans cette zone, plus de 15 % des médecins spécialistes exercent au sein du CDS. Les proportions sont les mêmes concernant les généralistes (15,3 %) et les radiologues (15,4 %) ;

- à **Port de Bouc**, pour l'offre de spécialités. Le poids des professionnels de santé du CDS sur le secteur de Port de Bouc est important puisque 63,6 % des médecins spécialistes exercent au sein du centre de santé ainsi que 31,6 % des médecins généralistes. De plus, les 2 seuls médecins radiologues de Port de Bouc sont installés au centre de santé.

[481] **Elle peut enfin être signalée**, même dans un contexte global d'offre tout à fait satisfaisant :

- à **Gardanne** : avec une insuffisance de l'offre sur certaines spécialités. Les médecins spécialistes exerçant au sein du centre de santé représentent 23,1 % de l'ensemble des spécialistes du secteur étudié.

3.1.2.2. La patientèle de certains centres présente par ailleurs des caractéristiques spécifiques

[482] Outre l'offre existante sur le territoire, l'origine et les caractéristiques de la population qui fréquente les centres doivent également être prises en compte pour apprécier le service rendu sur ce territoire.

➤ *Des patients en majorité originaires de la zone d'attractivité du centre*

Cette zone est définie comme suit par la CPAM :

Centre d'Aix-en-Provence	: commune d'Aix-en-Provence,
Centre de Berre	: commune de Berre,
Centre de la Ciotat	: commune de la Ciotat
Centre de Gardanne	: commune de Gardanne
Centre de Martigues	: commune de Martigues
Centre de Miramas	: commune de Miramas
Centre de Port-de-Bouc	: commune de Port de Bouc,
Centre de Port-Saint-Louis	: commune de Port-Saint Louis
Centre L.Bonnefon	: 1er, 2è et 3è arrondissements de Marseille,
Centre La Feuilleraie	: 4è, 12è et 13è arrondissements de Marseille
Centre Paul Paret	: 15è et 16è arrondissements de Marseille.

[483] La patientèle est très majoritairement originaire de la zone d'attractivité dans 8 centres sur 11, la proportion n'étant pas directement liée à la faiblesse de l'offre environnante. Si c'est le cas à Port-Saint Louis, l'attractivité du centre est en revanche importante à Aix par exemple ou la Ciotat, en dépit d'une offre de soins qui, même sans le centre, est supérieure à la moyenne nationale ou même régionale.

[484] Dans trois centres, dont deux centres marseillais, cette attractivité est moins nette, notamment sur le centre de La Feuilleraie.

Tableau 33 : Part des patients originaires de la zone d'attractivité

centres	%
Port-Saint-Louis	88
La Ciotat	87
Aix	79
Port-de-Bouc	76
Miramas	76
Berre	70
Paul Paret	70
Martigues	69
Gardanne	56
Bonnefon	53
La Feuilleraie	35

Source : CPAM 13

- *Une proportion de patients «vulnérables» globalement supérieure à la zone d'attractivité dans tous les centres, avec toutefois des différences sensibles selon les centres*

[485] Cette vulnérabilité est appréciée au travers du taux de patients bénéficiaires de la CMUC, d'une ALD, de l'ACS et âgés de 70 ans.

Tableau 34 : Comparaison de la patientèle des centres avec celle de leur zone d'attractivité

	bénéficiaires CMUC (en %)	écart avec zone de référence	bénéficiaires ACS (en %)	écart avec zone de référence	bénéficiaires ALD (en %)	écart avec zone de référence	personnes > 70 ans	écart avec zone de référence
Aix	12,50%	+6,36	9,87%	+6,23	29,64%	+14,66	21,07%	+9,29
Berre	11,88%	+5,21	7,25%	+2,65	24,50%	+7,24	14,60%	+2,75
La Ciotat	9,36%	+3,93	7,69%	+4,13	35,59%	+15,99	30,32%	+14,14
Gardanne	12,32%	+6,6	9,07%	+5,04	25,00%	+9,82	14,93%	+6,01
Martigues	11,38%	+3,29	7,54%	+3,39	23,99%	+7,02	17,84%	+4,93
Miramas	19,06%	+9,28	10,31%	+4,77	22,18%	+6,53	10,90%	+1,34
Port-de-Bouc	18,96%	+0,93	8,56%	+3,17	28,32%	+9,27	18,63%	+5,29
Port-Saint-Louis	12,74%	+3,37	6,08%	+1,57	24,97%	+6,59	15,62%	+3,08
Bonnefon	14,77%	-12,02	24,16%	+14,53	44,46%	+29,78	35,23%	+24,62
La Feuilleraie	11,15%	-2,76	8,43%	+2,63	31,68%	+13,85	24,99%	+12,50
Paul Paret	26,17%	+1,59	15,37%	+5,6	26,74%	+9,99	14,69%	+4,50

Source : CPAM 13

[486] La comparaison avec la zone de référence *n'est considérée comme pertinente que pour les 8 centres où les patients qui en sont originaires représentent une partie significative de la patientèle du centre* (cf. supra), ce qui exclut de l'analyse La Feuilleraie, Gardanne et Bonnefon.

- **Concernant les bénéficiaires de la CMUC**

[487] On relève une proportion significativement plus importante à Miramas et Aix, ainsi qu'à Berre avec la population de la zone de référence (de 5,2 à près de 9 points de différence).

[488] Le centre Paul Paret comporte la plus forte proportion de CMUC (26,17 % de sa patientèle), mais ce chiffre est cohérent avec le nombre de bénéficiaires de la CMUC parmi la population des 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements de Marseille (24,58 %).

- **Concernant les bénéficiaires de l'ACS**

[489] Le centre Paul Paret est celui qui détient la proportion la plus élevée de bénéficiaires de l'ACS (15,37 %) ainsi qu'un écart notable avec la patientèle de sa zone de référence puisque l'on dénombre 9,77 % de ces bénéficiaires au sein des 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements de Marseille, soit un écart de 5,6 points.

[490] De la même manière, on observe des écarts conséquents pour la patientèle du centre d'Aix d'Aix-en-Provence (6,2 points) et Miramas (4,7 points)

- **Concernant les bénéficiaires d'une ALD**

[491] De manière générale, les centres de santé comportent une forte proportion de patients bénéficiant d'une ALD, comprise entre 22,18 % pour Miramas et 35,59 % pour la Ciotat qui est le centre dont l'écart avec la patientèle de la zone de comparaison est le plus marqué (15,6 points)

[492] L'écart est également important à Aix, avec 14,6 points avec la population de la commune et sur Paul Paret, avec une proportion de bénéficiaires d'une ALD de 26,74 % contre 16,75 % dans les 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements de Marseille.

- **Concernant les bénéficiaires âgés de plus de 70 ans**

[493] Comme pour les bénéficiaires d'ALD, ce qui est d'ailleurs cohérent, ce sont les centres de La Ciotat (avec plus de 30 % de patients de plus de 70 %, soit un écart de 14,1 points par rapport à la commune) et d'Aix (21,07 %, soit un écart de 9,2 points) qui accueillent une patientèle significativement plus âgée.

[494] Le centre de Port-de-Bouc présente, de façon moindre la même caractéristique, avec 18,63 % de bénéficiaires âgés de plus de 70 ans, en lien là aussi avec une proportion de bénéficiaires d'ALD plus importante que celle de la commune.

Tableau 35 : Populations vulnérables : écarts les plus significatifs par rapport à la zone de référence

	CMUC	ACS	ALD	personnes > 70 ans
Paul Paret		x	Tous les centres	
Aix	x	x		x
Miramas	x			
Berre	x			
Port de Bouc				x
La Ciotat				x

Source : CPAM13 – retraitement mission

Les écarts sont considérés comme significatifs s'ils sont de +5 points

3.2. Centres dentaires isolés

[495] Les centres de dentaires intégrés dans les centres polyvalents sont inclus dans l'analyse ci-dessus au §M3.1.2.1. S'agissant des centres dentaires isolés, seuls Istres et Arles sont implantés dans un environnement nettement sous-densifié.

[496] L'analyse des données en valeur absolue permet d'identifier quelques caractéristiques assez similaires à celles des centres de santé, à savoir une proportion de bénéficiaires de la CMUC et d'une ALD assez importantes, avec toutefois des différences sensibles entre centres.

[497] Comme pour les centres de santé, les centres dentaires accueillent très peu de bénéficiaires de l'AME.

Tableau 36 : Patientèle des centres dentaires

	CMUC (%)	ALD (%)	AME (%)
Aix	11,44	17,64	0,16
Arles	13,36	15,31	0,44
Aubagne	7,24	16,18	0,04
Berre	12,28	17,69	0,21
Gardanne	5,5	10,13	0,15
La Ciotat	10,49	23,29	0,33
Marignane	29,46	16,27	0,46
Miramas	19,39	15,57	0,45
Port de Bouc	18,84	17,62	0,23
Port Saint Louis	12,56	17,44	0,12
Salon	17,82	14,83	0,23
Vitrolles	12,73	13,78	0,71
Marseille Av. de Toulon	8,13	19,63	0,26
Bonnefon	29,01	15,54	1,82
Bonneveine	8,76	17,21	0,09
Istres	15,19	12,7	0,06
Martigues	13,28	18,87	0,29
Paul Paret	20,47	18,16	0,44
La Feuilleraie (R.Bacci)	6,62	22,71	0,13
Marseille St Jérôme	14,26	nc	0,3
Marseille St Marcel	13,5	14,31	0,3

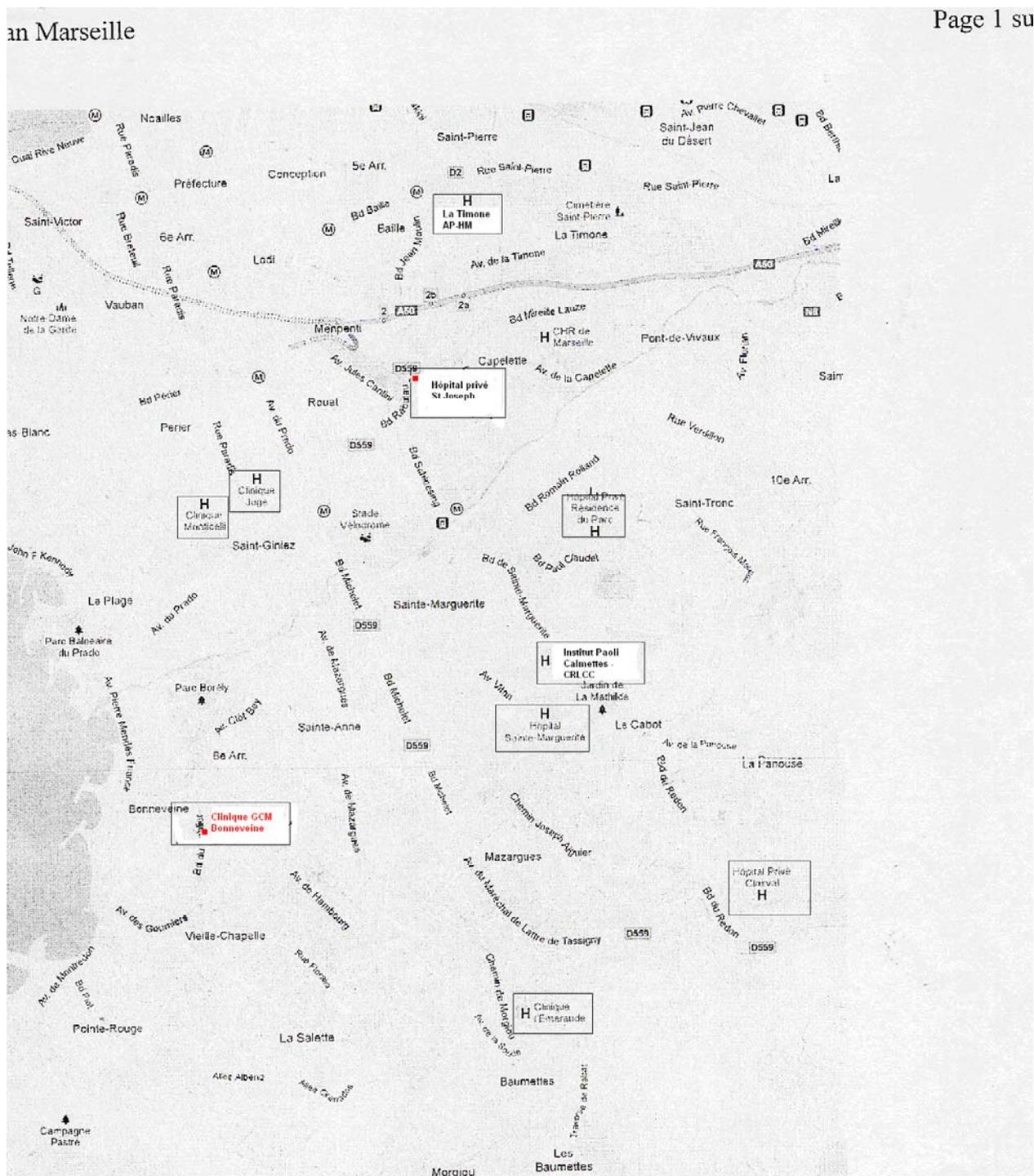
Source : *Rapports d'activité centres dentaires 2010*

[498] Compte tenu d'une part de la bonne tenue de l'activité de ce secteur et de sa relative santé financière, considérant par ailleurs que l'offre tarifaire du GCM, pour une palette d'activité complète incluant les soins, les prothèses et l'implantologie, permet d'accéder à une offre dentaire de qualité et des prix raisonnables, la mission ne s'est pas focalisée sur ce secteur en termes d'offre. Ce qui ne doit pas empêcher le GCM, précisément parce que le secteur est dynamique, d'anticiper son évolution.

3.3. L'offre hospitalière : la clinique de Bonneveine

[499] L'établissement de Bonneveine (123 lits et places) est situé dans le 8ème arrondissement, dans un environnement très bien doté en équipements hospitaliers.

Graphique 10 : La clinique Bonneveine dans son environnement



Source : Mission

- [500] Elle développe une activité de médecine et chirurgie peu spécialisée : les actes de loin les plus fréquents sont les endoscopies digestives en médecine, la chirurgie de la bouche et des dents, la cataracte et les amygdalectomies, végétations et pose de drains trans tympaniques en chirurgie.
- [501] Sa part de marché sur sa zone d'attractivité est réduite : 0,3 % en médecine, 0,5 % en chirurgie (hospitalisation complète), et de 0,6 % en obstétrique.
- [502] Compte tenu de l'offre déjà importante dans le département et sur Marseille en particulier, des orientations posées par le SROS, l'activité modeste de la clinique et l'absence d'activités très spécifiques, conduisent à s'interroger sur le caractère indispensable de cette offre hospitalière et sa pérennité. L'accès à des praticiens ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires resterait garanti par les établissements publics de l'AP-HM.
- [503] La mission note toutefois que l'activité obstétrique consiste en la réalisation d'IVG (639 en 2010, 522 en 2011 dont 149 non médicamenteuses), qui devront impérativement être prises en charge dans de bonnes conditions. Seuls l'hôpital Nord et La Conception (AP-HM) pratiquent sur Marseille cette intervention auquel l'accès doit continuer d'être garanti.
- [504] Par ailleurs, elle relève que le centre de consultations externes, mis en service fin 2010 et financé par emprunt et subvention du Fonds national de solidarité et d'action mutualiste après avis favorable de l'ARH, est un outil de qualité. Sa disparition deux ans à peine après sa reconstruction, peut sembler peu cohérente en termes d'action sanitaire publique.

3.4. Pharmacie

- [505] Regroupée fin 2010 sur le site de la pharmacie du Lycée dans le centre de Marseille, cette activité a chuté de 30 % en un an et présente en 2011 un résultat déficitaire.
- [506] Le département des Bouches-du Rhône est largement doté en officines libérales dont un certain nombre sont en situation de redressement judiciaire voire de liquidation.
- [507] La pharmacie du GCM se trouve elle-même située dans un environnement très concurrentiel : 8 pharmacies sont implantées dans un rayon de 200 m alentour ; on est donc très loin de la pénurie.
- [508] Déconnectée de tout centre de santé, elle peut difficilement prospérer dans cet environnement, d'autant qu'elle ne peut réglementairement accueillir que des adhérents du GCM (ou de mutuelles conventionnées).
- [509] L'intérêt principal original pour ces mutualistes à savoir la pratique du tiers payant, n'existe plus, l'ensemble des officines le pratiquant désormais.
- [510] Sa contribution à l'offre est donc des plus limitées.

4. CONCLUSION

- [511] Il ressort de ces constats que l'offre très étendue du GCM en termes de soins doit être appréciée à la fois en fonction de chaque activité et de chaque territoire.
- [512] S'agissant des activités hospitalière (clinique) et de pharmacie, la contribution du GCM est, compte tenu de l'offre existant par ailleurs, loin d'être indispensable, à l'exception toutefois de la prise en charge des IVG.
- [513] L'activité de laboratoire mérite également d'être analysée plus finement, non pour cesser de proposer un service de prélèvement indispensable dans les centres, mais pour étudier d'autres pistes éventuellement plus valorisantes pour le GCM.
- [514] S'agissant des centres de santé polyvalents, leur présence paraît difficilement contournable dans certains territoires. Ailleurs, une implantation parfois historique doit néanmoins être analysée au regard de la population desservie, de l'offre environnante, de la réalité de l'activité, et enfin de leurs résultats.
- [515] L'offre de spécialités, très riche mais éclatée, doit également faire l'objet d'une analyse médico-économique fine, par spécialité.

- [516] D'où une réflexion à mener sur de possibles synergies entre centres, dans le cadre d'une approche par grand territoire.
- [517] Si cette réflexion peut conduire au regroupement de certaines activités ou certains centres, la mission relève que sur d'autres territoires, l'accès aux soins n'est pas totalement satisfaisant. Ainsi si Marseille concentre 6 centres de santé (3 GCM, 3 autres), l'ESP des Saintes-Maries de la mer, classé « fragile » ne comporte à ce stade aucune offre de ce type. Quelques autres EPS (cf. §10) présentent des sous-densités médicales qui pourraient justifier des redéploiements.

**Pièce jointe n°1 : Extrait de l'Annexe 3 du SROS PACA
« Etat des lieux par territoire de santé »**

Bouches du Rhône

Caractéristiques des cantons regroupés selon la typologie FNORS

Mortalité générale et prématurée :

Globalement tous les cantons regroupés ont un taux de mortalité comparable ou inférieur au niveau national.

Population et conditions de vie

Trois classes sont principalement représentées :

- Marseille et l'Est du département sont en classe 5 et 6 : villes centres et périurbaines avec de forts contrastes sociaux et une population jeune ;
- l'ouest du département est en classe 3 : peuplé, difficultés professionnelles, forte proportion d'allocataires de prestations diverses.

CMUC : Les cantons regroupés de Marseille, Martigues, Tarascon, Arles, Port St louis du Rhône ont une part d'assurés sociaux bénéficiaires de cette prestation bien supérieure à la moyenne régionale.

(Source - Etat de santé et inégalités en région PACA ARS ORS PACA 2010)

Démographie des professionnels de santé

Les médecins généralistes

ESP	Faibles effectifs (<6 MG)	Densité médicale (rapport à la moyenne nationale)	vieillessement	forte activité	Honoraires libres	Activité saisonnière
Port St louis du Rhône		- 20 %		+		
Berre l'Etang		- 20 %	+	+		
Stes Maries de la mer	+	Entre -10 et -20 %	+++	+		Eté
Chateaufrenard		Entre -10 et -20 %		+		
Sénas		Entre -10 et -20 %	+	+		
Pelissanne		Entre -10 et -20 %				
Puy Ste Réparate		Entre -10 et -20 %	+			
Istres		Entre -10 et -20 %	+	+		

Les infirmiers

Dans la majorité des ESP, les densités d'infirmiers sont très largement supérieures à la moyenne nationale.

Les masseurs kinésithérapeutes

Les densités sont conformes ou supérieures à la moyenne nationale ; on constate pour la plupart des ESP une activité relativement élevée.

Les chirurgiens dentistes

Les ESP des Sainte Marie de la mer, d'Istres, de Port Saint Louis du Rhône et de Trets accusent une densité inférieure de 20 % à la moyenne nationale.

Modes d'exercice coordonné : les centres de santé

Le département dispose d'un équipement important en centres de santé :

- 29 centres de santé dentaires.
- 13 centres de santé médicaux essentiellement sur le pourtour de l'Etang de Berre. Les faibles densités de médecins généralistes libéraux dans cette zones doivent être appréciées au regard de l'offre des centres de santé.
- 8 centres de santé polyvalents.

Modes d'exercice coordonné : les réseaux de Santé

L'ensemble des réseaux régionaux spécialisés sont présents sur le territoire qu'ils concernent la prise en charge en oncologie, en périnatalité ou le handicap.

De nombreux réseaux spécifiques au département sont présents sur le territoire : gérontologie, diabète, addiction, handicap, soins palliatifs, souffrance psychique (maison des adolescents).

Il existe deux réseaux polyvalents : une coordination de proximité et un dispositif de soins de suite infirmiers et soins de support étendu à d'autres départements.

Par ailleurs, il existe plusieurs dispositifs relatifs à la consommation de psychotropes, à l'amélioration de la pratique des IVG et à la permanence de masseur kinésithérapeutes pour les bronchiolites à domicile.

L'équipement médico-social

64 services de SSIAD sont présents sur le département, soit 17,28 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 18,32 places/1000 en PACA).

Le taux d'équipement en EHPAD est de 84,54 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 88,26 places/1000 en PACA). (Source Finess au 12 janvier 2011)

L'équipement sanitaire

L'offre en établissements de santé de court séjour dotés de plateaux techniques est dense et complexe sur le département.

Il n'existe qu'un seul établissement public de santé ex-hôpital local, situé à Beaucaire/Tarascon

(Source ARS PACA Bilans territoriaux)

Pièce jointe n°2 : Analyse du positionnement par centres (activités – patientèle – professionnels de santé)

CAS/DRPS/DGRCC

20.02.2012-30.03.2012



CENTRE DE SANTE RAPHAËL BACCI

□ Typologie de la patientèle du CDS Raphaël BACCI (La Feuilleraie)

La patientèle du CDS R.BACCI correspond aux bénéficiaires pour lesquels des actes ont été remboursés lors du 2ème semestre 2011 et dont les actes ont été sélectionnés en début d'étude.

Localisation :

La patientèle du CDS R.BACCI est localisée majoritairement à Marseille (69 %), et plus particulièrement sur les 4ème, 12ème et 13ème arrondissements où sont domiciliés 35 % des patients du centre.

On peut considérer que ces 3 arrondissements représentent la « zone d'attractivité » du centre de santé. C'est donc avec l'activité des professionnels de santé libéraux de cette zone que sera comparée l'activité du centre de santé.

	CDS RAPHAEL BACCI	CPCAM	% par rapport bénéficiaires Cpam (*)
Total bénéficiaires	16 115	1 752 912	
Marseille 13004	2 079	43 170	4,82%
Marseille 13012	1 933	47 795	4,04%
Marseille 13013	1 622	82 686	1,96%
Total bénéficiaires 4è, 12è et 13è	5 634	173 651	3,24%
Marseille 13015	1 196	75 747	1,58%
Marseille 13011	938	51 073	1,84%
Autres arrondissements Marseille	3 349	457 904	0,73%

(*)Calcul du % : nb de bénéficiaires de l'arrdt. ou de la commune N patients du CDS Bacci / nb de bénéficiaires total de l'arrdt. ou de la commune N.

Le CDS R.BACCI représente 3,24 % des bénéficiaires des 4ème, 12ème et 13ème arrondissements de Marseille et 4,4 % des professionnels de santé libéraux de même spécialité implantés sur cette zone (voir page 9).

Caractéristiques :

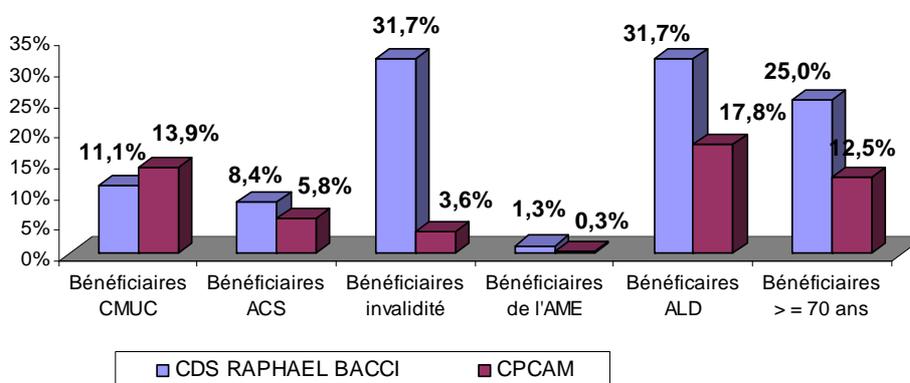
	CDS RAPHAEL BACCI <i>Patientèle totale</i>		CDS RAPHAEL BACCI <i>Patientèle des 4, 12 et 13 arrondissements</i>		CPAM <i>Bénéficiaires des 4, 12 et 13 arrondissements</i>		% CDS BACCI / Bénéf.CPCAM des 4è,12è et 13è arrdts
Patientèle totale	16 115	% sur patientèle totale CDS Bacci	5 634	% sur patientèle CDS Bacci des 4è,12è et 13è arrdts	173 651	% sur bénéf. des 4è,12è et 13è arrdts	3,24%
Bénéficiaires CMUC	1708	10,60%	628	11,15%	24 150	13,91%	2,60%
Bénéficiaires ACS	1391	8,63%	475	8,43%	10 067	5,80%	4,72%
Bénéficiaires d'une pension d'invalidité	469	2,91%	199	31,69%	6 230	3,59%	3,19%
Bénéficiaires de l'AME	48	0,30%	6	1,26%	509	0,29%	1,18%
Bénéficiaires ALD	5 631	34,94%	1 785	31,68%	30 967	17,83%	5,76%
Bénéficiaires > = 70 ans	4 289	26,61%	1408	24,99%	21 696	12,49%	6,49%

Par rapport à ce pourcentage de 3,24 %, on note une sur représentation pour 3 catégories de bénéficiaires :

- bénéficiaires + de 70 ans : 6,49 %
- bénéficiaires de l'ACS : 4,72 %
- bénéficiaires d'une ALD : 5,7 %

A contrario, et de manière assez étonnante, on observe une sous représentation des bénéficiaires de la CMU-C (2,6 % des bénéficiaires de la zone se sont rendus au CDS).

Typologie de la patientèle CDS R.BACCI et hors CDS



La typologie de la patientèle se rendant dans le CDS diffère de celle des 4è, 12è et 13è arrondissements puisque l'on remarque une plus forte proportion de bénéficiaires d'une ALD parmi la patientèle de ce centre de santé (31,7 %) que dans le reste de la zone étudiée (17,8 %). De même, on note qu'une très importante part de la patientèle du CDS est constituée par les bénéficiaires d'une pension d'invalidité (31,7 % pour le CDS contre 3,6 %), ainsi que par les bénéficiaires de + de 70 ans (24,9 % contre 12,5).

En revanche, les écarts sont plus limités s'agissant des bénéficiaires de la CMU-C (11 % pour le CDS contre 14 % pour la zone étudiée) et de l'ACS (8,4 % pour le CDS contre 5,8 % pour la zone étudiée).

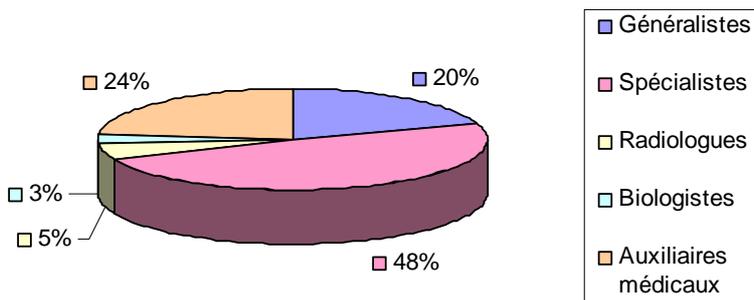
□ Offre de soins : professionnels de santé

	Nombre du CDS RAPHAEL BACCI	Nb de professionnels libéraux des 4 ^e , 12 ^e et 13 ^e arrondis Secteur 1	Nb de professionnels libéraux des 4 ^e , 12 ^e et 13 ^e arrondis Secteur 2	Part des professionnels CDS BACCI / ensemble des professionnels des 3 ^e , 12 ^e et 13 ^e arrondis
Généralistes	15	244	9	5,6%
Spécialistes	37	357	73	7,9%
dont psychiatres	2	25	/	7,4%
Radiologues	4	50	1	7,3%
Biologistes	2	32	/	5,9%
Auxiliaires médicaux	18	973	/	1,8%
dont infirmiers	6	537	/	1,1%
Toutes spécialités	76	1 557	83	4,4%

Seuls 4,7 % des professionnels de santé exerçant dans les 4^e, 12^e et 13^e arrondissements de Marseille relèvent du secteur 2.

Parmi tous les professionnels de secteur 1 en activité dans cette zone, 5,6 % des généralistes et 7,9 % des spécialistes exercent au sein du centre R.BACCI, ainsi que 7,3 % des radiologues.

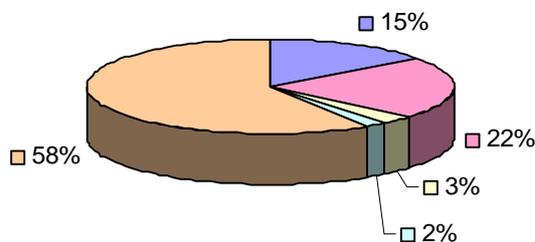
Répartition des professionnels de santé - CDS R.BACCI



La ventilation des professionnels de santé par spécialité est très différente entre le CDS R.BACCI et le secteur géographique étudié. En effet, près de la moitié des professionnels du CDS sont des médecins spécialistes, tandis qu'ils ne représentent que 22 % dans la zone de référence.

Toutefois, la tendance est inverse concernant les auxiliaires médicaux puisqu'ils représentent 58 % des professionnels du secteur contre 24 % au sein du centre de santé.

Répartition des professionnels de santé - 4^e, 12^e et 13^e



CENTRE DE SANTE DE MARTIGUES

□ Typologie de la patientèle du CDS de Martigues

La patientèle du CDS de Martigues correspond aux bénéficiaires pour lesquels des actes ont été remboursés lors du 2ème semestre 2011 et dont les actes ont été sélectionnés en début d'étude.

Localisation :

La patientèle du CDS de Martigues est localisée majoritairement à Martigues (69 %) qui est définie comme la zone d'attractivité majeure du centre de santé.

	CDS de Martigues	CPCAM	% par rapport bénéficiaires Cpm (*)
Total bénéficiaires	6 914	1 752 912	
Total bénéficiaires : Martigues	4 814	44 702	10,77%

(*) : Calcul du % : nombre de bénéficiaires de la ville de Martigues patients du CDS de Martigues / nombre total de bénéficiaires de la ville de Martigues

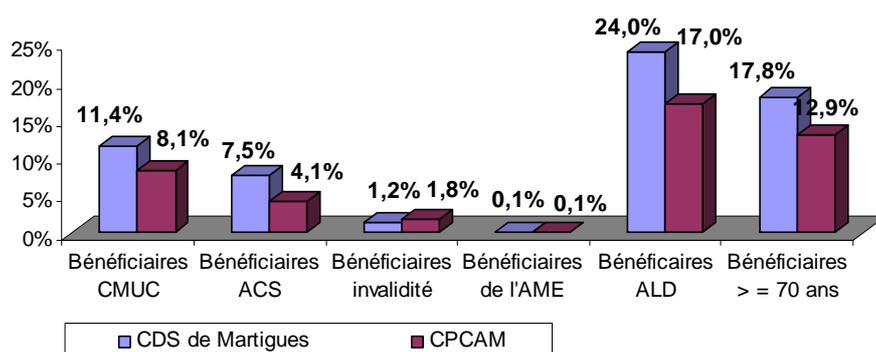
Le CDS de Martigues assure 10,77 % de l'offre de soins des bénéficiaires de Martigues.

Patientèle totale	CDS MARTIGUES <i>Patientèle totale</i>		CDS de Martigues <i>Patientèle de Martigues</i>		CPCAM <i>Bénéficiaires de Martigues</i>		% CDS Martigues / Bénéf. de Martigues
	6 914	% sur patientèle totale CDS Martigues	4 814	% sur patientèle Bacci zone Martigues	44 702	% sur bénéf. de Martigues	
Bénéficiaires CMUC	716	10,36%	548	11,38%	3 620	8,10%	15,14%
Bénéficiaires ACS	462	6,68%	363	7,54%	1 855	4,15%	19,57%
Bénéficiaires d'une pension d'invalidité	99	1,43%	60	1,25%	810	1,81%	7,41%
Bénéficiaires de l'AME	6	0,09%	5	0,10%	51	0,11%	9,80%
Bénéficiaires ALD	1 765	25,53%	1 155	23,99%	7 587	16,97%	15,22%
Bénéficiaires > = 70 ans	1 291	18,67%	859	17,84%	5 769	12,91%	14,89%

Caractéristiques

Il est à noter que 19,6 % des bénéficiaires de l'ACS résidant à Martigues ont reçu des soins dans ce centre de santé, soit une personne sur 5, ainsi que plus de 15 % des bénéficiaires de la CMU-C. De même, on note que 15,2 % des bénéficiaires d'une pension d'invalidité font partie de la patientèle du CDS. La population des + de 70 ans y est également bien représentée puisqu'elle constitue 18 % de la patientèle du CDS et 12,9 % des bénéficiaires résidant à Martigues.

Typologie de la patientèle CDS de Martigues et hors CDS



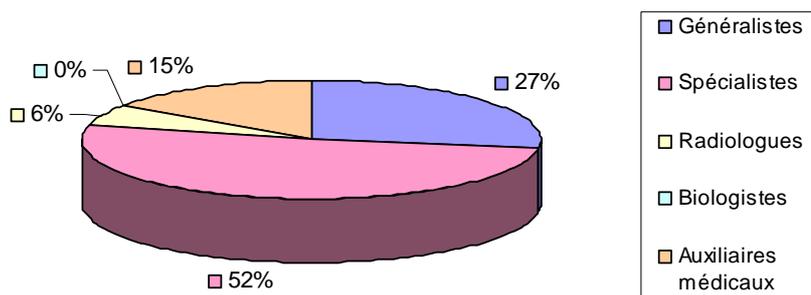
Globalement, la patientèle du CDS comporte une part plus importante de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS : +3 points en moyenne par rapport au secteur de Martigues. On y compte aussi davantage de bénéficiaires de pensions d'invalidité (24 % contre 17 %).

□ Offre de soins : professionnels de santé

	Nombre CDS de Martigues	Nb de professionnels libéraux Martigues Secteur 1	Nb de professionnels libéraux Martigues Secteur 2	Part des professionnels CDS de Martigues / ensemble des professionnels de Martigues
Généralistes	9	47	3	15,3%
Spécialistes	17	87	4	15,7%
<i>dont psychiatres</i>	1	4	/	20,0%
Radiologues	2	10	1	15,4%
Biologistes	/	6	/	0,0%
Auxiliaires médicaux	5	181	/	2,7%
<i>dont infirmiers</i>	3	104	/	2,8%
Toutes spécialités	33	244	8	11,6%

Seuls 2,8 % des professionnels de santé exerçant à Martigues relèvent du secteur 2. Parmi les professionnels de santé en activité dans cette zone, plus de 15 % des médecins spécialistes exercent au sein du CDS. Les proportions sont les mêmes concernant les généralistes (15,3 %) et les radiologues (15,4 %). En revanche, on n’y retrouve que très peu d’auxiliaires médicaux (2,7 %).

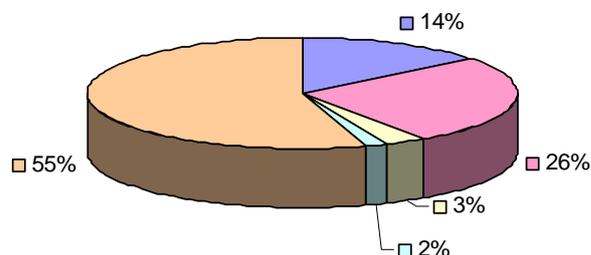
Répartition des professionnels de santé - CDS de Martigues



La répartition par spécialité des professionnels de santé exerçant au CDS de Martigues est bien particulière puisqu’il compte 52 % de médecins spécialistes et moins d’un tiers de médecins généralistes (27 %).

En revanche, au sein du secteur de Martigues, plus de la moitié des professionnels (55 %) sont des auxiliaires médicaux et seulement 26 % des médecins spécialistes.

Répartition des professionnels de santé - Martigues



CENTRE DE SANTE Joliot CURIE

□ Typologie de la patientèle du CDS J.CURIE (Port-Saint-Louis)

La patientèle du CDS J.CURIE correspond aux bénéficiaires pour lesquels des actes ont été remboursés lors du 2ème semestre 2011 et dont les actes ont été sélectionnés en début d'étude.

Localisation :

La patientèle du CDS J.CURIE est localisée majoritairement à Port St Louis (89 %) qui est définie comme la zone d'attractivité majeure du centre de santé.

	CDS de Port St Louis	CPCAM	% par rapport bénéficiaires Cpcam (*)
Total bénéficiaires	4 173	1 752 912	
Total bénéficiaires : Port St Louis	3 752	8 039	46,67%

(*) : Calcul du % : nombre de bénéficiaires de la ville de Port St Louis patients du CDS J.CURIE / nombre total de bénéficiaires de la ville de Port St Louis.

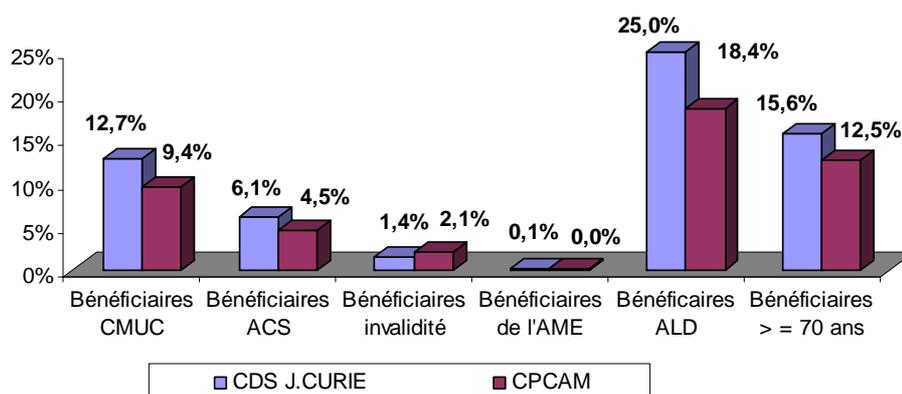
Le CDS J.Curie assure 46,67 % de l'offre de soins des bénéficiaires de Port St Louis, soit près d'1 bénéficiaire sur 2.

	CDS J.CURIE Patientèle totale		CDS J.CURIE Patientèle de Port St Louis		CPCAM Bénéficiaires de Port St Louis		% CDS J.CURIE / Bénéf. Port St Louis
	4 173	% sur patientèle totale CDS	3 752	% sur patientèle zone CDS de Port St Louis	8 039	% sur bénéficiaires de Port St Louis	
Patientèle totale							46,67%
Bénéficiaires CMUC	531	12,72%	478	12,74%	753	9,37%	63,48%
Bénéficiaires ACS	246	5,90%	228	6,08%	362	4,50%	62,98%
Bénéficiaires d'une pension d'invalidité	61	1,46%	54	1,44%	168	2,09%	32,14%
Bénéficiaires de l'AME	2	0,05%	2	0,05%	3	0,04%	66,67%
Bénéficiaires ALD	984	23,58%	937	24,97%	1 478	18,39%	63,40%
Bénéficiaires > = 70 ans	631	15,12%	586	15,62%	1 008	12,54%	58,13%

Caractéristiques :

Le CDS J.CURIE assure l'offre de soins pour **63,4 % des bénéficiaires de la CMU-C** et pour **62,9 % des bénéficiaires de l'ACS**, sur le secteur de Port Saint Louis. Il accueille également **66,6 % des bénéficiaires de l'AME** du secteur, ainsi que **63,4 % des titulaires d'une pension d'invalidité**, et **58,13 % des bénéficiaires de + de 70 ans**.

Typologie de la patientèle CDS J.CURIE et hors CDS



Offre de soins : professionnels de santé

	Nombre CDS J.CURIE	Nb de professionnels libéraux Port St Louis Secteur 1	Nb de professionnels libéraux Port St Louis Secteur 2	Part des professionnels CDS J.CURIE / ensemble des professionnels de Port St Louis
Généralistes	4	5	/	44,4%
Spécialistes	14	/	/	100,0%
dont psychiatres	1	/	/	100,0%
Radiologues	2	/	/	100,0%
Biologistes	/	1	/	0,0%
Auxiliaires médicaux	1	31	/	3,1%
dont infirmiers	1	16	/	5,9%
Toutes spécialités	21	37	/	36,2%

L'offre de soins du secteur de Port St Louis (hors CDS) est particulièrement faible, voire inexistante pour certaines catégories, comme en atteste le nombre de professionnels de soins y exerçant :

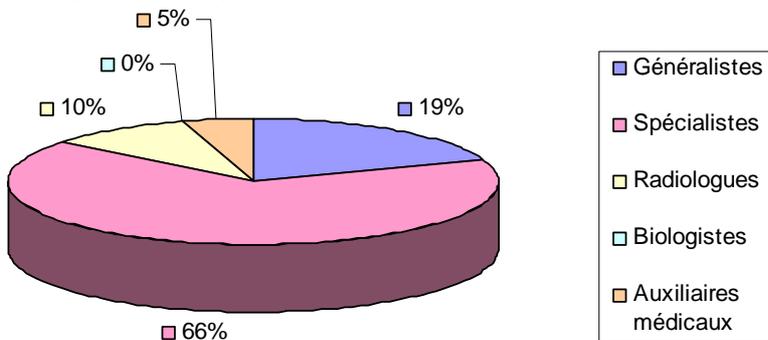
- 5 médecins généralistes
- aucun médecin spécialiste, radiologue ou biologiste
- seulement 31 auxiliaires médicaux

En revanche, au sein du centre de santé J.CURIE, on dénombre :

- 4 médecins généralistes
- 14 spécialistes
- 2 radiologues

Ce centre concentre à lui seul 100 % des médecins spécialistes exerçant à Port st Louis et près d'1 médecin généraliste sur 2 (44 %).

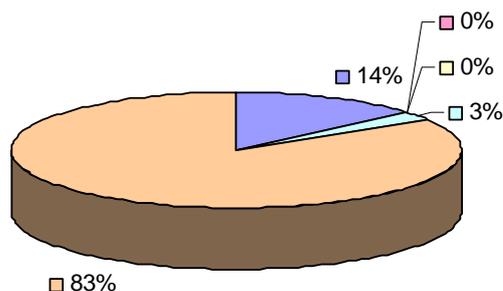
Répartition des professionnels de santé - CDS J.Curie



On observe qu'à Port St Louis, l'offre de soins est presque exclusivement constituée d'auxiliaires médicaux (83 %) et d'une faible part de médecins généralistes (14 %).

A l'inverse, 66 % des professionnels de santé exerçant dans le CDS J.Curie sont des spécialistes et 19 % des médecins généralistes.

Répartition des professionnels de santé - Zone CDS



CENTRE DE SANTE MUTUALISTE D'AIX-EN-PROVENCE

□ Typologie de la patientèle du CDS Mutualiste d'Aix-en-Provence

La patientèle du CDS d'Aix-en-Provence correspond aux bénéficiaires pour lesquels des actes ont été remboursés lors du 2ème semestre 2011 et dont les actes ont été sélectionnés en début d'étude.

Localisation :

La patientèle du CDS d'Aix-en-Provence est localisée majoritairement à Aix-en-Provence (79 %), **qui est ainsi définie comme la « zone d'attractivité » du centre de santé.**

C'est donc avec l'activité des professionnels de santé libéraux de cette commune que sera comparée l'activité du centre de santé.

(*Calcul du % : nb de bénéficiaires d'Aix en Provence patients du CDS mutualiste d'Aix / nb total de

	CDS d'Aix-en-Provence	CPAM	% par rapport bénéficiaires Cpm (*)
Total bénéficiaires	3 013	1 752 912	
Total bénéficiaires : Aix-en-Provence	2 392	113 403	2,11%

bénéficiaires d'Aix en Provence.

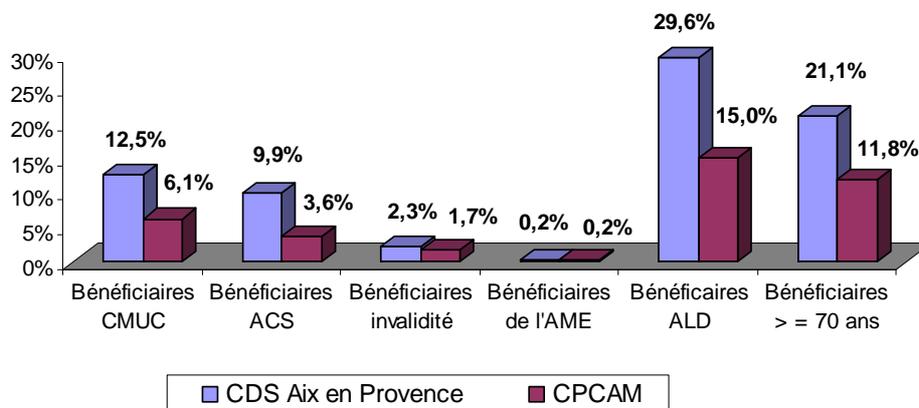
Le CDS Mutualiste d'Aix-en-Provence représente 2,11 % des bénéficiaires d'Aix-en-Provence.

Caractéristiques :

	CDS AIX-EN-PROVENCE Patientèle totale		CDS AIX-EN-PROVENCE Patientèle d'Aix-en-Provence		CPCAM Bénéficiaires d'Aix-en-Provence		% CDS AIX / Bénéficiaires d'Aix-en-Pce
Patientèle totale	3 013	% sur patientèle totale CDS AIX	2 392	% sur patientèle CDS zone Aix-en- Pce	113 403	% sur bénéf. d'Aix-en-Pce	2,11%
Bénéficiaires CMUC	335	11,12%	299	12,50%	6 968	6,14%	4,29%
Bénéficiaires ACS	257	8,53%	236	9,87%	4 122	3,63%	5,73%
Bénéficiaires d'une pension d'invalidité	71	2,36%	54	2,26%	1 884	1,66%	2,87%
Bénéficiaires de l'AME	5	0,17%	5	0,21%	177	0,16%	2,82%
Bénéficiaires ALD	875	29,04%	709	29,64%	16 987	14,98%	4,17%
Bénéficiaires > = 70 ans	611	20,28%	504	21,07%	13 358	11,78%	3,77%

Ce centre de santé assure 2,1 % de l'offre de soins des bénéficiaires d'Aix-en-Provence, parmi lesquels on observe une sur représentation des bénéficiaires de la CMU-C (4,3 %), de l'ACS (5,7 %), ainsi que des bénéficiaires d'une ALD (4,2 %) et des patients âgés de plus de 70 ans (3,8 %).

Typologie de la patientèle CDS Aix-en-Provence et hors CDS



La typologie de la patientèle se rendant dans le CDS diffère de celle du secteur d'Aix-en-Provence puisque la patientèle du CDS est constituée d'une plus grande proportion de bénéficiaires d'une ALD (29,6 % contre 15 %), ainsi que de patients âgés de plus de 70 ans (21,1 % contre 11,8 %).

On remarque également une plus forte part de bénéficiaires de la CMUC (12,5 %) et de l'ACS (9,9 %) parmi la patientèle de ce centre de santé que dans le reste de la zone étudiée (6,1 % et 3,6 %).

Offre de soins : professionnels de santé

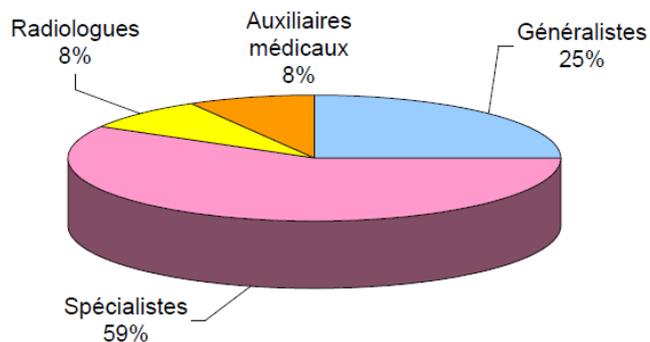
	Nombre CDS d'Aix-en-Provence	Nb de professionnels libéraux Aix-en-Provence Secteur 1	Nb de professionnels libéraux Aix-en-Provence Secteur 2	Part des professionnels CDS d'Aix-en-Poe / ensemble des professionnels d'Aix-en-Poe
Généralistes	3	165	41	1,4%
Spécialistes	7	181	204	1,8%
dont psychiatres	1	38	20	1,8%
Radiologues	1	96	3	1,0%
Biologistes	/	10	/	0,0%
Auxiliaires médicaux	1	572	/	0,2%
dont infirmiers	1	240	/	0,4%
Toutes spécialités	12	1 024	248	0,9%

Le CDS représente 0,9 % des professionnels de santé implantés à Aix-en-Provence.

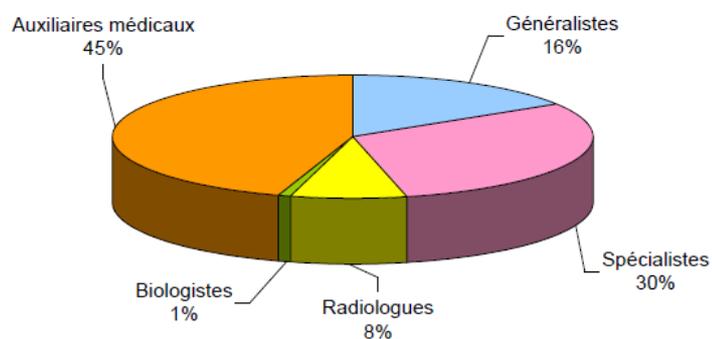
Les professionnels de santé relevant du secteur 2 constituent 19,5 % de l'ensemble des professionnels de santé libéraux exerçant à Aix-en-Provence.

Parmi tous les professionnels en activité dans cette zone, 1,4 % des médecins généralistes et 1,8 % des spécialistes exercent au sein du centre de santé.

Répartition des professionnels de santé - CDS d'Aix-en-Pce



Répartition des professionnels de santé - Aix-en-Provence



La ventilation des professionnels de santé par spécialité diffère fortement entre le CDS et le secteur d'Aix-en-Provence. En effet, plus de la moitié des professionnels du CDS sont des médecins spécialistes (59 %), tandis qu'ils ne représentent que 30 % dans la zone de référence. Le constat est similaire s'agissant des généralistes (25 % au sein du CDS contre 16 % en libéral).

Il est à noter que 45 % des professionnels de santé exerçant à Aix-en-Provence sont des auxiliaires médicaux (8 % au CDS).

CENTRE DE SANTE PIERRE GABRIELLI (BERRE L'ETANG)

□ Typologie de la patientèle du CDS Pierre Gabrielli

La patientèle du CDS P. Gabrielli correspond aux bénéficiaires pour lesquels des actes ont été remboursés lors du 2ème semestre 2011 et dont les actes ont été sélectionnés en début d'étude.

Localisation :

La patientèle du CDS P. Gabrielli est localisée majoritairement à Berre (70 %), **qui est ainsi définie comme la « zone d'attractivité » du centre de santé.**

C'est donc avec l'activité des professionnels de santé libéraux de cette commune que sera comparée l'activité du centre de santé.

	CDS PIERRE GABRIELLI	CPCAM	% par rapport bénéficiaires CPCAM (*)
Total bénéficiaires	5 263	1 752 912	
Total bénéficiaires : Berre l'Etang	3 670	13 105	28,00%

(*)Calcul du % : nb de bénéficiaires de Berre patients du CDS mutualiste P.Gabrielli / nb total de bénéficiaires de Berre.

Le CDS Mutualiste P. Gabrielli assure l'offre de soins de 28 % des bénéficiaires de Berre, soit **près d'1 bénéficiaire sur 3.**

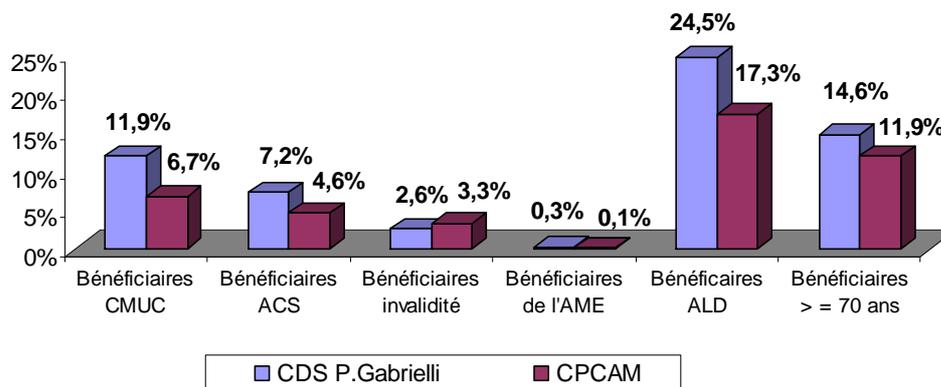
Caractéristiques :

	CDS PIERRE GABRIELLI Patientèle totale		CDS PIERRE GABRIELLI Patientèle de Berre l'Etang		CPAM Bénéficiaires de Berre l'Etang		% CDS PIERRE GABRIELLI / Bénéf. de Berre
Patientèle totale	5 263	% sur patientèle totale CDS P.G	3 670	% sur patientèle CDS zone Berre	13 105	% sur bénéf. de Berre	28,00%
Bénéficiaires CMUC	597	11,34%	436	11,88%	874	6,67%	49,89%
Bénéficiaires ACS	354	6,73%	266	7,25%	603	4,60%	44,11%
Bénéficiaires d'une pension d'invalidité	118	2,24%	95	2,59%	427	3,26%	22,25%
Bénéficiaires de l'AME	15	0,29%	11	0,30%	18	0,14%	61,11%
Bénéficiaires ALD	1 299	24,68%	899	24,50%	2 261	17,25%	39,76%
Bénéficiaires > = 70 ans	767	14,57%	536	14,60%	1 554	11,86%	34,49%

Ce centre de santé assure 28 % de l'offre de soins du territoire étudié. Sa patientèle se caractérise par une forte proportion de bénéficiaires de la CMU-C puisque plus de 49 % des bénéficiaires résidant à Berre se rendent dans le CDS de P.Gabrielli (**436 bénéficiaires CMU-C sur les 874 que compte le secteur, soit 1 sur 2**).

On observe également une nette sur représentation des bénéficiaires de l'ACS (44,1 %), ainsi que de l'AME (61 % des bénéficiaires de l'AME de Berre ont reçu des soins au CDS). De même, près de 40 % des titulaires d'une ALD du secteur de Berre se sont rendus dans le centre de santé.

Typologie de la patientèle CDS P.Gabrielli et hors CDS



La typologie de la patientèle se rendant dans le CDS est différente de celle de Berre ; on remarque en effet qu'elle est constituée de 24 % de bénéficiaires d'une ALD (contre 17 % à Berre) ainsi que de 14,6 % de personnes âgées de plus de 70 ans alors que le secteur de Berre en compte 11,9 %.

On note également une plus forte part de bénéficiaires de la CMUC (11,9 %) et de l'ACS (7,2 %) parmi la patientèle de ce centre de santé que dans le reste de la zone étudiée (6,7 % et 4,6 %).

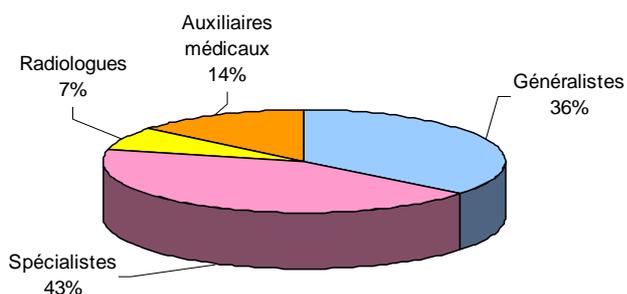
□ Offre de soins : professionnels de santé

	Nombre CDS P.Gabrielli	Nb de professionnels libéraux Berre Secteur 1	Nb de professionnels libéraux Berre Secteur 2	Part des professionnels CDS P.Gabrielli / ensemble des professionnels de Berre
Généralistes	5	9	/	35,7%
Spécialistes	6	1	/	85,7%
dont psychiatres	/	1	/	/
Radiologues	1	/	/	100,0%
Biologistes	/	/	/	/
Auxiliaires médicaux	2	36	/	5,3%
dont infirmiers	2	23	/	8,0%
Toutes spécialités	14	46	/	23,3%

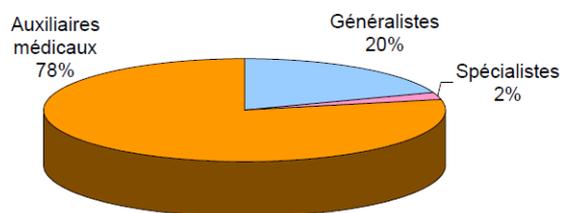
Le CDS représente 23,3 % des professionnels de santé implantés à Berre, ces derniers relevant exclusivement du secteur 1.

Les médecins rattachés au CDS représentent 35 % de l'ensemble des médecins généralistes implantés dans le secteur et 85 % des spécialistes (6 médecins sur 7). Par ailleurs, le seul radiologue présent dans le secteur exerce au sein du centre de santé P.Gabrielli.

Répartition des professionnels de santé - CDS P.Gabrielli



Répartition des professionnels de santé - Berre



La ventilation des professionnels de santé exerçant à Berre est particulière puisque 78 % sont des auxiliaires médicaux et 20 % des médecins généralistes. En revanche, au sein du CDS P.Gabrielli, près de la moitié des professionnels sont des médecins spécialistes (43 %), et un tiers est constitué de médecins généralistes (36 %). Les auxiliaires médicaux ne représentent quant à eux qu'une part de 14 %.

CENTRE DE SANTE PIERRE CALISTI (LA CIOTAT)

▣ Typologie de la patientèle du CDS Pierre Calisti

La patientèle du CDS P. Calisti correspond aux bénéficiaires pour lesquels des actes ont été remboursés lors du 2ème semestre 2011 et dont les actes ont été sélectionnés en début d'étude.

Localisation :

La patientèle du CDS P. Calisti est localisée majoritairement à la Ciotat (87 %), **qui est ainsi définie comme la « zone d'attractivité » du centre de santé.**

C'est donc avec l'activité des professionnels de santé libéraux de cette commune que sera comparée l'activité du centre de santé.

	CDS PIERRE CALISTI	CPCAM	% par rapport bénéficiaires CPCAM (*)
Total bénéficiaires	4 129	1 752 912	
Total bénéficiaires : La Ciotat	3 588	33 015	10,87%

(*) Calcul du % : nb de bénéficiaires de la Ciotat patients du CDS P. Calisti / nb total de bénéficiaires de la Ciotat.

Le CDS P. Calisti assure l'offre de soins de 10,8 % des bénéficiaires de la Ciotat.

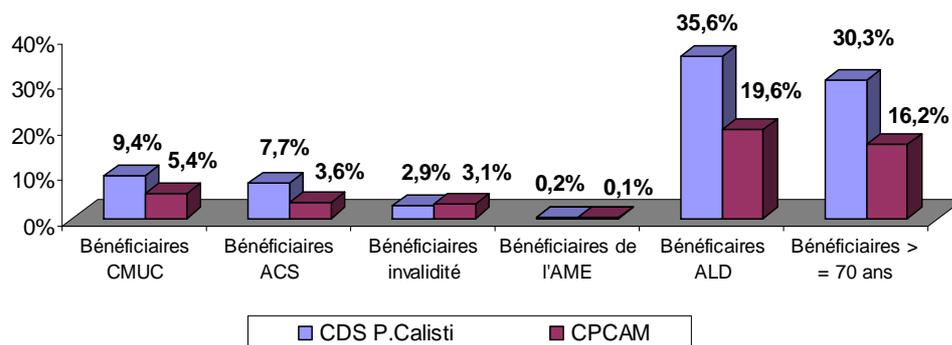
Caractéristiques :

Patientèle totale	CDS PIERRE CALISTI Patientèle totale		CDS PIERRE CALISTI Patientèle de la Ciotat		CPAM Bénéficiaires de la Ciotat		% CDS PIERRE CALISTI / Bénéf. de la Ciotat
	4 129	% sur patientèle totale CDS P.C	3 588	% sur patientèle CDS zone la Ciotat	33 015	% sur bénéf. de la Ciotat	
Bénéficiaires CMUC	383	9,28%	336	9,36%	1 794	5,43%	18,73%
Bénéficiaires ACS	318	7,70%	276	7,69%	1 176	3,56%	23,47%
Bénéficiaires d'une pension d'invalidité	121	2,93%	104	2,90%	1 035	3,13%	10,05%
Bénéficiaires de l'AME	8	0,19%	7	0,20%	26	0,08%	26,92%
Bénéficiaires ALD	1 434	34,73%	1 277	35,59%	6 471	19,60%	19,73%
Bénéficiaires > = 70 ans	1 205	29,18%	1 088	30,32%	5 344	16,19%	20,36%

La patientèle du CDS P. Calisti assure l'offre de soins d'1 personne sur 10 résidant à la Ciotat (10,8 %). Elle témoigne d'une sur représentation de bénéficiaires de la CMU-C puisque 18,7 % des bénéficiaires résidant à la Ciotat fréquentent le CDS. A l'identique, 23,4 % des bénéficiaires de l'ACS de la Ciotat y ont reçu des soins, ainsi que 26,9 % de bénéficiaires de l'AME.

Par ailleurs, une part importante de personnes âgées de plus de 70 ans (20,3 % des + de 70 ans habitant à la Ciotat), ainsi que de bénéficiaires d'une ALD (19,7 % de l'ensemble des bénéficiaires d'ALD de la Ciotat) constituent la patientèle du CDS.

Typologie de la patientèle CDS P.Calisti et hors CDS



La patientèle du CDS P.Calisti comporte une part plus importante de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS (9,4 % et 7,7 %) que le secteur de la Ciotat (5,4 % et 3,6 %).

En revanche, ce sont les bénéficiaires d'une ALD et les personnes âgées de plus de 70 ans qui constituent la majorité des patients du CDS puisqu'ils représentent respectivement 35,6 % et 30,3 % de l'ensemble de la patientèle de ce centre (19,6 % et 16,2 % de l'ensemble des bénéficiaires de la Ciotat).

□ Offre de soins : professionnels de santé

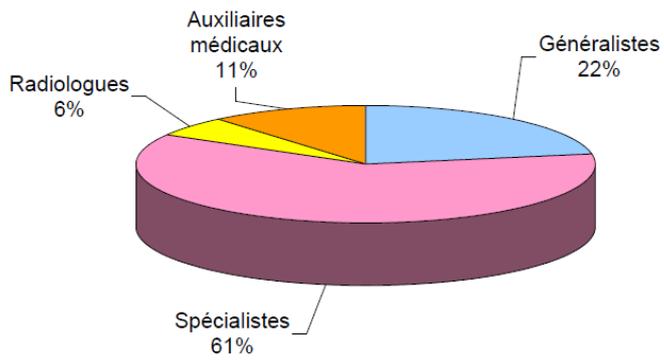
	Nombre CDS P.Calisti	Nb de professionnels libéraux La Ciotat Secteur 1	Nb de professionnels libéraux La Ciotat Secteur 2	Part des professionnels CDS P.Calisti / ensemble des professionnels de La Ciotat
Généralistes	4	41	3	8,3%
Spécialistes	11	36	29	14,5%
dont psychiatres	1	7	/	12,5%
Radiologues	1	11	/	8,3%
Biologistes	/	2	/	/
Auxiliaires médicaux	2	188	/	1,1%
dont infirmiers	2	102	/	1,9%
Toutes spécialités	18	278	32	5,5%

Le CDS représente 5,5 % des professionnels de santé implantés à la Ciotat.

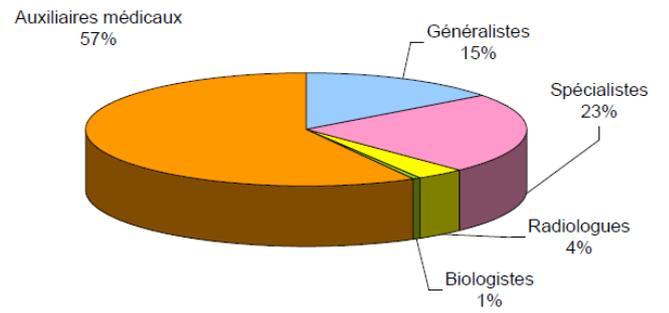
Parmi l'ensemble des professionnels libéraux en activité dans cette zone, 10,3 % relèvent du secteur 2.

Les professionnels de santé exerçant au sein du CDS représentent 14,5 % de l'ensemble des médecins spécialistes implantés dans le secteur (11 médecins sur 76) et 8,3 % des médecins généralistes. En revanche, le centre P.Calisti ne compte que 2 infirmiers parmi les 104 en activité à la Ciotat.

Répartition des professionnels de santé - CDS P.Calisti



Répartition des professionnels de santé - La Ciotat



CENTRE DE SANTE PAUL PARET (15^{ème} arrondissement de Marseille)

□ Typologie de la patientèle du CDS Paul Paret

La patientèle du CDS P.Paret correspond aux bénéficiaires pour lesquels des actes ont été remboursés lors du 2ème semestre 2011 et dont les actes ont été sélectionnés en début d'étude.

Localisation :

La patientèle du CDS P. Paret est localisée majoritairement dans les 15^e et 16^e arrondissements de Marseille (70 %), **qui représentent ainsi la « zone d'attractivité » du centre de santé.**

C'est donc avec l'activité des professionnels de santé libéraux de ces deux arrondissements que sera comparée l'activité du centre de santé.

	CDS PAUL PARET	CPCAM	% par rapport bénéficiaires CPCAM (*)
Total bénéficiaires	9 866	1 752 912	
Total bénéficiaires : 15 et 16^e arrondissements de Marseille	6 901	97 821	7,05%

(*)Calcul du % : nb de bénéficiaires des 15^e et 16^e arrdts. patients du CDS P.Paret / nb total de bénéficiaires des 15^e et 16^e arrdts.

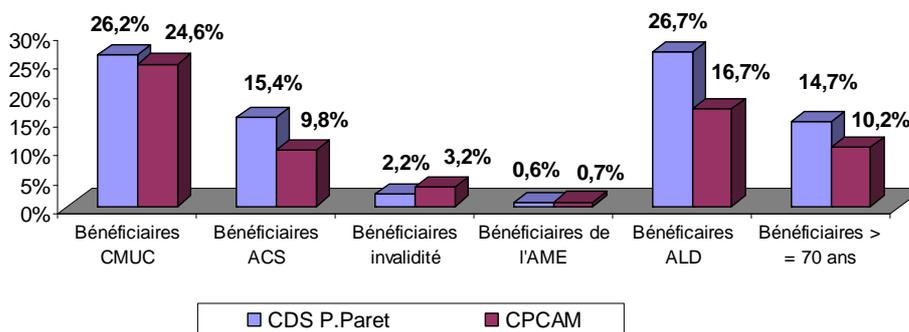
Le CDS Paul Paret assure l'offre de soins de 7,05 % des bénéficiaires des 15^e et 16^e arrondissements de Marseille.

Caractéristiques :

	CDS PAUL PARET Patientèle totale		CDS PAUL PARET Patientèle des 15 et 16 ^e arrondissements		CPCAM Bénéficiaires des 15 et 16 ^e arrondissements		% CDS PAUL PARET / Bénéf. CPCAM des 15 et 16 ^e arrdt.
Patientèle totale	9 866	% sur patientèle totale CDS P.P	6 901	% sur patientèle CDS zone 15 ^e et 16 ^e arrdt.	97 821	% sur bénéf. des 15 ^e et 16 ^e arrdt.	7,05%
Bénéficiaires CMUC	2 256	22,87%	1 806	26,17%	24 041	24,58%	7,51%
Bénéficiaires ACS	1 319	13,37%	1 061	15,37%	9 559	9,77%	11,10%
Bénéficiaires d'une pension d'invalidité	230	2,33%	151	2,19%	3 156	3,23%	4,78%
Bénéficiaires de l'AME	61	0,62%	43	0,62%	720	0,74%	5,97%
Bénéficiaires ALD	2 647	26,83%	1 845	26,74%	16 382	16,75%	11,26%
Bénéficiaires > = 70 ans	1 575	15,96%	1014	14,69%	9 972	10,19%	10,17%

Parmi les 7 % de bénéficiaires qui résident dans la zone d'attractivité du centre de santé et reçoivent des soins à P.Paret, on observe une prépondérance des bénéficiaires de l'ACS (11,1 %), ainsi que des personnes âgées de plus de 70 ans (10,2 %) et des titulaires d'une ALD (11,3 %).

Typologie de la patientèle CDS P.Paret et hors CDS



La patientèle du CDS P.Paret comporte une part plus importante de bénéficiaires de l'ACS (15,4 %) que les 15^e et 16^e arrondissements (9,8 %). En revanche, bien que la proportion de bénéficiaires de la CMU-C soit importante (26,2 % soit 1 personne sur 4), ce nombre est en adéquation avec le taux de bénéficiaires de la CMU-C observé dans la zone de référence (24,6 %).

Par ailleurs, les bénéficiaires d'une ALD et les personnes âgées de plus de 70 ans représentent également une part conséquente de la patientèle du CDS puisqu'ils représentent respectivement 26,7 % et 14,7 % de l'ensemble de sa patientèle (16,7 % et 10,2 % au sein des 15^e et 16^e arrondissements).

□ Offre de soins : professionnels de santé

	Nombre CDS P.Paret	Nb de professionnels libéraux 15 ^e et 16 ^e arrdt. de Marseille Secteur 1	Nb de professionnels libéraux 15 ^e et 16 ^e arrdt. de Marseille Secteur 2	Part des professionnels CDS P.Paret / ensemble des professionnels des 15 ^e et 16 ^e arrdt. de Marseille
Généralistes	6	141	2	4,0%
Spécialistes	12	48	23	14,5%
<i>dont psychiatres</i>	/	5	/	/
Radiologues	2	8	/	20,0%
Biologistes	3	2	/	60,0%
Auxiliaires médicaux	3	530	/	0,6%
<i>dont infirmiers</i>	2	393	/	0,5%
Toutes spécialités	26	729	25	3,3%

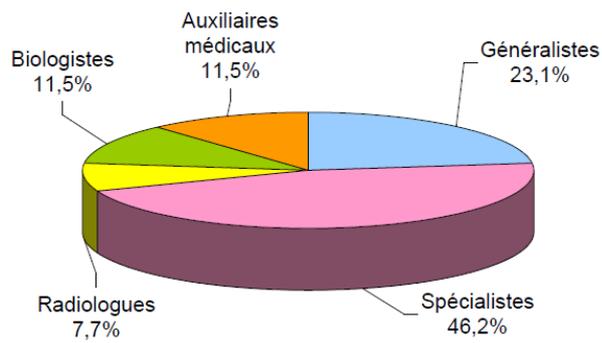
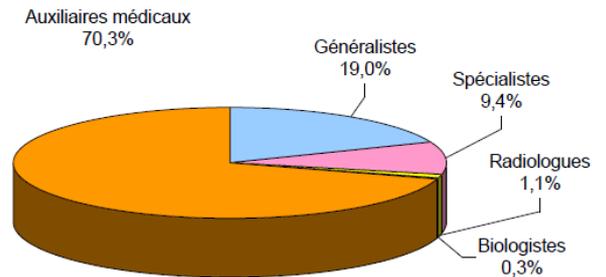
Le CDS représente 3,3 % des professionnels de santé implantés dans les 15^e et 16^e arrondissements de Marseille.

Parmi l'ensemble des professionnels libéraux en activité dans cette zone, seuls 3,3 % relèvent du secteur 2.

Les professionnels de santé exerçant au sein du CDS représentent 14,5 % de l'ensemble des médecins spécialistes implantés dans le secteur (12 médecins sur 83) et 4 % des médecins généralistes.

En revanche, 3 médecins biologistes sur 5 exerçant à P.Paret, 60 % de l'offre de soins liée à cette spécialité médicale est concentrée sur le centre de santé.

Répartition des professionnels de santé - CDS de P.Paret

Répartition des professionnels de santé - 15^e et 16^e arrdts. de Marseille

Les professionnels de santé exerçant au CDS P.Paret sont majoritairement des médecins spécialistes (46,2 %), et des médecins généralistes (23,1 %). Suivent les auxiliaires médicaux (11,5 %) et les médecins biologistes (11,5 %), qui sont toutefois peu nombreux (3 auxiliaires et 3 biologistes).

Sur le secteur des 15^e et 16^e arrondissements, on observe en revanche une nette prévalence des auxiliaires médicaux (70 %) ; les médecins généralistes représentant 19 % des professionnels en exercice et les médecins spécialistes 9 %.

CENTRE DE SANTE MICHEL BORIO (PORT DE BOUC)

▣ Typologie de la patientèle du CDS Michel Borio

La patientèle du CDS M.Borio correspond aux bénéficiaires pour lesquels des actes ont été remboursés lors du 2ème semestre 2011 et dont les actes ont été sélectionnés en début d'étude.

Localisation :

La patientèle du CDS M.Borio est localisée majoritairement à Port de Bouc (76 %), **qui est ainsi définie comme la « zone d'attractivité » du centre de santé.**

C'est donc avec l'activité des professionnels de santé libéraux de cette commune que sera comparée l'activité du centre de santé.

	CDS MICHEL BORIO	CPCAM	% par rapport bénéficiaires CPCAM (*)
Total bénéficiaires	5 703	1 752 912	
Total bénéficiaires : Port de Bouc	4 336	18 358	23,62%

(*)Calcul du % : nb de bénéficiaires de Port de Bouc patients du CDS M.Borio / nb total de bénéficiaires de Port de Bouc.

Le CDS M.Borio assure l'offre de soins de 23,6 % des bénéficiaires de Port de Bouc, **soit près d'1 bénéficiaire sur 4.**

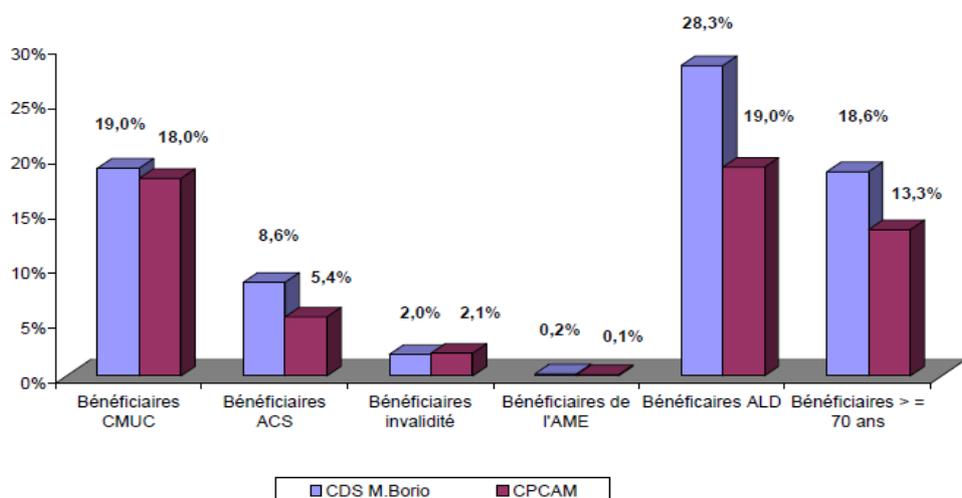
Caractéristiques :

	CDS MICHEL BORIO Patientèle totale		CDS MICHEL BORIO Patientèle de Port de Bouc		CPCAM Bénéficiaires de Port de Bouc		% CDS MICHEL BORIO / Bénéf. CPCAM Port de Bouc
Patientèle totale	5 703	% sur patientèle totale CDS M.B	4 336	% sur patientèle CDS zone Port de Bouc	18 358	% sur bénéf. de Port de Bouc	23,62%
Bénéficiaires CMUC	991	17,38%	822	18,96%	3 309	18,02%	24,84%
Bénéficiaires ACS	454	7,96%	371	8,56%	989	5,39%	37,51%
Bénéficiaires d'une pension d'invalidité	108	1,89%	85	1,96%	381	2,08%	22,31%
Bénéficiaires de l'AME	12	0,21%	9	0,21%	22	0,12%	40,91%
Bénéficiaires ALD	1 512	26,51%	1 228	28,32%	3 497	19,05%	35,12%
Bénéficiaires >= 70 ans	970	17,01%	808	18,63%	2 450	13,35%	32,98%

Parmi les 23,6 % de bénéficiaires qui résident dans la zone d'attractivité du centre de santé et reçoivent des soins au CDS M.Borio, on observe une sur représentativité des bénéficiaires de l'AME (40,9 %) et de l'ACS (37,5 %).

Les personnes âgées de plus de 70 ans constituent également une part importante de la patientèle (32,9 %), ainsi que les bénéficiaires d'une ALD (35,1 %).

Typologie de la patientèle CDS M.Borio et hors CDS



La

patientèle du CDS M.Borio comporte une part plus importante de personnes âgées de plus de 70 ans (18,6 %) que le secteur de Port de Bouc (13,3 %), ainsi que de bénéficiaires d'une ALD (28,3 % contre 19 %).

On note un taux de bénéficiaires de l'ACS légèrement supérieur au sein du CDS qu'à Port de Bouc (8,6 % contre 5,4 %), spécificité qui ne s'applique pas aux bénéficiaires de la CMU-C puisque le taux de bénéficiaires est quasiment identique au sein du CDS et dans la zone étudiée (19 % et 18 %).

□ Offre de soins : professionnels de santé

	Nombre CDS M.Borio	Nb de professionnels libéraux Port de Bouc Secteur 1	Nb de professionnels libéraux Port de Bouc Secteur 2	Part des professionnels CDS M.Borio / ensemble des professionnels de Port de Bouc
Généralistes	6	13	/	31,6%
Spécialistes	7	4	/	63,6%
dont psychiatres	/	/	/	/
Radiologues	2	/	/	100,0%
Biologistes	/	/	/	/
Auxiliaires médicaux	2	65	/	3,0%
dont infirmiers	2	48	/	4,0%
Toutes spécialités	17	82	/	17,2%

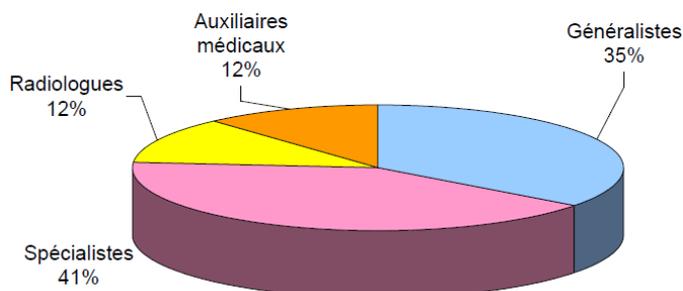
Le CDS représente 17,2 % des professionnels de santé en activité à Port de Bouc.

Aucun des professionnels de santé en activité implantés dans cette zone géographique ne relève du secteur 2.

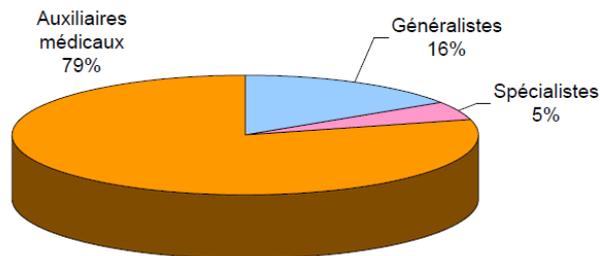
Le poids des professionnels de santé du CDS sur le secteur de Port de Bouc est important puisque 63,6 % des médecins spécialistes exercent au sein du centre de santé ainsi que 31,6 % des médecins généralistes. De plus, les 2 seuls médecins radiologues de Port de Bouc sont installés au centre de santé M.Borio.

En revanche, le CDS ne compte que très peu d'auxiliaires médicaux : 2 infirmiers, soit 4 % du nombre total d'infirmiers exerçant dans le secteur de Port de Bouc.

Répartition des professionnels de santé - CDS M.Borio



Répartition des professionnels de santé - Port de Bouc



La majorité des professionnels de santé exerçant au CDS M.Borio sont des médecins spécialistes (41 %), et des médecins généralistes (35 %). Suivent, de manière égale, les auxiliaires médicaux et les radiologues (12 %).

Le secteur de Port de Bouc compte majoritairement des auxiliaires médicaux (79 %); les médecins généralistes représentant 16 % des professionnels en exercice et les médecins spécialistes, au nombre de 4, seulement 5 %.

CENTRE DE SANTE FRANCOIS BILLOUX (GARDANNE)

▣ Typologie de la patientèle du CDS François Billoux

La patientèle du CDS F.Billoux correspond aux bénéficiaires pour lesquels des actes ont été remboursés lors du 2ème semestre 2011 et dont les actes ont été sélectionnés en début d'étude.

Localisation :

La patientèle du CDS F.Billoux est localisée majoritairement à Gardanne (56 %), **qui est ainsi définie comme la « zone d'attractivité » du centre de santé.**

C'est donc avec l'activité des professionnels de santé libéraux de cette commune que sera comparée l'activité du centre de santé.

	CDS FRANCOIS BILLOUX	CPCAM	% par rapport bénéficiaires CPCAM (*)
Total bénéficiaires	4 797	1 752 912	
Total bénéficiaires : Gardanne	2 712	18 138	14,95%

(*)Calcul du % : nb de bénéficiaires de Gardanne patients du CDS F.Billoux / nb total de bénéficiaires de Gardanne.

Le CDS F.Billoux assure l'offre de soins de 14,9 % des bénéficiaires de Gardanne

Caractéristiques :

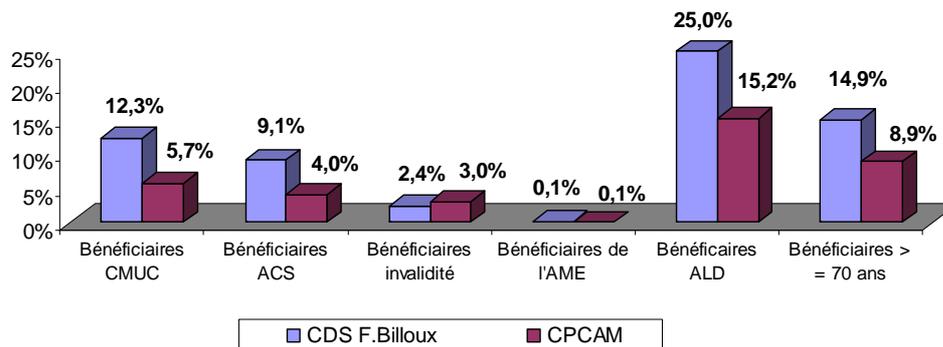
	CDS FRANCOIS BILLOUX Patientèle totale		CDS FRANCOIS BILLOUX Patientèle de Gardanne		CPCAM Bénéficiaires de Gardanne		% CDS FRANCOIS BILLOUX / Bénéf. CPCAM Gardanne
	4 797	% sur patientèle totale CDS F.B	2 712	% sur patientèle CDS zone Gardanne	18 138	% sur bénéf. de Gardanne	
Patientèle totale							14,95%
Bénéficiaires CMUC	473	9,86%	334	12,32%	1 037	5,72%	32,21%
Bénéficiaires ACS	320	6,67%	246	9,07%	732	4,04%	33,61%
Bénéficiaires d'une pension d'invalidité	119	2,48%	66	2,43%	545	3,00%	12,11%
Bénéficiaires de l'AME	3	0,06%	3	0,11%	13	0,07%	23,08%
Bénéficiaires ALD	1 242	25,89%	678	25,00%	2 753	15,18%	24,63%
Bénéficiaires > = 70 ans	756	15,76%	405	14,93%	1 619	8,93%	25,02%

On observe une forte proportion de bénéficiaires de la CMU-C, ACS et AME parmi les bénéficiaires qui résident à Gardanne et reçoivent des soins au centre de santé F.Billoux :

- CMUC : 32,2 %
- ACS : 33,6 %
- AME : 23 %

On note également une sur représentativité des personnes de plus de 70 ans (25 %) et des bénéficiaires d'une ALD (24,6 %).

Typologie de la patientèle CDS F.Billoux et hors CDS



La part des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS est plus élevée au CDS F.Billoux puisqu'on relève 12,3 % de bénéficiaires CMU-C (contre 5,7 % à Gardanne) et 9,1 % de bénéficiaires de l'ACS (contre 4 % à Gardanne).

Les mêmes écarts sont constatés s'agissant des personnes âgées de plus de 70 ans qui constituent 14,9 % de la patientèle du CDS (8,9 % à Gardanne), ainsi que pour les bénéficiaires d'une ALD (25 % au CDS contre 15,2 % à Gardanne).

□ Offre de soins : professionnels de santé

	Nombre CDS F.Billoux	Nb de professionnels libéraux Gardanne Secteur 1	Nb de professionnels libéraux Gardanne Secteur 2	Part des professionnels CDS F.Billoux / ensemble des professionnels de Gardanne
Généralistes	6	31	1	15,8%
Spécialistes	9	19	11	23,1%
<i>dont psychiatres</i>	/	3	/	/
Radiologues	2	12	/	14,3%
Biologistes	/	2	/	/
Auxiliaires médicaux	2	77	/	2,5%
<i>dont infirmiers</i>	2	36	/	5,3%
Toutes spécialités	19	141	12	11,0%

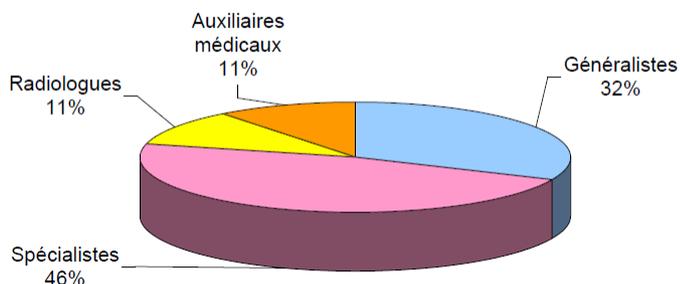
Le CDS F.Billoux représente 11 % des professionnels de santé en activité à Gardanne.

Parmi les professionnels de santé libéraux installés à Gardanne, 7,8 % relèvent du secteur 2.

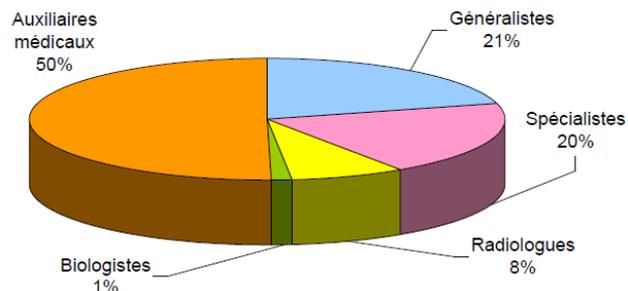
Les médecins spécialistes exerçant au sein du centre de santé représentent 23,1 % de l'ensemble des spécialistes du secteur étudié et les médecins généralistes 15,8 %.

Les 2 radiologues et auxiliaires médicaux (2 infirmiers) du centre de santé constituent respectivement 14,3 % et 5,3 % de l'offre médicale du territoire de Gardanne.

Répartition des professionnels de santé - CDS F.Billoux



Répartition des professionnels de santé - Gardanne



La majorité des professionnels de santé exerçant au CDS F.Billoux sont des médecins spécialistes (46 %), et des médecins généralistes (32 %). Les auxiliaires médicaux (2 infirmiers) et les 2 radiologues constituent 11 % des professionnels du centre de santé. La répartition est différente à Gardanne qui compte 20 % de médecins spécialistes et 21 % de généralistes. Les professionnels de santé les plus nombreux sont les auxiliaires médicaux qui représentent 50 % de l'effectif total.

CENTRE DE SANTE DE LA ZAC SAINT SUSPY (MIRAMAS)

□ Typologie de la patientèle du CDS de la ZAC St Suspy

La patientèle du CDS de la ZAC St Suspy correspond aux bénéficiaires pour lesquels des actes ont été remboursés lors du 2ème semestre 2011 et dont les actes ont été sélectionnés en début d'étude.

Localisation :

La patientèle du CDS de la ZAC St Suspy est localisée majoritairement à Miramas (76 %), qui est ainsi définie comme la « zone d'attractivité » du centre de santé.

C'est donc avec l'activité des professionnels de santé libéraux de cette commune que sera comparée l'activité du centre de santé.

	CDS ZAC DE ST SUSPY	CPCAM	% par rapport bénéficiaires CPCAM (*)
Total bénéficiaires	4 433	1 752 912	
Total bénéficiaires : Miramas	3 395	21 429	15,84%

(*)Calcul du % : nb de bénéficiaires de Miramas patients du CDS ZAC St Suspy / nb total de bénéficiaires de Miramas..

Le CDS de la ZAC St Suspy assure l'offre de soins de 15,8 % des bénéficiaires de Miramas.

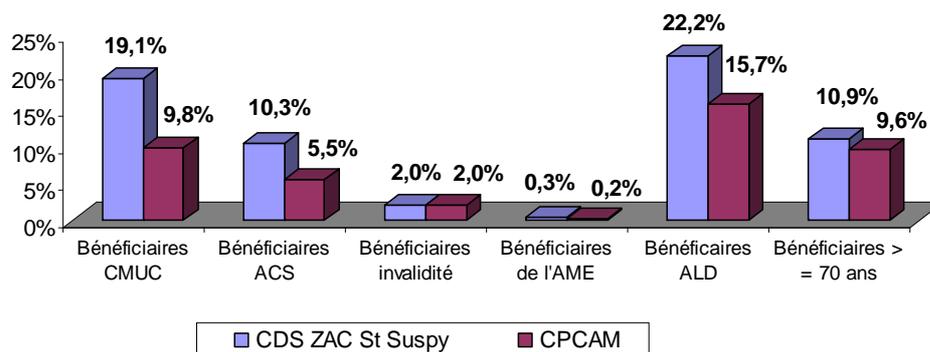
Caractéristiques :

	CDS ZAC DE ST SUSPY Patientèle totale		CDS ZAC DE ST SUSPY Patientèle de Miramas		CPCAM Bénéficiaires de Miramas		% CDS ZAC DE ST SUSPY / Bénéf. CPCAM Miramas
Patientèle totale	4 433	% sur patientèle totale CDS ZDSS	3 395	% sur patientèle CDS zone Miramas	21 429	% sur bénéf. de Miramas	15,84%
Bénéficiaires CMUC	763	17,21%	647	19,06%	2 096	9,78%	30,87%
Bénéficiaires ACS	403	9,09%	350	10,31%	1 188	5,54%	29,46%
Bénéficiaires d'une pension d'invalidité	89	2,01%	67	1,97%	431	2,01%	15,55%
Bénéficiaires de l'AME	12	0,27%	11	0,32%	52	0,24%	21,15%
Bénéficiaires ALD	963	21,72%	753	22,18%	3 354	15,65%	22,45%
Bénéficiaires > = 70 ans	464	10,47%	370	10,90%	2 048	9,56%	18,07%

L'étude de la patientèle du CDS de la ZAC St Suspy démontre une sur représentation des bénéficiaires de la CMU-C, ACS et AME puisque 30,9 % des bénéficiaires de la CMUC résidant à Miramas ont reçu des soins au CDS, de même que 29,5 % des bénéficiaires de l'ACS et 21,1 % des bénéficiaires de l'AME.

On note également une prévalence des bénéficiaires d'une ALD au sein du CDS (18 %).

Typologie de la patientèle CDS ZAC St Suspy et hors CDS



De manière générale, la patientèle du CDS de la ZAC St Suspy compte une part plus importante de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS que le secteur de Miramas (19,1 % et 10,3 % pour le CDS contre 9,8 % et 5,5 % à Miramas).

La patientèle du centre de santé comporte également une forte proportion de bénéficiaires d'une ALD (22,2 %), supérieure à celle de Miramas (15,7 %).

□ Offre de soins : professionnels de santé

	Nombre CDS ZAC St Suspy	Nb de professionnels libéraux Miramas Secteur 1	Nb de professionnels libéraux Miramas Secteur 2	Part des professionnels CDS ZAC St Suspy / ensemble des professionnels de Miramas
Généralistes	4	18	/	18,2%
Spécialistes	9	11	4	37,5%
<i>dont psychiatres</i>	/	3	1	/
Radiologues	1	6	/	14,3%
Biologistes	/	1	/	/
Auxiliaires médicaux	2	76	/	2,6%
<i>dont infirmiers</i>	2	43	/	4,4%
Toutes spécialités	16	112	4	12,1%

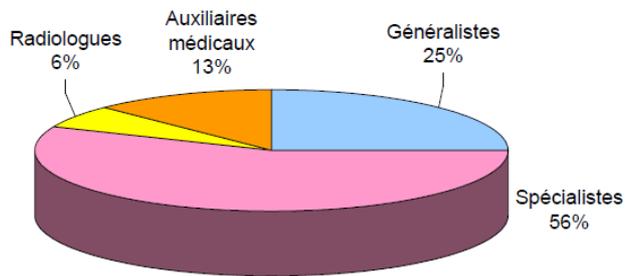
Le CDS représente 12,1 % des professionnels de santé en activité à Miramas.

Parmi les professionnels de santé libéraux en activité à Miramas, seuls 3,4 % relèvent du secteur 2.

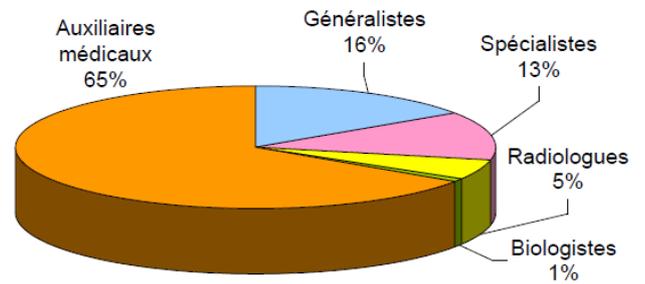
Les médecins spécialistes exerçant au sein du CDS de la ZAC St Suspy représentent 37,5 % de l'ensemble des spécialistes de Miramas et les médecins généralistes 18,2 %.

Le centre de santé comptant seulement 2 auxiliaires médicaux, la représentativité de ces derniers n'est que de 2,6 % sur le secteur étudié.

Répartition des professionnels de santé - CDS ZAC St Suspy



Répartition des professionnels de santé - Miramas



CENTRE DE SANTE LOUIS BONNEFON (2^{ème} arrondissement de Marseille)

□ Typologie de la patientèle du CDS Louis Bonnefon

La patientèle du CDS de Louis Bonnefon correspond aux bénéficiaires pour lesquels des actes ont été remboursés lors du 2^{ème} semestre 2011 et dont les actes ont été sélectionnés en début d'étude.

Localisation :

La patientèle du CDS L. Bonnefon est localisée majoritairement à Marseille, et plus particulièrement sur les 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} arrondissements (53 %), **qui représentent la « zone d'attractivité » du centre de santé.**

C'est donc avec l'activité des professionnels de santé libéraux de ces trois arrondissements que sera comparée l'activité du centre de santé.

	CDS LOUIS BONNEFON	CPCAM	% par rapport bénéficiaires CPCAM (*)
Total bénéficiaires	1 132	1 752 912	
Total bénéficiaires : 1^{er}, 2^e et 3^e arrondissements de Marseille	596	118 794	0,50%

(*) Calcul du % : nb de bénéficiaires des 1^{er}, 2^e et 3^e arrdts. de Marseille patients du CDS L. Bonnefon / nb total de bénéficiaires des 1^{er}, 2^e et 3^e arrdts. de Marseille.

Le CDS L. Bonnefon assure l'offre de soins de 0,5 % des bénéficiaires des 1^{er}, 2^e et 3^e arrondissements de Marseille.

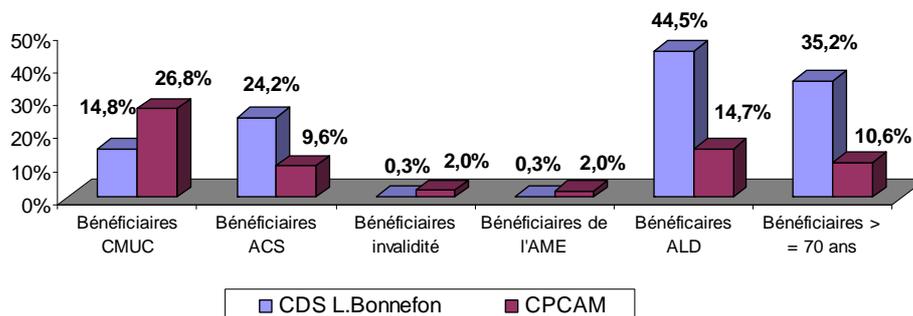
Caractéristiques :

	CDS LOUIS BONNEFON Patientèle totale		CDS LOUIS BONNEFON Patientèle des 1 ^{er} , 2 ^e et 3 ^e arrdts		CPCAM Bénéficiaires des 1 ^{er} , 2 ^e et 3 ^e arrondissements		% CDS LOUIS BONNEFON / Bénéf. CPCAM des 1 ^{er} , 2 ^e et 3 ^e arrdts.
	1 132	% sur patientèle totale CDS L.B	596	% sur patientèle CDS zone 1 ^{er} , 2 ^e et 3 ^e arrdts	118 794	% sur bénéf. des 1, 2 et 3 ^e	
Patientèle totale	1 132		596		118 794		0,50%
Bénéficiaires CMUC	136	12,01%	88	14,77%	31 825	26,79%	0,28%
Bénéficiaires ACS	245	21,64%	144	24,16%	11 443	9,63%	1,26%
Bénéficiaires d'une pension d'invalidité	3	0,27%	2	0,34%	2 416	2,03%	0,08%
Bénéficiaires de l'AME	3	0,27%	2	0,34%	2 355	1,98%	0,08%
Bénéficiaires ALD	516	45,58%	265	44,46%	17 438	14,68%	1,52%
Bénéficiaires > = 70 ans	434	38,34%	210	35,23%	12 584	10,59%	1,67%

La patientèle du CDS L. Bonnefon ne représente qu'une très faible part des bénéficiaires résidant dans la zone de référence (0,5 %).

Ainsi, si l'on observe une proportion légèrement plus élevée de bénéficiaires de l'ACS (1,26 %) et de bénéficiaires d'une ALD (1,52 %), on note en parallèle une sous représentation des bénéficiaires de la CMU-C (0,28 %) et de l'AME (0,08 %).

Typologie de la patientèle CDS L.Bonnefon et hors CDS



La patientèle du CDS L.Bonnefon compte une part moins importante de bénéficiaires de la CMU-C que celle des 1^{er}, 2^e et 3^e arrondissements (14,8 % contre 26,8 %). A l'inverse, les bénéficiaires de l'ACS y sont plus représentés (24,2 % au CDS contre 9,6 % dans la zone de référence).

De même, on observe une part plus importante de personnes âgées de plus de 70 ans (35,2 % contre 10,6 %) et de bénéficiaires d'une ALD (44,5 % contre 14,7 %) au sein du centre de santé.

❑ Offre de soins : professionnels de santé

	Nombre CDS L.Bonnefon	Nb de professionnels libéraux 1 ^{er} , 2 ^e et 3 ^e arrdts. de Marseille Secteur 1	Nb de professionnels libéraux 1 ^{er} , 2 ^e et 3 ^e arrdts. de Marseille Secteur 2	Part des professionnels CDS L.Bonnefon / ensemble des professionnels des 1 ^{er} , 2 ^e et 3 ^e arrdts. de Marseille
Généralistes	5	142	8	3,2%
Spécialistes	10	125	58	5,2%
dont psychiatres	/	47	4	/
Radiologues	1	26	/	3,7%
Endogistes	/	3	/	/
Auxiliaires médicaux	3	284	/	1,0%
dont infirmiers	1	138	/	0,7%
Toutes spécialités	19	580	66	2,9%

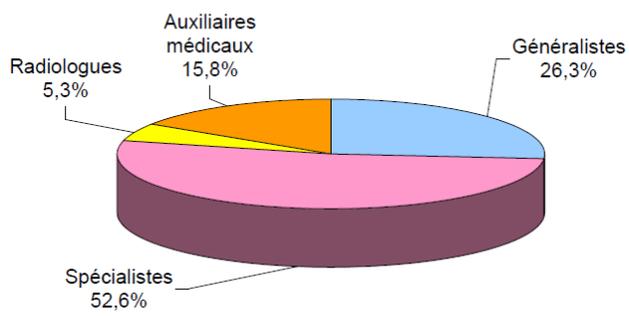
Le CDS L.Bonnefon représente 2,9 % des professionnels de santé en activité dans les 1^{er}, 2^e et 3^e arrondissements de Marseille.

Parmi les professionnels de santé libéraux en activité dans la zone de référence, 10,2 % relèvent du secteur 2.

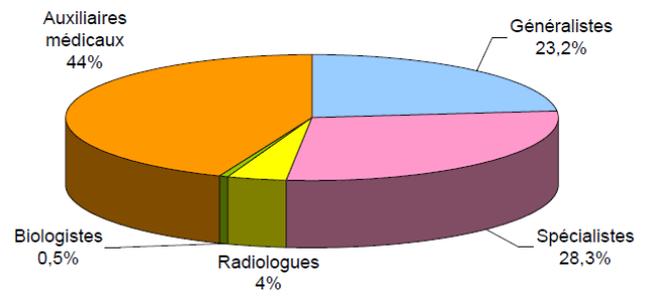
Les médecins spécialistes exerçant au sein du CDS L.Bonnefon représentent 5,2 % de l'ensemble des spécialistes des 1^{er}, 2^e et 3^e arrondissements, et les médecins généralistes 3,2 %.

Le centre de santé comptant 3 auxiliaires médicaux, ces derniers ne représentent qu'une part de 1 % des professionnels en activité dans ce secteur géographique.

Répartition des professionnels de santé - CDS L.Bonnefon



Répartition des professionnels de santé - 1er, 2è et 3è arrdts.de Marseille



Annexe 7 : Situation financière du Grand Conseil de la Mutualité de Marseille

1. EVALUATION DE LA SITUATION FINANCIERE DU GRAND CONSEIL DE LA MUTUALITE

Les informations financières dont il est fait état dans le présent document sont issues :

- Des comptes annuels pour 2010 et 2011. Il faut, toutefois, préciser qu'à la date de rédaction du rapport les comptes 2011 dûment certifiés par le commissaire aux comptes et formellement approuvés par le conseil d'administration n'ont pas été transmis à la mission qui a travaillé sur la base d'un document « présenté » au conseil d'administration du 30 mars 2012.
- Des documents et informations fournis par le GCM. Ces informations sont parfois incomplètes et même, dans certains cas, contradictoires.
- Des travaux effectués par le cabinet Eight Advisory, à la demande de l'administrateur judiciaire.
- Du rapport présenté par Maître Emmanuel, administrateur judiciaire, au tribunal de grande instance de Marseille lors de l'audience du 10 avril 2012.
- Des expertises réalisées par la FNMF dans le cadre de l'appui apporté à la mission.

[518] Par jugement du 9 novembre 2011⁶¹, le tribunal de grande instance de Marseille a ouvert une procédure de redressement judiciaire visant le Grand Conseil de la Mutualité de Marseille (GCM) et a fixé la date de cessation des paiements au 3 novembre 2011. Ont été désignés : maître Emmanuel DOUHAIRE, en qualité d'administrateur, avec une mission d'assistance et maître Simon LAURE en qualité de mandataire judiciaire.

[519] Si l'ouverture de cette procédure a pu surprendre certains partenaires locaux, elle n'est, en réalité, que la conséquence d'une situation durablement dégradée.

⁶¹ BODACC n°244 A 17-18 décembre 2011 annonce n°1138 - Date : 9 novembre 2011. Jugement d'ouverture d'une procédure de redressement judiciaire. RCS non inscrit. « **GRAND CONSEIL DE LA MUTUALITE** ». *Forme* : Union de Mutuelles. *Sigle* : GCM. *Activité* : non précisée. *Adresse* : 1 rue François Moisson 13002 Marseille. *Complément de jugement* : Jugement d'ouverture d'une procédure de redressement judiciaire, date de cessation des paiements : 3 novembre 2011, administrateur : Maître DOUHAIRE (Emmanuel), de la SCP DOUHAIRE-AVAZERI, 3, place Félix Baret, 13286 Marseille Cedex 6, mission : assistance, mandataire judiciaire : Maître LAURE (Simon), 347, rue Paradis, 13417 Marseille Cedex 08, les créances doivent être déclarées auprès du mandataire judiciaire dans le délai de deux mois à compter de la publication de ce jugement au BODACC.

1.1. Le GCM connaît une situation financière difficile depuis dix ans

[520] L'examen des comptes 2002 par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) a conduit ce service à alerter la direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère en charge de la sécurité sociale et la commission de contrôle des assurances, mutuelles et institutions de prévoyance (CCAMIP)⁶² sur le déficit accumulé par cet organisme. Effectué le 12 février 2004, ce signalement a conduit la CCAMIP à placer le GCM sous administration provisoire le 4 juin 2004 en application de l'article L. 510-9 du code de la mutualité⁶³.

1.1.1. Le placement sous administration provisoire n'a pas permis de stabiliser la situation du GCM

[521] La CCAMIP a levé l'administration provisoire le 10 décembre 2004 tout en maintenant une surveillance spéciale. Cette période a été mise à profit pour construire un plan de restructuration. Ce plan, d'un montant de 23,4 M€, comportait :

- Un plan social pour 7,4 M€ (150 emplois).
- Des investissements de modernisation pour 10,2 M€.
- Des remboursements d'emprunts pour 5,8 M€.

[523] Il devait être financé par une contribution exceptionnelle des mutuelles du livre II à hauteur de 8,7 M€, par un emprunt, à hauteur de 10,8 M€ et le solde par autofinancement.

[524] Parallèlement à ce plan de restructuration, un contrat de retour à l'équilibre a été conclu avec l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) au titre de la clinique Bonneveine.

⁶² A la quelle ont succédé l'autorité de contrôle des assurances et mutuelles (ACAM) puis l'autorité de contrôle prudentiel (ACP).

⁶³ Article L. 510-9 du code de la mutualité (version en vigueur au 1^{er} juin 2004)

Lorsque la situation financière d'une mutuelle ou d'une union ou ses conditions de fonctionnement sont telles que les intérêts des membres participants et des bénéficiaires et de leurs ayants droit sont compromis ou susceptibles de l'être, la commission de contrôle prend les mesures d'urgence nécessaires à la sauvegarde de ces intérêts.

Elle peut, à ce titre, mettre la mutuelle ou l'union sous surveillance spéciale.

Elle peut aussi restreindre ou interdire la libre disposition de tout ou partie des actifs de la mutuelle ou de l'union, limiter ou suspendre temporairement certaines opérations ou désigner un ou plusieurs administrateurs provisoires à qui sont transférés les pouvoirs nécessaires à l'administration et à la direction de la mutuelle ou de l'union. Cette désignation est faite soit à la demande des dirigeants lorsqu'ils estiment ne plus être en mesure d'exercer normalement leurs fonctions, soit à l'initiative de la commission de contrôle lorsque la gestion de la mutuelle ou de l'union ne peut plus être assurée dans des conditions normales, ou lorsque la commission a pris une mesure de suspension en application de l'article L. 510-11. A la date de cette désignation, les pouvoirs du conseil d'administration et des dirigeants salariés ayant reçu délégation de pouvoirs sont suspendus.

La commission de contrôle peut exiger de l'entreprise une marge de solvabilité plus importante que celle prescrite par la réglementation afin que l'entreprise soit rapidement en mesure de satisfaire à l'ensemble des exigences de solvabilité. Le niveau de cette exigence supplémentaire de marge de solvabilité est déterminé selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

La commission de contrôle peut, par entreprise, revoir à la baisse les éléments admis à constituer la marge de solvabilité dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les mesures mentionnées au troisième alinéa du présent article sont levées ou confirmées par la commission de contrôle, après procédure contradictoire, dans un délai prévu par décret en Conseil d'Etat. Ce même décret précise les modalités d'application du présent article.

[525] Ce plan de restructuration a permis une amélioration de la situation et un retour provisoire à l'équilibre budgétaire. Après deux années d'excédent budgétaire (2007 et 2008), la situation s'est à nouveau dégradée en 2009 ; cet exercice s'est soldé par un résultat comptable de - 562 K€. Cette situation s'aggravera considérablement en 2010 et 2011 pour aboutir à la cessation des paiements le 3 novembre 2011.

[526] L'évolution des résultats des trois derniers exercices ressort du tableau ci-dessous :

Tableau 37 : Résultats 2009-2011

variation du résultat	31/12/2011	écart	31/12/2010	écart	31/12/2009
résultat secteur ambulatoire	-5 315 787	19%	-4 460 109	-1755%	269 415
H.M.S (Hospitalisation et Médico-Social)	78 962	-104%	-2 082 209	150%	-831 794
résultat global	-5 236 825	-20%	-6 542 318	1063%	-562 379

Source : SCP Douhaire-Avazeri Rapport en vue de l'audience du 10 avril 2012

1.1.2. L'implication financière des mutuelles membres du GCM n'a pas suffi pour redresser la situation

[527] Les mutuelles membres du Grand Conseil ont contribué aux efforts de redressement entrepris par l'institution. Elles ont souscrit des titres participatifs à hauteur de 2 369 K€ en 2007 et 274 K€ en 2008. Elles ont également acquis, par l'intermédiaire de la SCI Mutuelles de Provence une partie du patrimoine améliorant ainsi la situation de trésorerie du GCM. En 2010, avec la garantie de la fédération des mutuelles de France (FMF), elles ont consenti au GCM un apport de 2 M€ et ont versé leur participation 2011 par anticipation (1,2 M€).

[528] Plusieurs mutuelles participent également aux investissements : construction et équipement des centres de santé à Martigues, par exemple.

[529] Le fonds national de solidarité et d'action mutualiste (FNSAM) a, de son côté, accordé une subvention de 1,45 M€ pour financer les travaux de modernisation de la clinique Bonneveine.

[530] Enfin, les mutuelles membres versent chaque année une participation aux frais de fonctionnement du GCM d'un montant de 11 € par adhérent, soit 1,2 M€ par an (près de 4 % des produits d'exploitation des centres médicaux et dentaires). Cette participation peut être comparée à la somme de 0,10 € par adhérent reversée par la FNMF à ses unions territoriales gestionnaires de centres de santé, mais aussi à la subvention versée à leur mutuelle dédiée par la mutuelle générale (MG) à MG Services (centre Jack Senet à Paris - 1,5 M€ soit 10 % des produits d'exploitation) ou par la MGEN à « MGEN centres de santé » (9 201 K€ soit 24 % des produits d'exploitation)⁶⁴. Il faut toutefois relever que les adhérents des mutuelles membres du GCM représentent moins de 50 % des personnes accueillies dans les centres de santé du GCM.

⁶⁴ Données communiquées par la FNMF.

1.2. A la clôture de l'exercice 2011 la situation financière reste critique

[531] Bien que le déficit se réduise de 20 %, le résultat reste déficitaire à hauteur de 5 237 K€, soit plus de 6 % du chiffre d'affaires. L'évolution de la situation financière du GCM sur la période 2009-2011 ressort du tableau ci-dessous :

Tableau 38 : Evolution de la situation financière du GCM

ACTIF	31/12/2011	31/12/2010	31/12/2009
immobilisations incorporelles	165 838	442 885	645 102
immobilisations corporelles	17 155 400	16 554 675	16 782 407
immobilisations financières	3 170 049	2 933 780	3 104 021
TOTAL IMMOBILISATIONS NETTES	20 491 287	19 931 340	20 531 530
stocks	1 346 215	1 543 374	1 678 258
avances et acomptes	282 314	118 821	148 136
créances	11 066 302	13 096 727	17 149 772
divers	4 751 653	363 807	438 794
charges constatées d'avance	100 708	92 037	105 170
TOTAL ACTIF CIRCULANT	17 547 192	15 214 766	19 520 130
charges à répartir	-	-	-
Primes de remboursement	-	-	-
Ecart de conversion	-	-	-
TOTAL GENERAL	38 038 479	35 146 106	40 051 660
PASSIF	31/12/2011	31/12/2010	31/12/2009
capitaux propres	- 10 311 117	- 5 748 661	- 657 024
autres fonds propres	-	-	-
provisions pour risques & charges	7 411 476	5 556 152	6 206 200
dettes moyen long terme	11 570 020	11 165 139	10 933 069
écarts conversion passif	-	-	-
TOTAL DES CAPITAUX PERMANENTS	8 670 379	10 972 630	16 482 245
TOTAL DES DETTES COURT TERME	29 368 100	24 173 475	23 569 416
TOTAL GENERAL	38 038 479	35 146 105	40 051 661
	31/12/2011	31/12/2010	31/12/2009
Fonds de roulement	- 11 820 908	- 8 958 710	- 4 049 285
Besoin en fonds de roulement	- 17 411 012	- 11 167 859	- 5 246 134
Trésorerie	5 590 104	2 209 149	1 196 849

Source : SCP Douhaire-Avazeri Rapport en vue de l'audience du 10 avril 2012

[532] On constate que la situation des fonds propres s'aggrave d'année en année : de - 657 K€ en 2009, ils passent à - 10 311 K€ en 2011, soit une multiplication par 15.

[533] Les dettes à court-terme ont progressé de 25 %, soit près de 6 M€.

[534] L'augmentation de la trésorerie n'est qu'apparente car elle est la conséquence directe du gel du passif consécutive à la procédure de règlement judiciaire décidée par le tribunal de grande instance le 9 novembre 2011.

1.3. Le passif exigible pourrait s'élever à 27 M€

[535] A la date de cessations des paiements, les dirigeants du GCM estimaient le passif à 14,392 M€. L'état des créances déclarées auprès du mandataire judiciaire s'élève, avant vérification, à 41,370 M€.

[536] Le cabinet Eight Advisory, mandaté par l'administrateur judiciaire, estime, au vu de ses investigations, qu'il est de l'ordre de 27 M€⁶⁵. Ce montant se répartit ainsi :

Tableau 39 : Ventilation du passif

En K€	Estimation au 09 novembre 2011
Emprunt participatif	2 643
Emprunt à moyen et long terme	8 821
Dettes fournisseurs	6 330
Dettes fiscales et sociales	7 411
Autres dettes	1 703
Passif gelé	26 908

Source : *Eight Advisory Rapport du 21 décembre 2011*

[537] Cela signifie, en cas de poursuite de l'activité du GCM associée à un plan de redressement étalé sur 10 ans, que l'organisme devra, non seulement retrouver l'équilibre financier en 2012, mais dégager un excédent de 2,7 M€ dès l'exercice 2013. Cela représente, par rapport au résultat 2011, un effort de près de 8 M€, soit près de 10 % du chiffre d'affaires. Cet objectif ne peut être atteint que par des efforts de gestion extrêmement importants qui paraissent hors de portée dans un délai aussi bref.

[538] Le mandataire judiciaire, quant à lui, estime, avant vérification des créances, que 16,5 M€ sont des créances privilégiées dont 2,6 M€ de créances super privilégiées remboursables au plus tard à la fin de la période d'observation, sauf accord d'étalement de la part de l'AGS.

1.4. Les causes du déséquilibre financier du GCM sont multiples

[539] Si les services « Hospitalisation et médico-social » (HMS) apparaissent équilibrés à la clôture de l'exercice 2011, ce n'est pas les cas des activités dites « ambulatoires ».

1.4.1. Le secteur HMS est revenu à l'équilibre au 31 décembre 2011

Tableau 40 : Résultats du secteur HMS au 31/12/2011

	Au 31/12/2011	Au 31/12/2010
Les Hermes (Foyer-logement)	- 53 991 €	6 176 €
Clinique Bonneveine	- 195 357 €	- 2 149 355 €
Hospitalisation à domicile (HAD)	102 388 €	- 2 854 €
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	171 929 €	69 998 €
Total HMS	24 969 €	- 2 088 387 €

Source : *SCP Douhaire-Avazeri Rapport en vue de l'audience du 10 avril 2012*

⁶⁵ Ce montant n'est pas définitif. Il est susceptible d'être revu, à la hausse comme à la baisse, lors de la vérification par l'administrateur et le mandataire judiciaire. En effet, certaines créances produites ont été payées et certaines provisions ou engagements hors bilan n'ont pas été pris en compte.

[540] Ce retour à l'équilibre est lié à la restructuration du secteur hospitalier : regroupement de La Feuilleraie et de Bonneveine sur le site de la clinique et restructuration des activités, notamment un fort développement de l'activité de chirurgie ambulatoire. La clinique Bonneveine a ainsi réduit son déficit de près de 2 M€. La campagne tarifaire 2012, avec une stagnation, voire une diminution des tarifs dans certains cas, pourrait venir compromettre les efforts engagés, sauf à constater une progression significative de l'activité.

1.4.2. Mais le secteur ambulatoire est en grande difficulté

[541] Si l'activité des centres dentaires et des centres optique est excédentaire, les centres médicaux et, dans une moindre mesure, la pharmacie sont déficitaires. Ces déficits sont plus importants encore si on y ajoute les charges dites « centrales » que l'absence de comptabilité analytique de permet pas d'imputer à chacun des centres.

Tableau 41 : Résultats du secteur ambulatoire au 31/12/2011

	Au 31/12/2011	Au 31/12/2010
Centres dentaires	2 361 363 €	2 954 604 €
Centres médicaux	- 1 927 268 €	- 2 731 853 €
Centres optiques	612 352 €	610 014 €
Pharmacie	- 55 662 €	- 66 821 €
Secteur ambulatoire	990 785 €	765 944 €
Charges centrales	- 7 468 000 €	- 6 515 000 €
Total net	- 6 477 215 €	- 5 749 056 €

Source : SCP Douhaire-Avazeri Rapport en vue de l'audience du 10 avril 2012

1.4.3. Et les charges « centrales » progressent significativement

[542] Ces charges « centrales » qui correspondent à ce que, dans des structures associatives, on appellerait des « frais de siège », sont imputées presque intégralement sur le secteur ambulatoire, le secteur HMS supportant des frais de siège évalués forfaitairement sous le contrôle des autorités de tarification. Ces charges ont progressé de plus de 950 K€ entre 2010 et 2011, passant de 11,65 % à 13,48 % du chiffre d'affaires du secteur ambulatoire. Cette progression, dans une période difficile pour le GCM, laisse perplexe.

1.5. *Des mesures énergiques doivent être prises rapidement et un plan de redressement crédible doit être préparé en vue des prochains échéances devant le tribunal de grande instance*

[543] Dans le rapport présenté lors de l'audience du 10 avril, l'administrateur judiciaire a fait part de ses interrogations sur l'issue de la procédure collective dont fait l'objet le Grand Conseil. Il a exprimé ses doutes quant à l'intervention des collectivités territoriales et leur hypothétique participation à un groupement d'intérêt public (GIP) qui se rendrait acquéreur du patrimoine du GCM. Il a relevé que l'institution ne dispose pas des outils de gestion adaptés à la situation de crise qu'elle traverse. Il a constaté, en fin, que, malgré le gel du passif consécutif à la mise en redressement judiciaire, la trésorerie prévisionnelle à fin septembre 2012 serait de 1 295 K€ (à condition que l'activité se maintienne au niveau de l'année 2011) ce qui laisse bien peu de marge de manœuvre « mettant ainsi le Grand Conseil de la Mutualité en situation d'échec si les choses restent en l'état ».

[544] La mission partage ces constats et considère qu'il y a urgence à agir, d'autant que les indicateurs d'activité communiqués par la direction du GCM sont inquiétants. Pour le premier trimestre 2012 des baisses d'activité significatives ont été enregistrées pour le secteur ambulatoire :

- 5 % pour les activités médicales et dentaires ;
- 12 % pour l'optique ;
- 17 % pour la pharmacie.

[545] Les nombreuses communications sur une fermeture possible des centres de santé ne sont peut-être pas étrangères à ce phénomène.

1.5.1. Une nécessaire diminution du passif exigible

[546] Afin de rendre supportable par l'institution les mesures permettant le retour à l'équilibre financier, la mission considère qu'il est indispensable de désintéresser un part significative des créanciers par un renforcement des fonds propres à un niveau qui ne saurait être significativement inférieur à 15 M€. Cet objectif ne peut être atteint que par l'apport d'une aide extérieure ou par une cession d'actif. La question doit donc être posée d'une éventuelle cession du principal actif que constitue la clinique Bonneveine dans le contexte d'une offre de soins hospitaliers très importante à Marseille, alors que le plan régional de santé récemment publié par l'ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur prévoit une réduction du nombre de sites chirurgicaux dans l'agglomération marseillaise.

1.5.2. Une adaptation indispensable des charges centrales à un périmètre d'activité redéfini

[547] Ainsi que cela a été rappelé ci-dessus, le niveau des charges centrales est très élevé. Une nouvelle stratégie de pilotage des activités et des mesures d'organisation doivent être arrêtées afin de limiter ces charges de structures qui grèvent lourdement les coûts de fonctionnement de l'institution.

1.5.3. Une recherche systématique des financements auxquels le GCM peut prétendre au titre de l'accord national de 2002

[548] Même si les mesures de transpositions des conventions passées entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux tardent parfois, l'accord signé en 2002 entre les caisses nationales d'assurance maladie et les organismes gestionnaires de centres de santé ouvre des possibilités de financement de la formation des professionnels, de la transmission électronique des feuilles de soins, des activités de permanence des soins, de santé publique, d'éducation sanitaire, de prévention... Le GCM doit s'attacher à présenter des dossiers et à répondre aux appels à projet. Il n'existe pas, en effet, de possibilité d'obtenir un financement global et forfaitaire au titre de ces activités.

1.5.4. La recherche de mutualisations plus nombreuses entre centres de santé

[549] On peut penser, en particulier, à l'accueil téléphonique. Une ou plusieurs plateformes, éventuellement territorialisées, pourraient tout à la fois améliorer la qualité du service rendu et limiter les coûts de fonctionnement.

[550] Le Grand Conseil dispose encore d'un mois pour parfaire les grandes lignes de son plan de redressement avant les prochaines échéances judiciaires. L'appui apporté par la FNMF (en la personne de M. BOULANGER) à la présidence du GCM sur la suggestion conjointe de l'administrateur judiciaire et de la mission devrait permettre d'atteindre cet objectif. Si ce rendez-vous devait être manqué, on peut craindre que le tribunal prononce la liquidation. Une telle décision n'empêcherait pas, toutefois, une reprise des activités par d'autres opérateurs, éventuellement mutualistes.

Pièce jointe n° 1 : (Extrait du rapport de l'administrateur judiciaire en vue de l'audience du 9 avril 2012)

REDRESSEMENT JUDICIAIRE

GREFFE : S 3435 - PARQUET

600/771/2011

GRAND CONSEIL DE LA MUTUALITE

Magali Vincent

JUGE COMMISSAIRE

1.6.

1.7. SCP DOUHAIRE-AVAZERI

1.8. ADMINISTRATEURS JUDICIAIRES

1.9. 03 Place Félix Baret

13006 MARSEILLE

scpdouhaireavazeri@orange.fr

**A
Mesdames les Présidents et Juges,
Composant le Tribunal de Grande
Instance de Marseille**



GRAND CONSEIL DE LA MUTUALITÉ **M**
GROUPE DES MUTUELLES DE FRANCE

**RAPPORT
EN VUE DE L'AUDIENCE DU 10 AVRIL 2012**

PERSPECTIVES :

A ce stade de la procédure, soit à cinq mois du jugement d'ouverture, le soussigné n'est toujours pas en mesure de se prononcer sur l'issue prévisible de la procédure collective dont fait l'objet le Grand Conseil de la Mutualité.

En effet la problématique est délicate et implique un nombre d'acteurs importants.

A cet égard, il ne semble pas que les collectivités locales et territoriales, interrogées à la demande du soussigné par la Présidente du Grand conseil de la Mutualité, se soient prononcées sur les modalités pratiques de leur intervention quant à la constitution d'un Groupement d'Intérêt Public.

En conséquence, il y a tout lieu de penser que le Grand Conseil de la Mutualité, en l'état actuel des finances publiques et de la période électorale non propice à la prise de décisions par les pouvoirs publics, ne devra compter que sur lui-même.

On notera cependant que certaines mesures correctives viennent d'être décidées.

Même si l'on peut regretter la tardivité de la réaction, certainement liée aux fondements spécifiques de l'institution et aux pesanteurs rencontrées en interne, il n'en demeure pas moins que la direction générale dans sa composition actuelle apparaît décidée à « refonder » l'entreprise, condition sine qua non à sa pérennité.

Cela étant et malgré l'implication des uns ou des autres, force est de constater au vu notamment des conclusions du technicien désigné par le Juge-Commissaire que cette entreprise n'est pas dotée des outils de gestion adaptés à une situation de crise et des ressources humaines en interne susceptibles d'y faire face.

Par conséquent, il est impératif d'adjoindre au plus tôt à la direction générale un ou deux spécialistes rompus de préférence aux problèmes des entreprises du secteur de la Mutualité, afin de venir en appui dans l'entreprise avec un œil extérieur dans la perspective d'une rationalisation et d'une optimisation des procédures, voire du développement de l'activité, permettant ainsi de remédier aux insuffisances de gestion constatées.

Au demeurant, il est extrêmement préoccupant de ne pas pouvoir disposer d'une attestation de la part du technicien désigné par le Juge-Commissaire permettant de s'assurer comptablement qu'un nouveau passif n'a pas été créé étant observé qu'en tout état de cause la trésorerie prévisionnelle disponible à fin septembre 2012 devrait s'élever à 1.295 K€ (cf. tableau page 5 du rapport joint), ne permettant donc, de fait, aucune marge de manœuvre et mettant ainsi le Grand Conseil de la Mutualité en situation d'échec si les choses restent en l'état.

Afin toutefois de vérifier les progrès réalisés dans l'avancement des différents chantiers, notamment au vu des préconisations contenues dans le rapport à intervenir de l'IGAS, le soussigné est favorable à une réouverture des débats par le Tribunal pour faire le point du dossier dans les meilleurs délais, ce qui milite dans le sens du renouvellement de la période d'observation.

En l'état de tout ce qui précède, l'administrateur soussigné ne peut que s'en rapporter à la sagesse du Tribunal.

Fait à Marseille, le 06 avril 2012

L'ADMINISTRATEUR JUDICIAIRE

Emmanuel DOUHAIRE

Annexe 8 : Régime juridique et financier des centres de santé

1. LE REGIME JURIDIQUE

1.1. Le régime juridique des centres de santé a été sensiblement modifié par la loi du 21 juillet 2009

[551] Ainsi que le rappelle l'exposé des motifs de l'article 16 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2000 le régime administratif des centres de santé a longtemps reposé sur « un dispositif principalement de nature réglementaire »⁶⁶. La loi n° 99-1140 de financement de la sécurité sociale pour 2000 a donné une base législative aux centres de santé : l'article L. 765-1 du code de la santé publique et les articles L. 162-32 à L. 162-32-3 du code de la sécurité sociale. Ces articles définissent les missions des centres de santé, leur place dans le système de soins ambulatoire, les conditions de leur agrément ainsi que les principes de base de leurs relations avec l'assurance maladie⁶⁷.

[552] Ces dispositions ont été modifiées par la loi du 21 juillet 2009. Les missions des centres de santé ont été étendues et précisées, l'agrément préalable a été supprimé et les établissements de santé peuvent désormais créer de tels centres.

1.2. Les centres de santé sont des structures de proximité dispensant des soins de premier recours et menant des actions de santé publique

[553] L'article L. 6323-1 du code de la santé publique (CSP) définit les centres de santé comme « des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours ». Les activités qui leur sont ouvertes sont nombreuses, mais il s'agit nécessairement d'activités sans hébergement.

[554] Les centres de santé peuvent ainsi :

- mener 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 ;
- pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse ;
- être des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé ;
- soumettre à l'agence régionale de santé et appliquer les protocoles de coopération entre professionnels de santé (articles L. 4011-2 et L. 4011-3 CSP) ;
- faire partie d'un pôle de santé tel que défini à l'article L. 6323-4 CSP.

⁶⁶ PLFSS 2000 exposé des motifs article 16 ; notamment trois décrets du 15 juillet 1991 (D. 91-654, 655 et 656).

⁶⁷ Voir le rapport sur les centres de santé réalisé par Dominique ACKER, conseillère générale des établissements de santé, en juin 2007. Hormis les modifications introduites par la loi du 21 juillet 2009, les constats effectués gardent toute leur pertinence.

[555] On peut relever qu'hormis la pratique des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, ces missions sont identiques à celles des maisons de santé définies à l'article L. 6323-3 CSP⁶⁸. Comme ces dernières, ils doivent élaborer un projet de santé qui est transmis à l'agence régionale de santé (ARS).

1.3. *Il s'agit d'organismes à but non lucratif dont le statut juridique peut être diversifié*

[556] Si le statut juridique des maisons de santé a été défini par le législateur⁶⁹, il n'en est pas de même pour les centres de santé. L'article L 6323-1 précise simplement qu'« ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé ». Cette rédaction ouvre de nombreuses possibilités, pourvu que la structure servant de support juridique au centre de santé soit à but non lucratif : association, fondation, organisme de sécurité sociale, organisme mutualiste, collectivité territoriale, établissement public...

[557] On peut, toutefois, s'interroger sur la possibilité pour un établissement de santé à caractère commercial de créer un centre de santé. En indiquant, sans autre précision, que les établissements de santé peuvent créer et de gérer des centres de santé, le législateur a-t-il souhaité ouvrir cette possibilité à toutes les catégories d'établissements de santé ? Ce point mériterait d'être précisé. Le législateur a-t-il entendu déroger, pour les établissements de santé, à la règle de « non lucrativité » posée par le même article du code de la santé publique ? Faut-il, au contraire, comprendre que seuls les établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif sont susceptibles de créer et de gérer de telles structures ?

1.4. *Ils sont soumis à des contraintes juridiques et fonctionnelles*

[558] Si la procédure d'agrément des centres de santé a été supprimée, permettant ainsi la libre création de telles structures, un certain nombre de conditions, dont certaines peuvent avoir des conséquences économiques non négligeables, doivent être respectées.

1.4.1. *Les centres de santé doivent pratiquer la délégation de paiement prévue par l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale (CSS)*

[559] Il s'agit de la pratique du « tiers-payant » pour la part garantie par les organismes de protection sociale obligatoire. Cette pratique, qui est de nature à faciliter l'accès aux soins des personnes à faible revenu ou en situation de précarité, impose aux centres de santé des charges financières non-négligeables, sans contrepartie de la part de l'assurance maladie⁷⁰. S'agissant de la part prise en charge par les organismes de protection sociale complémentaire, elle peut faire l'objet d'une délégation de paiement si des conventions spécifiques sont passées avec les organismes concernés.

⁶⁸ Article L. 6323-3

La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 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. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.

⁶⁹ Article L. 6323-3 CSP : La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

⁷⁰ Le rapport ci-dessus mentionné de Dominique ACKER fait état d'une étude des Mutuelles de France chiffrant entre 3 et 3,3 € par acte le coût de gestion du tiers-payant en 2007 (p. 31). Selon les données communiquées par le Grand Conseil de la Mutualité de Marseille (GCM), ce coût s'établirait, en 2011 pour cette structure, à 3,56 € par dossier.

1.4.2. Ils doivent élaborer un projet de santé

[560] Ce projet, distinct du projet d'établissement lorsque le centre est géré par un établissement de santé, doit comporter des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. Le contenu et les conditions d'élaboration de ce projet de santé sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé⁷¹.

[561] Le contenu de ce projet de santé est défini par un arrêté du 30 juillet 2010. Outre des informations sur la localisation du centre et ses modalités de fonctionnement, le projet de santé doit préciser :

- les objectifs et l'organisation du centre de santé au regard notamment des populations et des pathologies prises en charge, des problématiques de santé du territoire, des professionnels concernés, des modalités de la continuité des soins, de la coordination des soins et, le cas échéant, de la participation des médecins du centre à la permanence des soins. Il tient compte en particulier de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et des personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge ;
- les modalités d'accès aux données médicales des patients ;
- le dispositif d'évaluation de la qualité des soins ;
- les coopérations nouées avec des structures ou professionnels participant à la prise en charge des patients.

[562] Le projet de santé, préparé par l'organisme gestionnaire du centre, est adressé au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) qui en accuse réception. Aux termes de l'article 2 du décret n° 2010-895 du 30 juillet 2010, les centres de santé agréés à cette date disposaient d'un délai de six mois pour élaborer ce projet.

1.4.3. Ils sont soumis à des conditions techniques de fonctionnement fixées par décret

[563] Ces conditions sont énumérées aux articles D. 6323-2 à D. 6323-10 CSP. Ces textes, s'ils sont très généraux quant aux installations dont doivent disposer les centres de santé⁷², rappellent les principes de base régissant l'activité des centres :

- ouverture à toutes les personnes qui souhaitent être reçues en consultation ou bénéficier d'actes de prévention, d'investigation ou de soins médicaux, paramédicaux ou dentaires ;
- possibilité d'assurer un ou plusieurs de ces types de soins et de participer à des actions de formation et de recherche ;
- possibilité de répartir les activités sur plusieurs sites ou antennes assurant tout ou partie de leurs missions ;
- possibilité, pour les professionnels de santé exerçant au sein des centres de santé, de se rendre au domicile des patients ;

⁷¹ Article D. 6323-1 CSP.

⁷² Article D. 6323-4 alinéa 2 : Les locaux, les installations matérielles, l'organisation des soins, l'expérience et la qualification du personnel des centres de santé permettent d'assurer la sécurité des patients et la qualité des soins.

Article D. 6323-8 : Les centres de santé disposent de locaux et d'installations matérielles permettant d'assurer aux patients des conditions d'accessibilité, de sécurité et d'hygiène conformes aux normes en vigueur.

- caractère ambulatoire de l'activité, à l'exception de l'anesthésie et de la chirurgie ambulatoires qui sont réservées aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation (article D. 6124-301 CSP) ;
- obligation de tenir un dossier médical pour chaque patient.

1.4.4. Ils sont soumis au contrôle du directeur général de l'ARS et de l'assurance maladie

- [564] Si les centres de santé peuvent être créés librement, sans autorisation préalable ni agrément, ils sont soumis, en matière de qualité et de sécurité des soins, au contrôle de l'ARS⁷³. Le directeur général de l'ARS, s'il « constate que les conditions de fonctionnement du centre de santé ne permettent pas d'assurer la qualité et la sécurité des soins », peut enjoindre au gestionnaire du centre de santé « de prendre toutes dispositions nécessaires à la cessation des manquements dans un délai déterminé ». Si le texte prévoit que le directeur général de l'ARS « constate l'exécution » de ces dispositions, il n'évoque pas les suites à donner en cas d'inexécution.
- [565] Si les dysfonctionnements constatés tiennent à l'exercice professionnel d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme, les dispositions de l'article L 4113-14 CSP⁷⁴ peuvent trouver à s'appliquer et le directeur général de l'ARS peut prononcer la suspension du praticien concerné. Cela suppose, toutefois, une situation d'urgence et l'existence d'un danger grave pour les patients.
- [566] S'il s'agit de problèmes liés à l'organisation ou à la qualité des installations, le directeur général de l'ARS peut prononcer « la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité du centre, assortie d'une mise en demeure de prendre les mesures nécessaires » et, le cas échéant, « maintenir cette suspension jusqu'à ce que ces mesures aient pris effet ».

⁷³ Article D. 6323-10 CSP.

⁷⁴ Article L. 4113-14 CSP : En cas d'urgence, lorsque la poursuite de son exercice par un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme expose ses patients à un danger grave, le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'exercice du professionnel prononce la suspension immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de cinq mois. Il entend l'intéressé au plus tard dans un délai de trois jours suivant la décision de suspension.

Le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'exercice du professionnel informe immédiatement de sa décision le président du conseil départemental compétent et saisit sans délai le conseil régional ou interrégional lorsque le danger est lié à une infirmité, un état pathologique ou l'insuffisance professionnelle du praticien, ou la chambre disciplinaire de première instance dans les autres cas. Le conseil régional ou interrégional ou la chambre disciplinaire de première instance statue dans un délai de deux mois à compter de sa saisine. En l'absence de décision dans ce délai, l'affaire est portée devant le Conseil national ou la Chambre disciplinaire nationale, qui statue dans un délai de deux mois. A défaut de décision dans ce délai, la mesure de suspension prend fin automatiquement.

Le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'exercice du professionnel informe également les organismes d'assurance maladie dont dépend le professionnel concerné par sa décision et le représentant de l'Etat dans le département.

Le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'exercice du professionnel peut à tout moment mettre fin à la suspension qu'il a prononcée lorsqu'il constate la cessation du danger. Il en informe le conseil départemental et le conseil régional ou interrégional compétents et, le cas échéant, la chambre disciplinaire compétente, ainsi que les organismes d'assurance maladie et le représentant de l'Etat dans le département.

Le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme dont le droit d'exercer a été suspendu selon la procédure prévue au présent article peut exercer un recours contre la décision du directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'exercice du professionnel devant le tribunal administratif, qui statue en référé dans un délai de quarante-huit heures.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Le présent article n'est pas applicable aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes qui relèvent des dispositions de la partie 4 du code de la défense.

[567] Si les dysfonctionnements relevés constituent des manquements aux dispositions de l'accord national conclu avec les organismes d'assurance maladie⁷⁵, un déconventionnement peut être prononcé par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) compétente.

1.4.5. Les médecins exerçant dans les centres de santé sont salariés

[568] Il s'agit là d'une des particularités de la pratique médicale dans les centres de santé si on la compare, notamment, aux maisons de santé dont les professionnels sont de statut libéral. Si le code de la santé publique impose le salariat des médecins, il ne définit pas les modalités de cette rémunération. En l'absence de convention collective spécifique, les règles qui s'imposent sont celles du code du travail et il est tout à fait possible qu'une partie de la rémunération tienne compte de l'activité des praticiens. La situation des différents centres de santé est extrêmement disparate. Certains centres pratiquent une rémunération forfaitaire « à la fonction », d'autres indexent cette rémunération, totalement ou partiellement, sur l'activité des praticiens. Le choix entre ces différentes modalités de rémunération n'est pas sans incidence sur la « productivité » des centres.

1.5. Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national

[569] Les articles L. 162-32 et L. 162-32-1 CSS précisent la nature et les modalités des relations entre les centres de santé et les organismes d'assurance maladie.

[570] L'accord national du 19 novembre 2002, approuvé par un avis publié au journal officiel du 19 avril 2003 prend le relais de la convention-type annexée au décret n° 91-655 du 15 juillet 1991. Il a été signé par huit organismes représentatifs des centres de santé et les trois caisses nationales d'assurance maladie.

[571] Cet accord, qui comporte 13 chapitres et quatre annexes, vise à « rénover le cadre dans lequel s'exerce l'activité des centres de santé et s'établissent leurs relations mutuelles »⁷⁶ dans le respect de cinq principes fondamentaux :

- liberté de choix de l'utilisateur ;
- affirmation du rôle spécifique des centres de santé ;
- promotion de la qualité des soins et mise en place d'une démarche d'évaluation ;
- contribution des centres de santé aux évolutions du paysage sanitaire français ;
- participation à une régulation concertée et médicalisée des dépenses de santé.

[572] Cet accord a été conclu pour une durée de cinq ans à compter de la publication de l'arrêté d'approbation. Il est renouvelable par tacite reconduction. Il a fait l'objet de quatre avenants portant essentiellement sur des points techniques. Un premier renouvellement tacite est intervenu à compter du 19 avril 2008 ; un second renouvellement tacite interviendra le 19 avril 2013, sauf dénonciation par les parties signataires avant le 19 octobre 2012.

[573] De nombreuses modifications sont intervenues dans le régime conventionnel liant l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux. Leur transposition dans l'accord national, quand elle a lieu, est lente et donne le sentiment aux centres de santé d'être moins bien traités que les praticiens libéraux. De plus, cette absence de transposition a des conséquences financières non négligeables.

⁷⁵ Accord national du 19 novembre 2002, approuvé le 19 avril 2003, chapitre XII.

⁷⁶ Accord du 19 novembre 2002 – Préambule - JORF n°93 du 19 avril 2003.

2. LE REGIME FINANCIER

[574] Même si l'article L. 162-32-1 CSS ouvre la possibilité d'inclure dans l'accord national des dispositions relatives aux « modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des centres de santé et notamment d'actions de prévention et d'éducation pour la santé », la source principale de financement des centres de santé est bien la rémunération à l'acte.

2.1. L'assurance maladie prend en charge les activités de soins des centres de santé sur la base des tarifs conventionnés du secteur 1

[575] Les conditions générales d'application des dispositions des conventions liant les professionnels de santé et l'assurance maladie peuvent faire l'objet d'adaptations pour les professionnels exerçant dans les centres de santé, dans le cadre de l'accord national. Ces adaptations, toutefois, « ne peuvent pas modifier les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires déterminés par ces conventions⁷⁷ ». Il s'agit d'un cadre de référence obligatoire. C'est ainsi que les dispositions relatives à la télétransmission ou à la formation médicale continue sont adaptées à la situation particulière des centres.

[576] Toutefois comme cela a été souligné ci-dessus au point 1.5., la transposition des dispositions conventionnelles dans l'accord national pose parfois problème et peut contribuer à fragiliser la situation financière des centres.

2.2. Une subvention versée par la CPAM vient atténuer le poids des charges sociales supportées par les centres au titre des professionnels de santé salariés

[577] Cette subvention couvre une partie des cotisations dues par les centres au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès pour les praticiens et les auxiliaires médicaux. L'article D. 162-22 CSS fixe cette part à 11,5 point.

[578] Le fait que le même article L. 162-32 CSS traite, à la fois, de cette subvention (alinéa 1) et de la dispense d'avance des frais (alinéa 3) pourrait laisser penser que l'une est la contrepartie de l'autre. Ce n'est pas le cas puisqu'il s'agit de compenser la prise en charge, pour les praticiens libéraux conventionnés de secteur 1, d'une partie des charges de protection sociale par les organismes d'assurance maladie. C'est un sujet de débat entre les centres de santé et l'assurance maladie. En effet, les gestionnaires des centres considèrent que, pour une compensation équitable, le taux devrait être porté de 11,5 à 18 points pour les généralistes⁷⁸.

2.3. Les centres peuvent également bénéficier, dans les conditions du droit commun, de financements relatifs aux actions de santé publique, d'éducation thérapeutique ou de prévention

[579] Le chapitre VI de l'accord national décline les modalités d'organisation des actions de prévention et d'éducation sanitaire. Le rapport de Dominique ACKER en relevait déjà l'inadaptation. Ceci est encore plus vrai avec la mise en place des ARS et la création du fonds d'intervention régionale (FIR) par le décret du 27 février 2012⁷⁹. Un avenant à l'accord national ou le nouvel accord, si tel est la voie retenue par les parties, devra prendre en compte les nouveaux dispositifs mis en place et les adapter à la situation des centres de santé.

⁷⁷ Article L. 162-32-1 CSS.

⁷⁸ Voir rapport ACKER p. 33.

⁷⁹ Décret n° 2012- 271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé et circulaire n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional.

2.4. *Des contributions financières peuvent leur être allouées par les organismes gestionnaires, des organismes de protection sociale complémentaire ou des collectivités territoriales*

[580] Le rapport de juin 2007 a relevé la fragilité financière de nombreux centres de santé⁸⁰. Pour contribuer à l'équilibre financier de certains centres, des contributions complémentaires diverses leur sont parfois allouées, en espèce ou en nature. Elles peuvent être apportées par les organismes gestionnaires (associations, fondations, collectivités publiques), par des mutuelles ou par des collectivités territoriales. Il peut s'agir d'aides au fonctionnement ou à l'investissement.

⁸⁰ Voir rapport ACKER p. 4 et p. 38 et suivantes.