

Dynamique de création des centres de santé sur le territoire français *entre 2017 et 2021*

Projet Epidaure Territoires
*Partenariat IJFR – Banque des
territoires – CDC*

Emilie SADERNE – Novembre 2021



Sommaire

1	CONTEXTE DE L'ÉTUDE	5
	AVANT-PROPOS	6
	INTRODUCTION	8
	PERSONNALITÉS DU MOUVEMENT DES CENTRES DE SANTÉ INTERROGÉES	9
	GESTIONNAIRES DE NOUVEAUX CENTRES DE SANTÉ INTERROGÉS	9
1.1	LES DÉFINITIONS PLURIELLES DES CENTRES DE SANTÉ	10
1.1.1	DÉFINITION LÉGALE	10
1.1.1	AU-DELÀ DE LA DÉFINITION LÉGALE, UNE DIVERSITÉ DE DÉFINITIONS REMONTANT DU TERRAIN	10
1.1.2	LES CENTRES DE SANTÉ MÉDICAUX ET POLYVALENTS ORGANISÉS AUTOUR DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE : UN MODÈLE PROMU PAR LES POUVOIRS PUBLICS ET L'OBJET DE L'ÉTUDE	12
2	LA FORTE CROISSANCE DU NOMBRE DE CENTRES DE SANTÉ	13
2.1	COMBIEN SONT-ILS ?	14
2.1.1	UNE ACCÉLÉRATION DES CRÉATIONS DEPUIS LES ANNÉES 2000, QUI S'ACCENTUE ENCORE CES DERNIÈRES ANNÉES	14
2.1.2	UNE HÉTÉROGÉNÉITÉ DE CATÉGORIES, AVEC UNE MAJORITÉ DE CENTRES DENTAIRE	15
2.2	OÙ SONT-ILS ET QUAND ONT-ILS ÉTÉ CRÉÉS ?	17
2.3	PAR QUI ET POURQUOI CES NOUVEAUX CENTRES SONT-ILS CRÉÉS ET GÉRÉS ?	19
2.3.1	UNE HÉTÉROGÉNÉITÉ DES GESTIONNAIRES DE CENTRES, AVEC UNE MAJORITÉ D'ASSOCIATIONS MALGRÉ L'ÉSSOR DES PORTEURS PUBLICS	19
2.4	LE CAS DES NOUVEAUX CENTRES DE SANTÉ MÉDICAUX ET POLYVALENTS ORGANISÉS AUTOUR DU MÉDECIN TRAITANT	21
2.4.1	+ 200 % DE CRÉATIONS EN 20 ANS	21
2.4.2	UNE PROGRESSION DES PORTEURS PUBLICS DE CENTRES DE SANTÉ MÉDICAUX ET POLYVALENTS OFFRANT DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE CES DERNIÈRES ANNÉES	23
2.4.3	OÙ LES NOUVEAUX CENTRES DE SANTÉ POLYVALENTS ET MÉDICAUX SE DÉVELOPPENT-ILS ?	25
2.4.4	LES AVIS DES ACTEURS SUR LES RAISONS DE CETTE PROGRESSION	27
3	LES MISSIONS, LES PROFILS, ET LE DÉVELOPPEMENT DES PROJETS DE CENTRES DE SANTÉ MÉDICAUX ET POLYVALENTS RÉCEMMENT CRÉÉS	28
3.1	RADIOGRAPHIE DES MISSIONS ET PROFILS DES CENTRES DE SANTÉ MÉDICAUX ET POLYVALENTS CRÉÉS CES DERNIÈRES ANNÉES (2017 – 2021)	29
3.1.1	CENTRES DE SANTÉ CONSULTÉS	29
3.1.2	L'ACCÈS AU MÉDECIN GÉNÉRALISTE COMME MISSION CENTRALE, AUTOUR DE LAQUELLE GRAVITENT DES MISSIONS SECONDAIRES	29
3.1.3	LES MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DÉVELOPPÉES DANS LES NOUVEAUX CENTRES : DES MISSIONS EN DEVENIR	31
3.1.4	DIMENSIONNEMENT DES PROJETS, MONTÉE EN CHARGE, FILE ACTIVE ET VOLUME D'ACTIVITÉ	32
3.1.5	DES BASES DE MODÈLES ORGANISATIONNELS ET ÉCONOMIQUES SIMILAIRES, AVEC DES DISPARITÉS ESSENTIELLEMENT LIÉES AUX VOLUMES D'OFFRES	34
3.2	LE DÉVELOPPEMENT DE PROJET DES CENTRES DE SANTÉ RÉCEMMENT CRÉÉS	37
3.2.1	L'IMPORTANCE D'UN ENGAGEMENT POLITIQUE CLAIR DÈS LE DÉBUT DU PROJET	37
3.2.2	LA PRIORITÉ DONNÉE AU PROJET D'ACCÈS AUX SOINS DANS LES TERRITOIRES	38
3.2.3	LE BESOIN D'ÊTRE ACCOMPAGNÉ SUR LES ASPECTS DE DÉVELOPPEMENTS TECHNIQUES DES PROJETS	39
3.2.4	DES PRÉJUGÉS ENCORE RÉPANDUS SUR L'EXERCICE SALARIAL EN SOINS PRIMAIRES	40
3.2.5	L'IMPORTANCE DE LA CONCERTATION PARTENARIALE ET DU MODE PROJET	40
3.2.6	LA QUESTION DU RECRUTEMENT MÉDICAL AU CŒUR DES PROJETS	41
3.2.7	LE DÉVELOPPEMENT DES MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LES PROJETS	42

4	LES ORGANISATIONS ET LES MODÈLES ÉCONOMIQUES DES CENTRES MÉDICAUX ET POLYVALENTS CENTRÉS AUTOUR DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE CRÉÉS CES DERNIÈRES ANNÉES	43
4.1	L'ORGANISATION : UN ENJEU D'EFFICACITÉ ET D'ATTRACTIVITÉ	44
4.1.1	LE TRAVAIL EN ÉQUIPE ET LES MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE PARMI LES PRINCIPAUX LEVIERS D'ATTRACTIVITÉ DES CENTRES DE SANTÉ	44
4.1.2	L'ORGANISATION DES CONSULTATIONS	45
4.1.3	MANAGEMENT DE PROXIMITÉ ET FONCTION DE COORDINATION	46
4.1.4	LES LIMITES DES OUTILS ET PROCÉDURES DE GESTION	47
4.2	LES MODÈLES ÉCONOMIQUES DES NOUVEAUX CENTRES DE SANTÉ TOUJOURS EN QUESTION	48
	Les clés pour comprendre	48
	Entre 20 et 25% de recettes forfaitaires	48
	Des charges de personnels qui constituent 80% à 90% des dépenses	48
	Peu de marges en matière de volumes d'activité et de tarifs	48
	L'obligation de proposer des salaires attractifs, malgré les difficultés à trouver l'équilibre	49
4.2.1	LES RÉMUNÉRATIONS DES SOIGNANTS, ÉLÉMENTS PRÉPONDERANTS DES MODÈLES ÉCONOMIQUES	49
4.2.2	LA NÉCESSITÉ D'AJUSTER LE FONDS DE ROULEMENT À LA PÉRIODE DE MONTÉE EN CHARGE	51
4.2.3	L'IMPORTANCE DE L'ACCORD NATIONAL ET DES AIDES À LA CRÉATION	52
4.2.4	LES CONTRÔLE DE GESTION : CONDITION DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE DES STRUCTURES	53
5	LA GOUVERNANCE DES NOUVEAUX CENTRES DE SANTÉ MÉDICAUX ET POLYVALENTS	54
5.1.1	DES MODES DE GOUVERNANCE ENCORE MAJORITAIREMENT « DESCENDANTS »	55
5.1.2	UNE DOSE DE PARTICIPATION QUI S'ACCROÎT ET QUELQUES EXEMPLES DE MODÈLES DE GOUVERNANCE « HORIZONTALE »	56
5.1.3	LE CAS DES SOCIÉTÉS COOPÉRATIVES D'INTÉRÊT COLLECTIF (SCIC)	57
6	PERSPECTIVES POUR LES PORTEURS DE PROJETS DE CENTRES DE SANTÉ MÉDICAUX ET POLYVALENTS DANS LES TERRITOIRES	59
	PROPOSITION DE CHECK-LIST À L'USAGE DES PORTEURS DE PROJETS	60
	CONCLUSION	61
	BIBLIOGRAPHIE	62
	Éléments de définitions :	62
	Rapports :	62
	Politiques publiques et conventionnelles:	63
	Divers :	63
	GLOSSAIRE	64
	ANNEXE 1 : SOURCES ET MÉTHODES D'OBSERVATION STATISTIQUE	66
	L'INTÉRÊT DU RÉPERTOIRE FINISS POUR L'ÉTUDE DE LA DYNAMIQUE DE CRÉATION DES CENTRES À TRAVERS LE TEMPS ET L'ESPACE	66
	L'IMPORTANCE DE L'OBSERVATOIRE E-CDS POUR L'ANALYSE STATISTIQUE DES MODÈLES ET DES CATÉGORIES	66
	INTERPRÉTATION	67
	LIMITES	67
	ANNEXE 2 : GRILLES D'ENTRETIENS ACTEURS DU MOUVEMENT DES CENTRES DE SANTÉ	68
	ANNEXE 3 : GRILLES ENTRETIENS GESTIONNAIRES DE CENTRES DE SANTÉ	69

1. Contexte de l'étude

Avant-propos

Les témoignages de nos concitoyens sont unanimes, il est devenu difficile et parfois impossible de trouver un médecin traitant. Ce phénomène dit des déserts médicaux touche toutes les régions, aussi bien en milieu rural qu'en ville. On peut ainsi parler d'inégalités territoriales de santé. Les causes sont multiples. Démographie médicale en baisse, nouvelles attentes professionnelles et personnelles des jeunes générations de médecins, pour ne parler que des plus connues. Les solutions font aujourd'hui consensus, notre pays doit transformer sa médecine de ville, le modèle libéral isolé ne faisant plus recette.

C'est désormais l'exercice médical en équipe qui attire. La solution libérale, de type maison de santé, a un temps semblé à certains la solution idéale. Avant qu'on ne constate que certaines créations restaient vides, faute de projet de santé et faute de candidats dotés de l'indispensable fibre entrepreneuriale. Exercice regroupé, oui, mais pas forcément en libéral.

Les centres de santé ont alors suscité un nouvel intérêt. Et si les centres de santé avaient inventé les fondamentaux d'une médecine de ville moderne ? Pour les usagers ils ont tout pour plaire. Tous les soins du quotidien disponibles sur place. Le tiers payant systématique et l'absence de dépassements d'honoraires. Pour les professionnels également l'exercice en centre de santé coche toutes les cases : salariat, travail en équipe, horaires choisis, pas de tâches administratives.

Comme on le lira ici une nouvelle dynamique de création des centres de santé s'est mise en place depuis les années 2000, particulièrement intense au cours des cinq dernières années. Qui sont ces centres de santé récemment créés ? L'appellation centre de santé recouvrant des catégories diverses, les chiffres officiels doivent être regardés avec précaution. Ils font l'objet d'une présentation détaillée au chapitre 2.

Nous n'avons pas traité de la question des centres de santé dentaire. Leur multiplication suscite des interrogations sur le modèle qui les anime. L'affaire Dentexia n'est pas si loin. Nous n'avons pas non plus retenu certains modèles de centres de santé spécialisés comme les centres de santé ophtalmologiques. L'assurance maladie s'intéresse attentivement à leur activité au point d'avoir récemment porté plainte contre certains d'entre eux. La justice pénale dira ce qu'il faut en penser.

Nous avons choisi aujourd'hui de nous intéresser aux seuls centres de santé polyvalents pluriprofessionnels, ceux au sein desquels le public peut trouver son médecin traitant. On en dénombre environ 400. Parmi ces centres de santé nous nous sommes plus particulièrement attachés à ceux qui ont été créés récemment, sur lesquels on sait encore très peu de choses. Pourquoi ont-ils été créés ? Par qui ? Comment l'idée a-t-elle cheminé ? Quelles mésaventures ? Quelles satisfactions ? Quel a été le résultat ?

Afin de répondre à ces questions nous avons choisi la méthode de l'enquête de terrain. Nous avons choisi d'entendre et de faire partager le témoignage des promoteurs de 10 centres de santé créés entre 2017 et 2021. C'est l'objet des chapitres 3, 4 et 5 de ce rapport. Nous espérons

avoir retranscrit avec fidélité leurs points de vue et leur expérience. Qu'ils soient remerciés de leur contribution sans laquelle ce travail n'aurait pu voir le jour. Je remercie également les personnalités des organisations représentatives du mouvement des centres de santé et de ses professionnels qui ont accepté de nous faire part de leurs visions et de leurs constats. Je suis convaincu que la dynamique observée sur le terrain doit beaucoup à leur action constante et résolue. Mes remerciements s'adressent plus spécialement à Emilie Saderne, très impliquée dans plusieurs projets, qui a accepté de mener à bien la présente étude.

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un partenariat entre l'institut Jean-François Rey, dont la mission est d'améliorer la connaissance sur les soins primaires, et la Caisse des Dépôts – Banque des Territoires que je remercie chaleureusement de sa confiance. Quelles sont les bonnes pratiques que doit adopter un promoteur de centre de santé pour mener à bien son projet ? De quel accompagnement doit-il bénéficier ? Quelle organisation future retenir ? Quelle gouvernance mettre en place ? A défaut de réponses toutes faites, nous souhaitons avoir contribué à ce que chaque promoteur se pose les bonnes questions. Nous leur proposons une check-list au chapitre 6.

Bien d'autres sujets restent ouverts et appellent de nouveaux travaux. Je pense à la question du rôle du médecin traitant au sein d'une équipe pluriprofessionnelle, pour laquelle l'IJFR prépare un projet de recherche, à celle des soins non programmés – le projet MATCH a débuté – ou encore aux nouveaux modèles de financement des centres de santé, forfaitaires et non plus à l'acte. Ces nouveaux financements font l'objet d'expérimentations dites articles 51 dans plusieurs centres de santé avec l'implication active de l'IJFR.

Septembre 2021

Dr Alain BEAUPIN
Président de l'Institut Jean-François REY

Introduction

La place des centres de santé dans les politiques publiques de structuration et d'évolution organisationnelle du premier recours s'affirme depuis une dizaine d'années aux côtés des maisons de santé et des équipes de soins primaires. Ces structures partagent des objectifs d'accès aux soins primaires et de travail en équipe, et appartiennent à la nouvelle famille des structures d'exercice coordonné qui deviennent la norme dans le premier recours.

D'abord via la transposition des dispositifs d'incitation à l'exercice libéral coordonné au tout début des années 2010, l'intégration systématique des centres de santé dans les textes et dispositifs du premier recours s'est aujourd'hui imposée. C'est le cas dans le plan « Ma santé 2022 » lancé en 2017, qui prévoit d'atteindre à échéance les 2 700 structures d'exercice coordonné de proximité, soit un doublement de leur nombre en 5 ans.

Quoique cet objectif ne soit pas atteint mi 2021, on observe en France une réelle dynamique de créations de centres de santé ces vingt dernières années, et plus particulièrement encore ces cinq dernières années. Combien sont ces nouveaux centres de santé ? Comment les définir ? Où se situent-ils ? Pourquoi ces créations ? Quels éléments favorisent leur essor et leur pérennité ? Au contraire, qu'est-ce qui constitue des contraintes et des difficultés pour ces projets, ces structures ?

La présente étude, réalisée dans le cadre du projet Epidaure Territoires, portée par l'Institut Jean-François Rey en partenariat avec la Caisse des Dépôts et consignations, propose de traiter ces différentes questions, d'une part à travers une étude statistique, et d'autre part à travers les témoignages d'interlocuteurs engagés dans le mouvement des centres de santé. Enfin, l'analyse des modèles qui se développent actuellement sera présentée à travers le regard de différents porteurs de projets emblématiques récents, questionnés sur les différents axes que sont le développement de projet, le modèle économique, la gouvernance et l'organisation de leurs structures.

Par ailleurs, dans la diversité des centres de santé qui se développent sur le territoire national depuis plus d'un siècle, tous ne répondent pas aux objectifs des structures d'exercice coordonné précités. Nous traiterons également cette question afin de nous recentrer sur l'étude des modèles qui répondent à la définition des structures d'exercice coordonné autour du patient et du médecin traitant, portée tant par les pouvoirs publics que par les acteurs du mouvement qui ont témoigné.

Personnalités du mouvement des centres de santé interrogées

Docteur Hélène Colombani, Présidente de la Fédération Nationale des Centres de Santé

Sabrina Tanqueray, Directrice de la Fédération Nationale des Centres de Santé

Docteur Richard Lopez, Président de la Fabrique des centres de santé

Docteur Frédéric Villebrun, Président de l'Union Syndicale des Médecins de Centres de santé

Roland Walger, Coordinateur du Regroupement National des Organisations de Gestionnaires de Centres de Santé

Gestionnaires de nouveaux centres de santé interrogés

Docteur Boris Campos, Co-fondateur et médecin coordinateur du centre de santé Stéto' Scop, à Hennebont

Vincent You, Directeur du centre hospitalier et gestionnaire du centre de santé de Confolens

Charlotte Dubreuil, Cadre de santé et responsable du centre de santé de Confolens

Nicole Auger, Elue référente et co-fondatrice du centre municipal de santé de Connerre

Aline Chassine Deniau, Directrice du GIP Pro Santé

Lionel Dassetto, Directeur administratif du centre départemental de santé de Saône-et-Loire

Fanny Brossier, Coordinatrice et co-fondatrice du centre de santé de Mauge-sur-Loire

Docteur Sylvie Bouissac, Elue en charge de la santé et co-fondatrice du centre municipal de santé d'Elne

Ralph Lejamtel, Délégué communautaire santé de la Communauté d'agglomération du Cotentin et co-fondateur du centre de santé Bres Croizat de Cherbourg-en-Cotentin

Anne Malmartel, Directrice Générale Adjointe aux Solidarités de Cherbourg-en-Cotentin

Virginie Poupot, Directrice administrative et financière du centre de santé de Vierzon

Aïssata Aw, Directrice administrative et financière du centre municipal de santé de Fosses-Marly

1.1 Les définitions plurielles des centres de santé

1.1.1 Définition légale

L'article L6323 du Code de la Santé Publique dessine les contours légaux des centres de santé. Ces derniers font partie des structures coordonnées de soins primaires, au même titre que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les équipes de soins primaires (ESP).

Du point de vue administratif et légal, les centres de santé correspondent à une déclinaison organisationnelle spécifique de ce type de structure : l'ensemble du personnel est salarié d'une entité juridique gestionnaire, qui doit elle-même appartenir à des catégories d'entité à but non lucratif (sociétés mutualistes, associations, collectivités territoriales, Société Coopératives, Groupements d'Intérêt Public, ...).

Les activités principales doivent être en lien avec des soins primaires de santé (de premier accès et sans hébergement ; par exemple des consultations de médecine générale, des soins dentaires, ...). Elles doivent être autorisées par l'enregistrement de la structure au répertoire FINESS national, qui délivre un numéro d'enregistrement qui autorise le remboursement des soins par l'Assurance Maladie.

Il existe quatre catégories administratives de centres de santé, attribuée selon la nature des services rendus :

- Dentaire
- Médical
- Infirmier
- Polyvalent

Si le texte précise qu'un centre de santé, au-delà des soins, peut réaliser des actions de promotion et de prévention en faveur de la santé, il ne s'agit pas pour autant d'une obligation.

1.1.1 Au-delà de la définition légale, une diversité de définitions remontant du terrain

De l'avis de l'ensemble des acteurs du mouvement des centres de santé interrogés (Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS), Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé (USMCS), Regroupement National des Organisations Gestionnaires de Centres de Santé (RNOGCS), La Fabrique des centres de santé, la définition légale ne permet pas d'appréhender la diversité de projets et de modèles de centres de santé qui s'est déployée à travers l'histoire et se déploie à travers le territoire – diversité confirmée par l'étude des données statistiques.

D'une part, à l'intérieur même des catégories administratives, on peut distinguer diverses natures d'offres. Ainsi, parmi les centres médicaux par exemple, on retrouve depuis quelques années des

centres spécialisés comme les centres ophtalmologiques, ou encore quelques centres de radiologie ou d'échographie, par contraste avec les centres médicaux mutualistes historiques qui peuvent offrir une variété de spécialités au sein d'une même entité. On trouve aussi des centres qui se spécialisent dans l'accueil d'un public donné, comme par exemple les centres de santé universitaires, destinés à un public étudiant.

D'autre part, bien que la procédure de création impose la réalisation d'un diagnostic de territoire, sur lequel le projet de santé doit se baser, on observe que les objectifs sociaux des projets peuvent être variables, et souvent fonction des intentions des porteurs. Ainsi, pour Hélène Colombani, Présidente de la FNCS, les promoteurs de centres de santé doivent s'engager dans une approche populationnelle et dans un projet spécifiquement adapté aux besoins de son territoire. Pour Roland Walger, Coordinateur du RNOGCS, le portage de projets par des acteurs sociaux (mutuelles, associations médico-sociales ou autres, collectivités territoriales) apporte une plus-value en termes de légitimité des projets.

On observe toutefois que pour d'autres porteurs, le projet se concentre sur la constitution d'une patientèle ou sur la création d'une activité économique. C'est le cas notamment d'une partie des centres associatifs dentaires, au sujet desquels les acteurs du mouvement observent en effet une tension entre besoins populationnels et lucrativité. Pour Richard Lopez, l'équilibre économique de ces centres, qui, pour certains d'entre eux repose sur de gros volumes d'activité de prothèses (dont les tarifs ne font pas l'objet d'un encadrement conventionnel), fait risquer un glissement vers une approche « marchande » du soin.

Dans le secteur associatif, dont relève la majorité des centres de santé immatriculés, la diversité des objets sociaux des associations engendre également une diversité de projets. Une part des associations sont de grosses entités qui administrent essentiellement des centres dentaires. Une autre partie sont des associations médico-sociales tournées vers la prise en charge à domicile et vers les centres de santé infirmiers. Une autre encore, émergente, se constitue d'associations indépendantes, composées des collectifs de soignants ou de collectifs issus de la société civile, et qui souhaitent s'emparer d'une problématique locale.

Pour le Dr Frédéric Villebrun, Président de l'USMCS, le type de centre de santé le plus abouti en termes d'offres et le plus intégrée aux politiques publiques d'accès aux soins, correspond à une version étendue de ce modèle, puisqu'il doit réaliser des activités variées de soins primaires et de second recours, offrant non seulement de la médecine générale et des soins infirmiers, de kinésithérapie ou d'orthophonie, mais également des soins dentaires, des consultations de spécialistes et de la radiologie, voire un laboratoire et de la pharmacie. Selon lui, la proximité des professionnels et la coordination du parcours dans un même lieu de soins réduit les risques de rupture occasionnés par une dispersion des accès. L'organisation en équipe du travail y favorise la qualité et la pertinence des soins.

Cette définition correspond plus ou moins à la réalité des centres de santé municipaux historiques de la Région Île-de-France, mais ce type d'entité de grande taille, justifiant le recours à un plateau technique, demande de gros moyens matériels et financiers, excédants les possibilités des projets récents. Ces centres de santé récents sont le plus souvent de petite taille, et organisés autour de la seule médecine générale. Comme le souligne Roland Walger, il n'existe donc pas de définition unique des centres de santé.

1.1.2 Les centres de santé médicaux et polyvalents organisés autour de la médecine générale : Un modèle promu par les pouvoirs publics et l'objet de l'étude

Parmi les catégories ci-évoquées, il existe pourtant un ou des modèles qui concentrent ces dernières années l'attention des pouvoirs publics et des acteurs. Il s'agit des centres de santé pluriprofessionnels organisés autour de la médecine générale, conjuguant travail en équipe et parcours de santé. Ils appartiennent en effet à la famille des « structures d'exercice coordonné de soins primaires », dont le développement est largement encouragé notamment depuis 2017 dans le plan « Ma santé 2022 », aux côtés des maisons de santé pluriprofessionnelles.

Dans cette définition, que l'on retrouve dans divers dispositifs de financement et d'aides à la création (Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), Accord National (AN), Aides au démarrage, Aides Régionales à l'immobilier, ...), le projet se concentre sur l'accès de proximité au médecin traitant, la coordination des soins et des professionnels, ainsi que sur la qualité et à la pertinence des soins, la prise en compte de l'expérience et des problèmes sociaux des patients.

On constate de fait l'essor de ce type d'offre de soins primaires de proximité, correspondant à la majorité des créations récentes, hors centres dentaires, et qui réaffirme l'importance du médecin traitant comme pivot de l'équipe et du parcours, et garant de la prise en charge ambulatoire des malades chroniques et des patients âgés. C'est notamment pourquoi notre étude se concentre sur des modèles de centres médicaux ou polyvalent intégrant de la médecine générale.



Équipe du centre municipal de santé de Connerré dans la Sarthe



2. La forte croissance du nombre de centres de santé

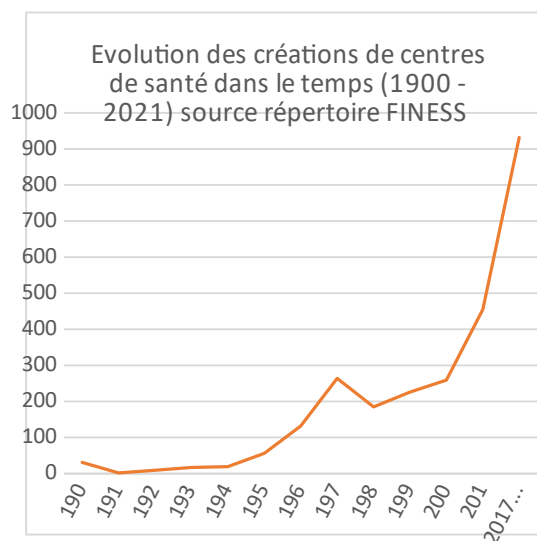
2.1 Combien sont-ils ?

Le constat des acteurs est unanime : tous observent une forte progression du nombre de créations de centres de santé ces dernières années, et se réjouissent de cette dynamique favorable. La Fédération Nationale des centres de santé enregistre quant à elle une augmentation significative du nombre de ses adhérents depuis quelques années.

2.1.1 Une accélération des créations depuis les années 2000, qui s'accroît encore ces dernières années

L'observatoire e-cds de l'ATIH qui recense des indicateurs annuels sur les centres de santé depuis sa création en 2016, indique l'existence au 31 décembre 2020 d'un total de 2 236 centres de santé. C'est ce répertoire qui reflète le plus fidèlement la réalité. Le répertoire FINESS plus ancien offre plus de recul. Il mentionne 2 587 centres de santé immatriculés au 30 avril 2021 (*l'écart d'effectif entre les deux sources peut être en partie expliqué par un nombre des centres fermés, jamais ouverts ou récemment ouverts, des Maisons départementales des solidarités, centres de médecines préventive, SUMPPS, établissements français du sang, tous immatriculés au Finess dans la catégorie Centre de santé, mais absents des déclaratifs de l'ATIH; pour en savoir plus sur ces deux sources, voir annexe 1*).

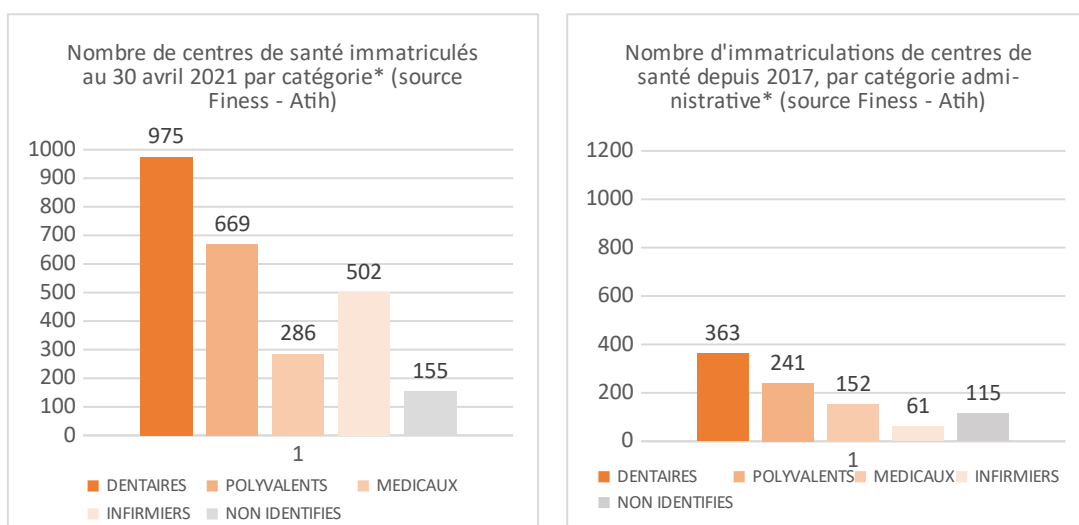
Selon le répertoire FINESS dont les données les plus anciennes remontent à 1900, les centres de santé étaient 941 début 2000, ce qui indique une évolution de +175 % en 20 ans. Ils étaient 1 655 fin 2016, ce qui indique une évolution de + 932 centres de santé en 4 ans et 4 mois, soit + 56% d'augmentation en à peine 4 ans et demi. Ces chiffres mettent en évidence une réelle dynamique de création ces vingt dernières années, qui s'est encore renforcée ces cinq dernières années.



2.1.2 Une hétérogénéité de catégories, avec une majorité de centres dentaires

Si le total des centres de santé a fortement évolué ces dernières années, faisant doubler leur nombre global en seulement quelques années, la majorité de ces créations concerne des centres de catégorie dentaire. En effet, l'observatoire e-cds indique que 932 des 2 236 centres recensés fin 2020, étaient des centres dentaires. Soit 42 % de l'ensemble.

Parallèlement selon le répertoire FINESS, au 30 avril 2021, 975 des 2 587 centres de santé immatriculés étaient des centres dentaires, soit 38% du total*. La même source indique que 363 centres dentaires ont été créés depuis 2017, ce qui représente une progression de +60% sur cette période.



Ont également eu lieu 241 créations de centres de santé polyvalents depuis 2017, soit 56% d'augmentation, et 152 créations de centres de santé médicaux, soit +113% d'augmentation.

L'observatoire e-cds de l'ATIH propose 12 sous-catégories de centres de santé selon l'organisation et les activités des 2 236 centres de santé recensés fin 2020 (voir tableau à la suite).

Effectifs des centres de santé en fonction de la nature de leurs activités au 31/12/2020
(observatoire e-CDS ATIH)

Centres médicaux	
Avec MG et avec auxiliaires médicaux	37
Avec MG et sans auxiliaires médicaux	132
Sans MG	45
Centres de santé polyvalents sans auxiliaire médicaux	
Avec MG	80
Sans MG	31
Centres de santé polyvalents avec auxiliaires médicaux	
Avec MG	395
Sans MG	75
Centres de santé dentaires	
Avec MG et avec auxiliaires médicaux	7
Avec MG et sans auxiliaires médicaux	9
Sans MG	916
Centres de santé infirmiers	
Avec MG	9
Sans MG	500

Effectifs des professionnels des centres de santé au 31/12/2020

- 1 660 temps plein de médecine générale
- 4 250 temps plein de chirurgie-dentaire
- 4 200 temps plein d'infirmiers

Quant à lui, l'effectif moyen d'un centre de santé en 2020 était de 18 salariés, toutes professions confondues.

2.2 Où sont-ils et quand ont-ils été créés ?

L'ouvrage du géographe de la santé Emmanuel Vigneron *Les centres de santé : une géographie rétro-prospective*, publié en 2014 par la FEHAP, constatait l'ancrage territorial historique des centres de santé relativement à leurs porteurs. Ainsi, schématiquement, au cours du vingtième siècle et durant la première phase d'amplification des créations depuis les années 1990, les centres se sont créés dans des pôles géographiques conditionnés par la nature de leurs gestionnaires.

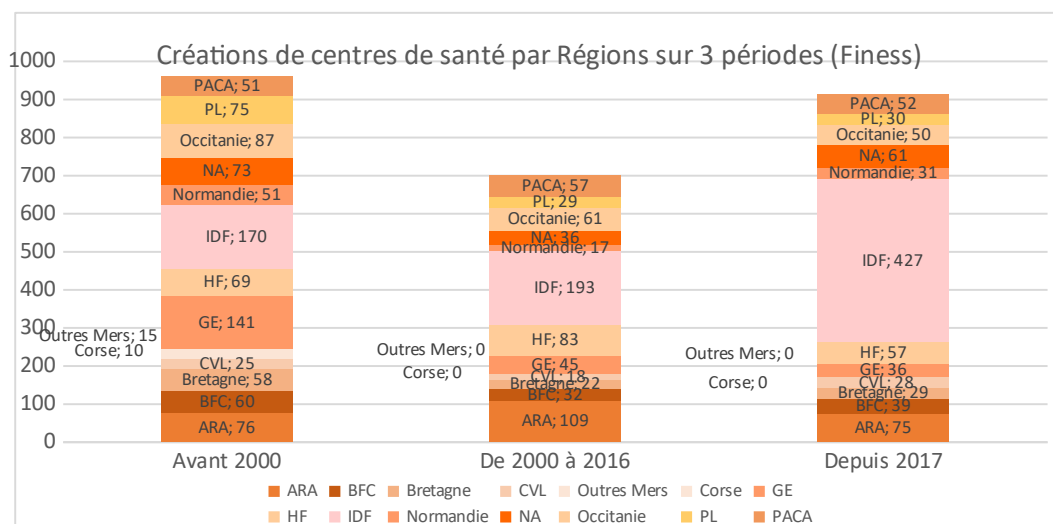
La carte qui en résultait donnait à observer un pôle de centres polyvalents municipaux plutôt situé en Île-de-France et des pôles de centres de santé polyvalents mutualistes et des centres dentaires, plutôt situés dans les grandes métropoles. De plus, des pôles de centres de santé de différentes catégories, gérés par les caisses de régimes spéciaux de sécurité sociale, se situaient dans les bassins d'emploi rattachés, au premier rang desquels les anciens bassins miniers qui concentrent de nombreux centres de santé de l'ancienne caisse des mines Filieris, encore aujourd'hui en fort développement dans l'est et dans le nord de la France. De nombreux centres de santé infirmiers, portés par des fédérations régionales ou par des associations chrétiennes, se situaient en zones rurales dans l'ouest de la France.

Dans la période récente sur laquelle porte notre observation, cette polarisation géographique historique perdure encore partiellement autour de créations de centres de santé polyvalents et dentaires par le groupe Filieris dans le Nord et le Grand est, de centres de santé dentaires en grande partie en Île-de-France et dans les grandes villes, et avec la création de centres infirmiers en zones rurales. Cependant, on observe une nouvelle dynamique de créations dans de nouvelles Régions de métropole, notamment parmi les centres polyvalents et médicaux.

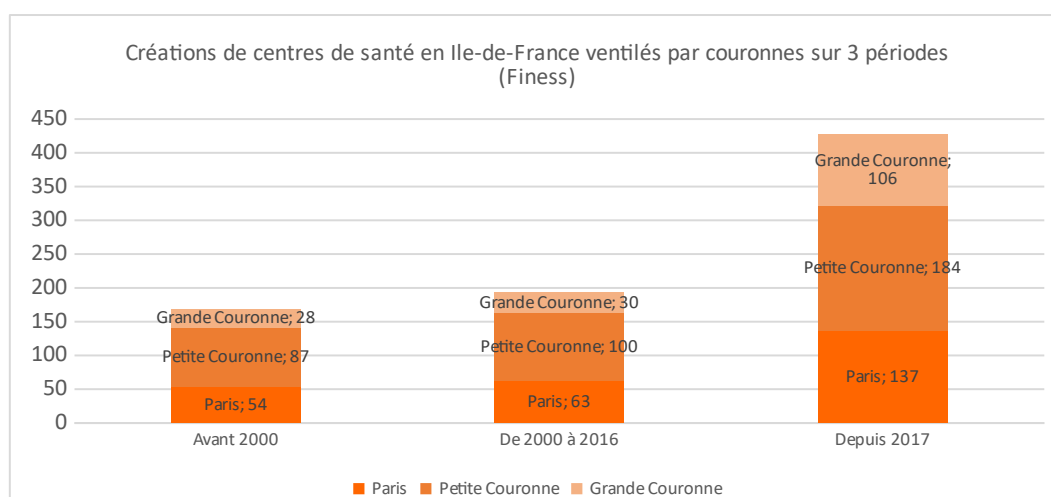
Les histogrammes suivants montrent qu'une large part (près de 50%) de l'ensemble des centres de santé récemment créés toutes catégories, se trouvent toujours en Île-de-France. Environ 200 des 427 centres de santé créés en Île-de-France depuis 2017, sont des centres dentaires et 53 sont des centres ophtalmologiques, ce qui représente 60% de centres dentaires et ophtalmologiques sur l'ensemble des centres de santé créés en Île-de-France depuis 2017.



Centre départemental de santé de Saône-et-Loire



Chacun de ces histogrammes représente le nombre de centres de santé créés durant la période considérée. Ainsi l'histogramme sous-titré « avant 2000 » recense l'ensemble des centres de santé créés au cours de tout le 20^{ème} siècle. A la lecture de ces chiffres on constate qu'il s'est créé plus de centres de santé en deux décennies qu'en un siècle, la dynamique s'étant encore renforcée au cours des cinq dernières années. La région Ile-de-France est restée la plus dynamique.

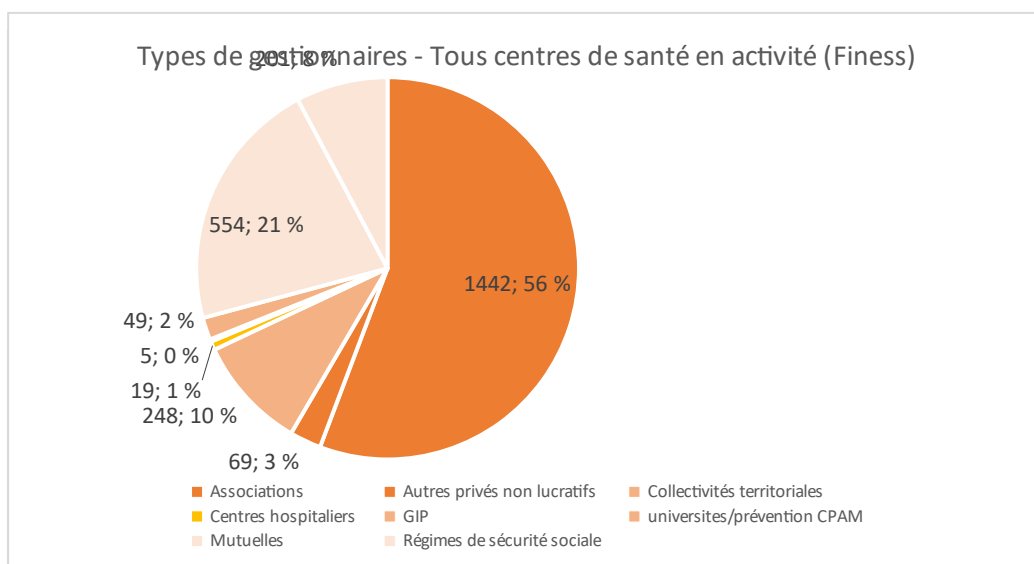


2.3 Par qui et pourquoi ces nouveaux centres sont-ils créés et gérés?

2.3.1 Une hétérogénéité des gestionnaires de centres, avec une majorité d'associations malgré l'essor des porteurs publics

Tous centres confondus, anciens ou plus récents, au 30 avril 2021 près de 60 % des centres de santé sont gérés par des acteurs privés, en majorité associatifs. Près de 30% sont gérés par des mutuelles ou par des caisses d'assurance maladie, notamment de régimes spéciaux comme celui des mines.

Enfin, 12% de l'ensemble des centres de santé sont gérés par des acteurs publics, essentiellement des collectivités territoriales.



Parmi les centres associatifs, on sait qu'un tiers sont des centres dentaires (476, soit 50% des centres dentaires), un tiers sont des centres infirmiers (428 des 502, soit 85% des centres infirmiers), et un tiers sont des centres polyvalents ou médicaux. (source FINESS)

On observe que seulement 13% des centres de santé associatifs sont des centres polyvalents ou médicaux intégrant de la médecine générale (soit environ 210 centres, tendance Finess et ATIH). La quasi-totalité (77 sur 78) des centres ophtalmologiques sont associatifs.

Par ailleurs, d'après l'observatoire e-cds ATIH fin 2020, 2/3 des centres mutualistes ou affiliés à un régime de sécurité sociale sont des centres dentaires (environ 500), et 1/4 des mutualistes ou affiliés à un régime de sécurité sociale intègrent de la médecine générale (environ 180).

L'ensemble des acteurs de l'économie sociale et solidaire que constituent les mutuelles, associations et régimes spéciaux de sécurité sociale, gèrent + de 1900 des 2250 centres de santé recensés fin 2020, soit 85%. 18% de l'ensemble sont des centres qui proposent de la médecine générale. On constate donc que les acteurs privés associatifs, mutualistes ou issus de régime de sécurité sociale, portent en majorité des centres mono-activité, à dominante dentaire, et que seulement une minorité d'entre eux offrent de la médecine générale. Bien que portant sur des bases légèrement différentes, les sources Finess et ATIH offrent des conclusions similaires et consolident l'analyse en tous points.

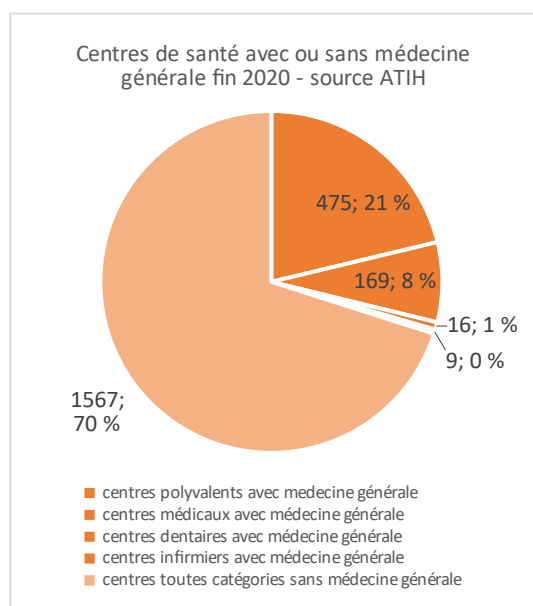
Telle est la situation globale actuelle, qui nous conduit à l'analyse plus spécifique des nouveaux centres de santé organisés autour de la médecine générale.

2.4 Le cas des nouveaux centres de santé médicaux et polyvalents organisés autour du médecin traitant

Objets plus particuliers de cette étude, on observe que les créations de centres de santé médicaux et polyvalents intégrant de la médecine générale, participent elles aussi fortement à la dynamique favorable de ces dernières années.

2.4.1 + 200 % de créations en 20 ans

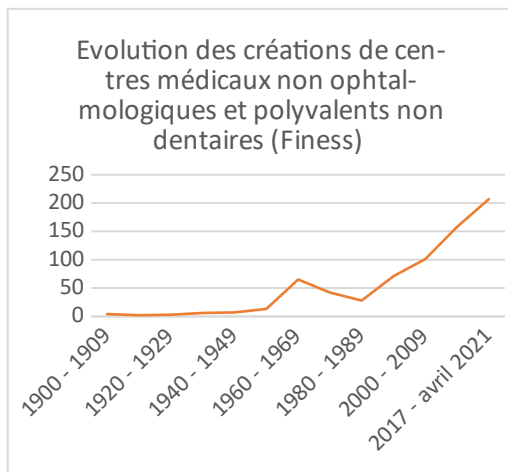
Au 31 décembre 2020, l'observatoire e-cds dénombrait un total de 669 centres de santé polyvalents et médicaux intégrant de la médecine générale. De plus, l'étude des données de ces données nous enseigne que fin 2020, seulement 30 % de l'ensemble des centres de santé offraient de la médecine générale (21 % de centres polyvalents, 8% de centres médicaux et 1% de centres dentaires et infirmiers).



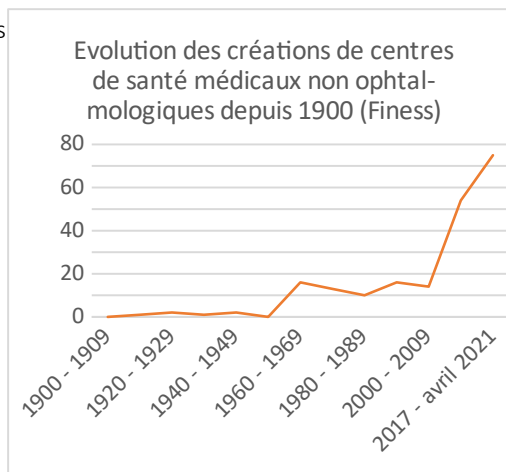
Cette même source confirme la forte tendance à la hausse des créations de centres de santé polyvalents et médicaux puisqu'on est passé de 446 centres de ce type (polyvalents et médicaux avec ou sans médecine générale) fin 2016, à 644 centres (polyvalents et médicaux offrant de la médecine générale) fin 2021, soit une progression d'au moins + 45% en seulement 4 ans.

Le répertoire FINESS quant à lui indiquait en ensemble de 707 centres de santé médicaux non ophtalmologiques et polyvalents non dentaires au 30 avril 2021, contre seulement 241 centres de santé de ce type immatriculés début 2000, soit une évolution de près de 200% en vingt ans. Cela correspond à 27% de l'ensemble des 2 587 centres de santé recensés.

Fin 2016, on recensait 500 centres de santé médicaux non ophtalmologiques et polyvalents non dentaires (*source FINESS*). Cela indique une évolution de + 207 créations et + 40 % de centres de santé de ce type en seulement 4 ans et 4 mois.



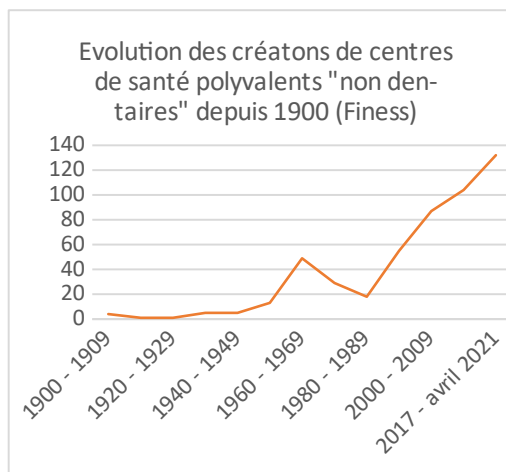
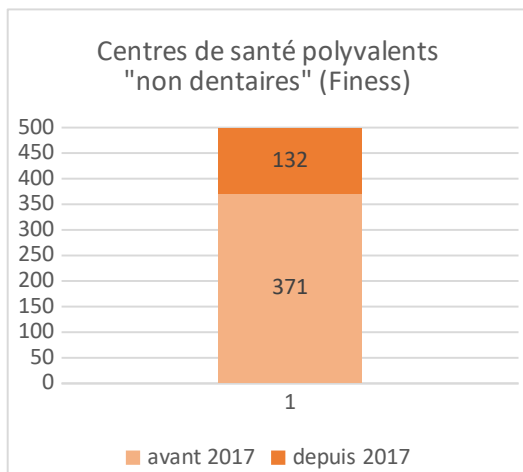
Ces



Ces données illustrent la dynamique de création à l'œuvre ces dernières années, et qui répond notamment aux politiques publiques de transformation du secteur des soins primaires de proximité.

Bien que minoritaires sur l'ensemble des centres de santé, la dynamique de création des centres médicaux non ophtalmologiques depuis les années 2000 est très importante. Ils sont environ 200 courant 2021, dont 75 créations depuis début 2017.

Les centres polyvalents identifiés comme non dentaires dans le répertoire Finess sont également en nombre important et en augmentation depuis les années 1990. Ils seraient entre 500 et 600* courant 2021.



Il y aurait en effet eu environ 130 créations, soit + 36 % de ce type de centres depuis début 2017. Ce chiffre peut cependant être légèrement sous-estimé, puisque 155 centres du fichier Finess sont neutralisés (soit 6% du total).



Source CNAMTS 2020

Interprofessionnel fin 2020 et remplissaient ses critères de qualité du travail en équipe pluriprofessionnelle, et qu'un ensemble de 670 centres de santé signataires de l'Accord National offrait des soins coordonnés autour de la médecine générale (centres polyvalents et médicaux), à la même date.

Il est par ailleurs intéressant de comparer les volumes totaux et récemment créés de centres de santé polyvalents offrant de la médecine générale, avec les volumes de maisons de santé pluriprofessionnelles.

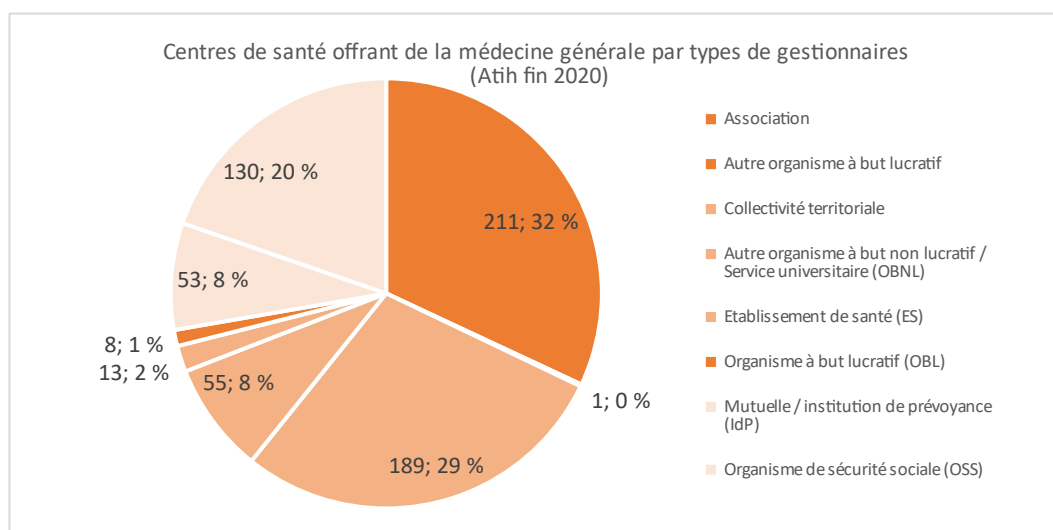
L'histogramme présenté en recensait 1617 courant 2020, soit un rapport de près de 1 à 4 avec le nombre de centres de santé pluriprofessionnels.

Il faut toutefois noter que seules 1 168 des 1 617 MSP, soit 72% de l'ensemble, étaient signataires de l'Accord de Coopération

2.4.2 Une progression des porteurs publics de centres de santé médicaux et polyvalents offrant de la médecine générale ces dernières années

L'observatoire e-cds nous enseigne que fin 2020, près de 40% des centres de santé offrant de la médecine générale étaient gérés par des acteurs publics : collectivités territoriales, services de santé universitaires, centres hospitaliers, GIP.

Les centres de toute la zone orange moyen offrent de la médecine générale gérés par des porteurs publics (total 39%)

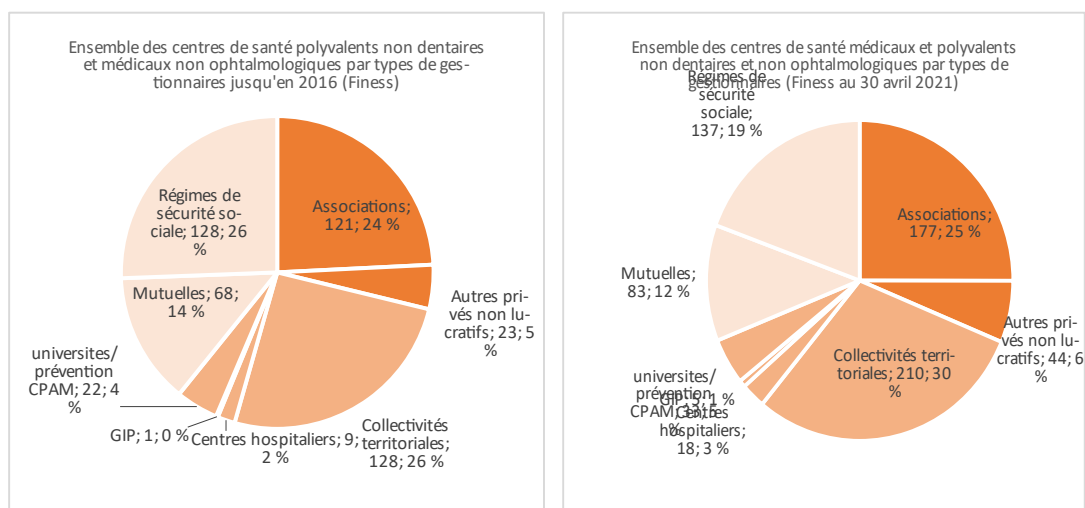


2021

2
3

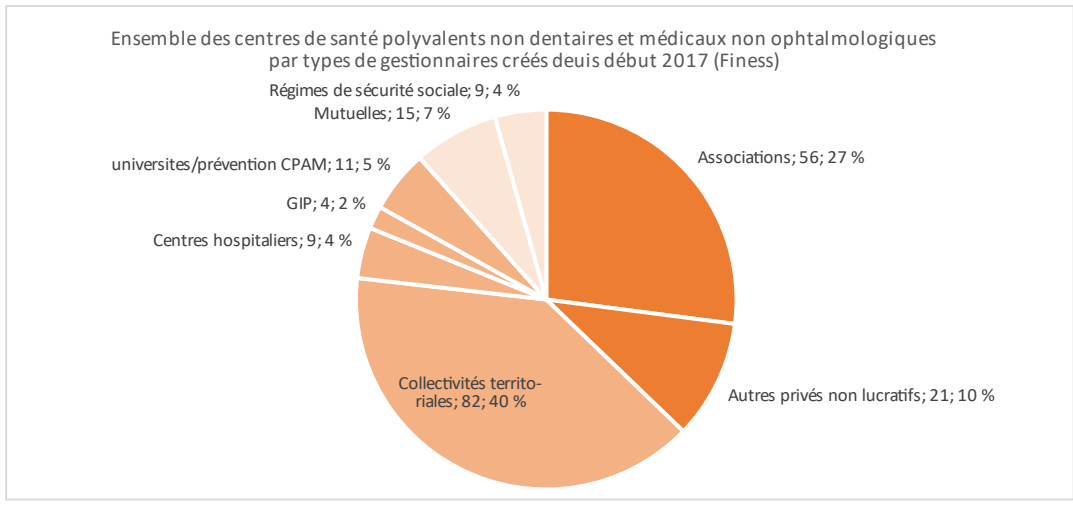
On voit que 30% environ sont portés par des associations et que les 30% restant sont gérés par des mutuelles ou organismes de sécurité sociale (*source ATIH*).

Les données du fichier Finess peuvent compléter l'étude du tableau de bord de l'ATIH sur ce sujet, en apportant des informations sur la dynamique de créations dans le temps des centres de santé médicaux non ophtalmologiques et polyvalents non dentaires par types de porteurs. Ainsi, 32% des centres médicaux non ophtalmologiques et polyvalents non dentaires étaient gérés par des porteurs publics fin 2016, contre 38% mi-2021. 41 % sont gérés par des acteurs de la protection sociale : mutuelles et caisses de régimes spéciaux. « Seulement » 27 % des 700 CDS polyvalents ou médicaux non dentaires et non ophtalmologiques sont associatifs, alors que ce secteur est majoritaire pour l'ensemble des centres de santé. On note donc une progression des acteurs publics parmi les créateurs de centres de santé médicaux et polyvalents.



Depuis début 2017, 52%, soit plus de la moitié des centres de santé médicaux et polyvalents¹ ont été créés par des acteurs publics (42% de centres gérés par des collectivités territoriales ou par des GIP, 5% par des centres hospitaliers, et 5% par des universités ou par l'Assurance maladie).

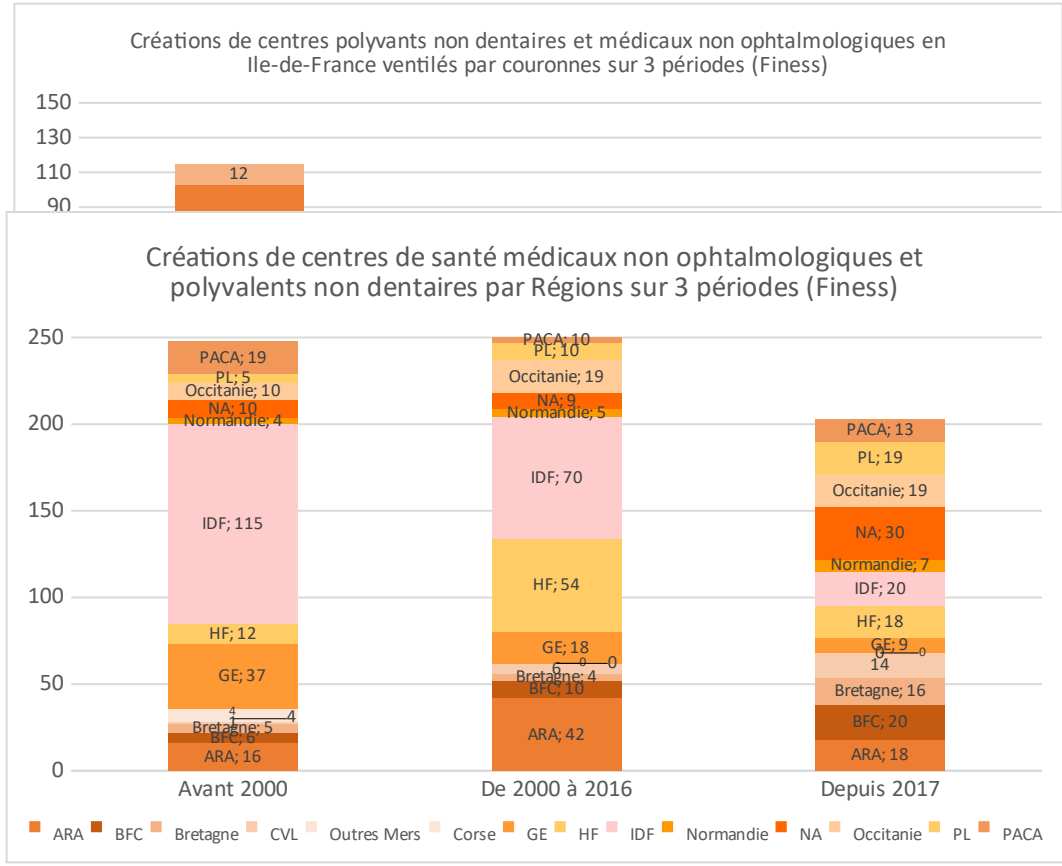
¹ Centres de santé polyvalents non dentaires et médicaux non ophtalmologiques identifiés dans le répertoire Finess à partir de la dénomination sociale



On voit ici que la part des Collectivités territoriales a nettement augmenté parmi les gestionnaires, avec une majorité de municipalités et une forte augmentation des départements et plus récemment des EPCI.

2.4.3 Où les nouveaux centres de santé polyvalents et médicaux se développent-ils ?

Sur l'histogramme ci-dessous, on observe que la dynamique de créations de centres de santé médicaux et polyvalents en Ile-de-France depuis 2017, se répartit assez équitablement entre Paris et ses couronnes



En effet, avant 2000, la majorité des centres polyvalents et médicaux² étaient créés en Ile-de-France, mais les histogrammes montrent que la situation se rééquilibre depuis dans les autres régions.

De plus, depuis 2017, le phénomène de création de ce type de centres s’amplifie dans toutes les régions. On voit qu’il y a eu autant de créations de centres de santé médicaux non ophtalmologiques (offrant de la médecine générale) et polyvalents non dentaires (offrant de la médecine générale) entre 1900 et 2000, qu’entre 2000 et 2016, soit en l’espace de 16 ans. Le nombre de créations s’amplifie depuis 2017, avec 200 créations en un peu plus de 4 ans.

Il faut noter que les 54 créations dans les Hauts-de-France entre 2000 et 2016 correspondent en majeure partie à la reprise avec changement d’appellation de gestionnaires de centres du groupe Filieris. Parmi les 42 créations de 2000 à 2016 dans la Région Auvergne Rhône Alpes, la moitié sont des centres de santé du groupe mutualiste Oxance.

² Centres de santé polyvalents non dentaires et médicaux non ophtalmologiques identifiés dans le répertoire Finess à partir de la dénomination sociale

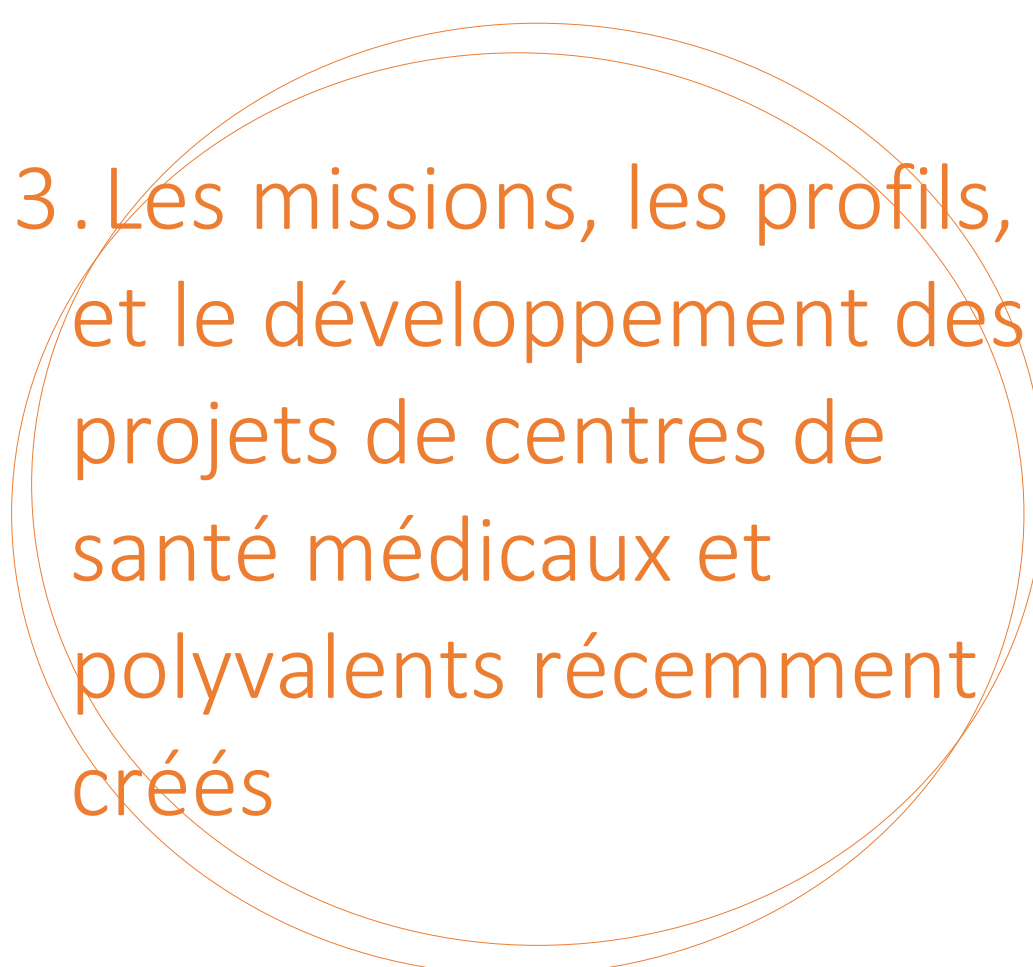
2.4.4 Les avis des acteurs sur les raisons de cette progression

L'un des principaux objectifs des porteurs publics repéré par les interlocuteurs de l'étude, est d'offrir de la médecine générale au territoire, prioritairement pour prévenir ou répondre à la situation démographique médicale critique dans laquelle il se trouve ou pourrait se trouver rapidement. De plus, pour Richard Lopez, l'étendue du risque économique qui pèse sur les épaules du gestionnaire est d'autant plus important qu'ils se situent dans des territoires isolés. Ce risque est assumé le plus souvent par des collectivités territoriales pour lesquelles l'enjeu de maintenir un accès aux soins constitue une priorité.

D'autre part, selon Hélène Colombani, les collectivités territoriales porteuses dans les territoires souhaitent aussi offrir un cadre d'exercice salarial aux potentielles recrues dont une part croissante recherche le salariat. Selon les enquêtes récentes en effet, de nombreux jeunes et futurs professionnels se placent dans cette démarche, notamment car ils sont réticents à investir sur le long terme dans un cabinet. Pour Nicole Auger, Référente du centre de santé de Connerré, Conseillère municipale et Référente FNCS en Pays de la Loire, l'essor de nombreux centres de santé correspond au succès de la réponse opérationnelle que proposent ces structures en termes d'offres de soins de proximité dans les territoires, où la situation continue de se dégrader.

De plus, les démarches des acteurs locaux pour la création d'un centre de santé font parfois suite à une tentative échouée de création de maison de santé. Richard Lopez, explique que dans de nombreux cas, les porteurs qui sollicitent un accompagnement à la création d'un centre de santé ont tenté d'attirer de nouveaux professionnels à travers un projet immobilier ou un projet d'organisation en équipe sur le territoire, mais sans parvenir à attirer ou à concrétiser cette solution. Suite à ces échecs, les élus se tournent vers un projet de centre de santé, les amenant à devenir des acteurs de l'offre de soins.

En outre, la décision de créer un centre de santé offrant de la médecine générale peut aussi émaner d'autres types d'acteurs publics, comme par exemple des établissements hospitaliers. C'est le cas du centre hospitalier de Confolens, qui a pris à son compte la responsabilité d'intégrer un centre de santé, faute d'autre projet envisagé dans ce secteur très rural. Ces montages par des établissements hospitaliers restent rares.



3. Les missions, les profils, et le développement des projets de centres de santé médicaux et polyvalents récemment créés

3.1 Radiographie des missions et profils des centres de santé médicaux et polyvalents créés ces dernières années (2017 – 2021)

3.1.1 Centres de santé consultés

DENOMINATION	COMMUNE	URBAIN OU RURAL	QPV	REGION	CATEGORIE	TYPE DE GESTIONNAIRE
STETO SCOP	HENNEBONT	URBAIN	OUI	BRETAGNE	POLY	ASSO COMMUNAUTAIRE
CDS CONFOLENS	CONFOLENS	RURAL	NON	NA	MED	CH
CONNERRE	CONNERRE	RURAL	NON	PAYS DE LA LOIRE	POLY	MUNICIPAL
CDS REGIONAUX	MULTIPLES	RURAL	NON	CVL	MED	GIP PUBLIC
CDS SAONE ET LOIRE	MULTIPLES	URBAIN ET RURAL	NON	BFC	MED ET POLY	DEPARTEMENT
CDS MAUGE SUR LOIRE	MAUGE SUR LOIRE	RURAL	NON	PL	CDSI => MED	ASSO
CDS ELNE	ELNE	URBAIN	OUI	OCCITANIE	POLY	MUNICIPAL
CDS BRES CROIZAT	CHERBOURG	URBAIN	NON	NORMANDIE	POLY	SCIC
CDS FOSSES-MARLY	FOSSES	SEMI-URBAIN	OUI	IDF	POLY	SYNDICAT INTERCO
CDS VIERZON	VIERZON	URBAIN	NON	CVL	POLY	GIP PRIVE

3.1.2 L'accès au médecin généraliste comme mission centrale, autour de laquelle gravitent des missions secondaires

Ces dernières années, outre le fort développement en zones urbaines des centres de santé dentaires associatifs, nous avons vu que la dynamique est également au développement des centres médicaux et polyvalents intégrant de la médecine générale. En effet, ces derniers étaient 429 fin 2016 et 644 fin 2020 selon l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), soit une progression de + 50 % en 4 ans. Au-delà de l'analyse statistique, les entretiens réalisés, avec les acteurs du mouvement ainsi qu'avec 10 centres de santé créés récemment, nous permettent de préciser les missions portées par cette nouvelle génération de centres.

En termes d'activité, on constate qu'à l'exception de Connerré et Vierzon qui disposent de fauteuils dentaires, tous les centres interrogés concentrent leur activité autour de la médecine générale. Qu'ils soient départementaux ou communaux, associatifs ou publics, périurbains ou ruraux, leur mission principale est d'offrir de la médecine générale. C'est ce que confirme Richard Lopez, Président de la Fabrique des centres de santé qui accompagne les créations, et qui est principalement démarchée pour des centres de médecine générale, ou polyvalents à dominante médecine générale. De plus, 8 des 10 centres étudiés déclarent que leurs médecins participent à la permanence des soins ambulatoire, mission centrale d'accès aux soins dans les territoires.

Outre la médecine générale, quelques-uns des centres consultés offrent d'autres types de soins de santé. Au centre de santé Bres Croizat de Cherbourg par exemple, et au centre de santé de Fosses/Marly, les équipes comprennent une sage-femme. Celles-ci pratiquent notamment des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) médicamenteuses. Le centre de santé polyvalent de Connerré propose aussi d'autres offres que la médecine générale, puisqu'il dispose de 2 fauteuils dentaires et de 3 chirurgiens-dentistes, ce qui place ce centre parmi les rares centres médicaux et dentaires créés ces dix dernières années, en zone rurale.

Ouvert depuis 2018 et centré autour de la médecine générale, le centre départemental de santé de Saône-et-Loire qui déploie son activité à travers 6 centres territoriaux et de nombreuses antennes dans des territoires isolés, a de son côté récemment commencé à développer des offres de téléexpertise. Le projet de dermatologie, déployé depuis 2021, sera suivi de deux autres en cardiologie et en ophtalmologie. De plus, plusieurs centres, dont Hennebont et Elne, ont des projets de recrutement d'un orthophoniste, offre de soins souvent déficitaire, qui occasionne des pertes de chances notamment pour les publics atteints de troubles du langage. Au centre de santé de Confolens, la médecine générale est l'unique activité, mais les offres de spécialistes sont immédiatement disponibles dans les consultations du centre hospitalier avec lequel le centre partage ses locaux.

Liste indicative des catégories de missions des centres de santé modélisées dans le rapport ANAP de 2021



*Centres de santé pluriprofessionnels - Leviers et bonnes pratiques organisationnelles en faveur de l'équilibre économique
Juin 2021, Agence Nationale pour l'Appui à la Performance*

Par ailleurs, plusieurs centres accueillent dans leur équipe une infirmière Asalee financée par l'Assurance Maladie (Vierzon, Hennebont, Saône-et-Loire), et certains commencent à développer des projets d'accueil d'Infirmier de Pratique Avancée (IPA), et d'assistants médicaux. Ces projets se font avec l'aval des Agence Régionales de Santé et de l'Assurance Maladie qui encouragent ces dispositifs dans le but d'alléger et d'optimiser le temps médical. Le centre de santé d'Elne a ainsi ouvert en avril 2021 d'emblée avec une assistante médicale dans son équipe et des projets d'IPA et d'assistants sont aussi en cours de développement en Saône-et-Loire et en Région Centre-Val-de-Loire en 2021.

Mais pour Lionel Dassetto du centre de santé de Saône-et-Loire, on manque de retours d'expérience sur ces dispositifs récents, comme celui des infirmières Asalee, des IPA ou des assistants médicaux. Leur plus-value dépend de leur bonne intégration à l'équipe. Leur organisation modifie les pratiques des médecins et cela leur demande un temps d'adaptation parfois long.

En outre, on peut noter que la totalité des centres consultés pratique le tiers-payant intégral. Avec cet engagement, les gestionnaires démontrent qu'ils donnent la priorité à l'accès aux soins, au risque de devoir gérer des volumes de non recouvrement importants, occasionnant des lourdeurs de traitement.

3.1.3 Les missions de santé publique développées dans les nouveaux centres : des missions en devenir

Seulement trois des centres étudiés avaient largement développé leurs missions de santé publique, de prévention et de promotion de la santé en 2021. Il s'agit d'une part du centre de santé d'Hennebont, dont le projet de santé est largement tourné vers une démarche d'éducation à la santé intégrée inspirée du concept de santé communautaire de la Charte d'Ottawa. Ce centre, situé dans un quartier prioritaire de la politique de la ville en périphérie de Lorient, et ouvert en avril 2020, a mis en place des ateliers d'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques, de l'Activité Physique Adaptée en partenariat avec l'UFOLEP et des ateliers d'art thérapie. L'équipe réalise également des actions dans le cadre du mois sans tabac et participe au théâtre forum organisé dans le cadre de la politique de la ville. Ces différentes actions partenariales dépeignent la bonne implantation de l'équipe dans l'environnement sanitaire et social local.

Le centre de santé de Connerré quant à lui, met en avant sa politique de santé publique, ainsi que la légitimité qu'elle confère localement au centre de santé. Les soignants dédient notamment une part de leur temps de travail à des actions de prévention, par exemple sur l'hygiène bucco-dentaire en milieu scolaire en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes. Ce centre, ouvert depuis

2012, a donc eu l'opportunité de déployer ses activités de soins durant plusieurs années avant de développer ses missions de santé publique. Autre exemple : celui de la Saône-et-Loire qui met en œuvre des missions de prévention et de santé publique en lien avec les services de PMI et avec les services sociaux du Département, dans les champs de l'enfance et de la prise en charge médicale des personnes handicapées. Mais pour d'autres centres plus récemment ouverts, le projet ambitionne diverses missions de santé publique, comme au centre de santé Bres Croizat de Cherbourg en Cotentin, mais ce dernier a ouvert trop récemment pour pouvoir se donner les moyens de mettre en œuvre l'étendue des missions dès cette année.

L'engagement des nouveaux centres à développer des missions de santé publique est donc en demi-teinte, le plus souvent faute de compétences et de moyens matériels et financiers suffisants. Par ailleurs, aujourd'hui largement mise en avant dans les différentes politiques publiques, la question de la médiation sociale n'est pas toujours traitée dans les projets des jeunes centres médicaux et polyvalents. Au-delà de la méconnaissance de cette mission par certains, la question du coût est le plus souvent avancée pour expliquer le choix de ne pas la développer. A Hennebont, où la médiation sociale est au cœur du projet, la fonction est réalisée sur des temps dédiés et à tour de rôle par plusieurs membres de l'équipe. Son coût est absorbé grâce aux recettes des consultations. Cette organisation est transitoire, en attendant de pouvoir bénéficier du nouveau financement dédié dans le cadre de l'Avenant 3 de l'Accord National des centres de santé, et permettant de recruter. Le centre de santé de Confolens bénéficie également d'un dispositif de médiation sociale associé à la PASS et à la PASS mobile de l'hôpital, qui sont mobilisées pour les patients du centre en cas de besoins.

3.1.4 Dimensionnement des projets, montée en charge, file active et volume d'activité

Nous avons vu que les centres polyvalents historiques municipaux et mutualistes étaient plutôt urbains et de grande taille. On observe en revanche que les centres médicaux et polyvalents en création ou récemment créés sont majoritairement de petite taille, et ruraux, ou situés à la périphérie de ville moyennes. Ainsi, dans l'échantillon de centres observés, la moitié vise une offre de 4 à 5 temps plein de médecine générale. C'est par exemple le cas des centres de santé Bres Croizat de Cherbourg, d'Elne, d'Hennebont et de Confolens qui ont tous complété leur équipe avec 4 médecins généralistes.

Organisés sur un modèle de plus grande envergure, les centres départementaux (et désormais régionaux), disposent d'effectifs totaux largement supérieurs, déployés sur plusieurs centres rayonnant dans des territoires infra-départementaux. Les effectifs de ces centres territoriaux se situent eux aussi entre 3 et 8 temps plein de médecine générale. Le centre départemental de l'Orne illustre cette organisation car il dispose de 3 centres territoriaux et de 8 médecins. C'est aussi le cas du centre de santé de Saône-et-Loire qui déploie 6 centres territoriaux et une douzaine d'antennes, pour un effectif total de près de 40 Equivalent Temps Plein (ETP) et 60 médecins. L'un des sites concentre actuellement 19 médecins (à temps partiel) et cette taille d'équipe n'est pas sans poser de question en termes de cohésion. En Saône-et-Loire toujours, 80% de la population se situe à moins de 15 minutes d'un centre de santé.

Nouvel acteur d'envergure régionale, le GIP Pro Santé de la Région Centre-Val-de-Loire créé fin 2020 et qui vise un objectif de 300 médecins recrutés et répartis sur 30 centres territoriaux. Il va ouvrir son 5^{ème} site à Dordives dans le Loiret fin 2021 et espère avoir réalisé 15 recrutements d'ici là. Courant 2021, la Région avait déployé 4 centres et recruté 8 médecins : dans le Loiret, l'Eure-et-Loir, l'Indre-et-Loire et dans le Loir-et-Cher.

Autre type de centre de santé récemment créé autour de la médecine générale, le centre de Connerre fait figure d'exception avec ses 7 temps plein de soignants, dont 4.5 temps plein de médecine générale et 2.5 temps plein de chirurgie-dentaire. Il fait partie des quelques centres ruraux de taille moyenne, aux côtés du centre de santé de Vierzon dans le Cher, qui dispose de 10 temps plein de soignants. A Connerre, si l'effectif actuel dépasse l'objectif initialement défini, c'est aussi parce que les élus ont depuis cherché à s'adapter à la situation démographique médicale locale devenue de plus en plus critique.

Parmi les créations récentes, il existe aussi des cas particuliers de centres de très petite taille. Le jeune centre de santé de Mauge-sur-Loire en est un exemple puisqu'il offre 1,5 temps plein de médecine générale, et ne peut se développer davantage car son local ne dispose que d'un seul cabinet. Le modèle économique de ce centre créé en complément d'un centre infirmier historique dans la commune voisine, bien intégré dans son environnement, est un cas particulier basé sur un loyer modique, et parviendrait en théorie à s'équilibrer sous le seuil critique des 3 temps plein de médecine.

Activités et volumes des centres de santé du panel

CDS	OFFRES DE SOINS	MISSIONS SECONDAIRES	ETP DE SOIGNANTS	FILE ACTIVE 2020 ET CIBLE	PATIENTELE MT 2020 ET CIBLE
HENNEBONT	MG	ASALEE / ETP / MEDIATION SOCIALE	3	-	-
CONFOLENS	MG	MEDIATION SOCIALE	3,75	-	-
CONNERRE	MG ET DENTAIRE	PROMOTION SANTE	7	-	-
SAONE-ET-LOIRE	MG	ASALEE	38,81	27 400/29 000	18 460 / 20 000
REGION CVL	MG	/	8	-	-
MAUGE-SUR-LOIRE	MG	COORDINATION MED EHPAD / CH	1,45	1045 au 31/12/20	800 au 31/12/20 (cible 1200)
ELNE	MG	/	4,2	-	600
CHERBOURG	MG, PEDIATRIE ET SAGE-FEMME	PREVENTION	4,5	-	-
FOSSES-MARLY	MG, SAGE-FEMME ET IDE	ETP DIABETE	5,4	-	2 300-
VIERZON	MG, SPE ET DENTAIRE	ASALEE / PROMOTION SANTE	9.6	-	5000

3.1.5 Des bases de modèles organisationnels et économiques similaires, avec des disparités essentiellement liées aux volumes d'offres

Au-delà des équipes de soins, qui constituent les fonctions opérationnelles, les centres de santé intègrent des fonctions support plus ou moins étendues. Dans l'échantillon observé et constitué de centres de santé créés ces dernières années, et organisés autour de la médecine générale, on s'aperçoit que les organisations et les modèles économiques varient peu. Les nombreuses similitudes présentées permettent de décrire une relative homogénéité des modèles récemment créés.

D'une part, comme dans toute structure de soins, le secrétariat occupe en centre de santé une fonction essentielle de soutien de l'activité et de l'organisation quotidienne : accueil physique et téléphonique, orientation des personnes et des appels, régulation, création et mise à jour des dossiers administratifs, gestions des comptes rendus d'examen et facturation, ... les tâches des secrétaires occupent une place centrale dans l'ensemble des nouvelles structures. Dans les centres interrogés, on a différentes situations qui évoluent en fonction du volume d'offre de soins offert : le centre de Mauge-sur-Loire emploie un temps partiel de 24 heures /semaine ; Hennebont, Confolens et Cherbourg disposent d'un temps plein, Elne 1.5 et jusqu'à 3 secrétaires au centre de Connerré. Le centre de Saône-et-Loire recourt à 29 secrétaires. Dans l'ensemble, les ratios de secrétaire par soignant se trouvent dans une fourchette de 0.5 à 0.75, ce qui correspond au choix organisationnel du GIP Pro Santé qui recrute progressivement ses secrétaires au rythme de 2 pour 3 médecins.

En plus des secrétaires, le fonctionnement des centres de santé étudiés est soutenu par des équipes supports dont la taille et la composition sont variables. Les centres « monosite » de petite ou moyenne taille ont généralement uniquement un responsable, une direction ou une coordination administrative chargée de la gestion, du management de proximité, et de faire l'interface entre l'équipe et le gestionnaire. Ainsi Cherbourg dispose d'une directrice administrative à temps plein, Hennebont d'une coordinatrice, Elne d'une responsable à mi-temps, de même que Connerré. Pour l'expertise comptable et la paie, ainsi que pour la gestion de l'informatique, ces centres font appel aux services de la collectivité s'ils sont publics, ou à des prestataires extérieurs s'ils sont associatifs (Hennebont, et Cherbourg qui était une SCIC, Société Coopérative d'Intérêt Collectif, jusqu'à mi-2021). Concernant le centre départemental de Saône-et-Loire, l'équipe support départementale est largement plus étoffée pour soutenir les quelques 40 temps plein médicaux. Elle se compose d'un directeur médical et son adjoint, d'un directeur administratif et son adjoint, ainsi que d'un responsable logistique et de 3 agents comptables, la paie étant confiée au service des ressources humaines du Département. Le GIP Pro santé de la Région Centre-Val-de-Loire dispose d'une équipe support de 4 personnes, plus une directrice.

COMMUNE	ETP SECRETARIAT	ETP EQUIPE SUPPORT	BUDGET 2020 OU 2021	EQUILIBRE EN 2020	LOGICIEL	TP INTEGRAL
HENNEBONT	1	1	300 000 €	OUI	CHORU ICTS	OUI
CONFOLENS	1	1	550 000 €	OUI	CHORUS ICT	OUI
CONNERRÉ	3	0,5	1 100 000 €	OUI	CROSSWAY / GALAXY	OUI
SAONE-ET-LOIRE	29	8	7 000 000 €	NON	ATLANTIDE	OUI
REGION CVL	4	5	1 600 000 €	NON	MLM	OUI
MAUGE-SUR-LOIRE	0,7	0,5	200 000 €	NON	ATLANTIDE	OUI
ELNE	1,5	0,5	550 000 €	/	MLM	OUI
CHERBOURG	1,5	1	400 000 €	NON	MLM	OUI
FOSSÉS-MARLY	3	1	1 000 000 €	NON	ATLANTIDE	OUI
VIERZON	2,8	1	1 500 000 €	OUI	CHORUS ICT	OUI

Par ailleurs, la majorité des centres offrent des consultations de médecine générale d'une durée habituelle de 20 minutes, avec des rendez-vous qui peuvent aller jusqu'à 30 minutes pour la gynécologie et la pédiatrie. Le plus souvent, pour les demandes de soins non programmés, des créneaux de 20 minutes sont dédoublés, ce qui permet à ces centres d'offrir un surplus de rendez-vous allant jusqu'à + 15% par jour. Connerré, Vierzon et Fossés/Marly proposent quant à eux des rendez-vous de 15 minutes par défaut, ce qui met ces centres de santé dans de meilleures dispositions pour équilibrer leurs modèles économiques.

Les budgets quant à eux, s'étendent de 200 000 € annuels à Mauge-sur-Loire et ses 1.5 temps plein médicaux, à 7 000 000 € en Saône-et-Loire pour 40 temps plein médicaux. Ce dernier affichait un déficit de 12% en 2020, en partie en raison de la crise sanitaire, et en partie en raison d'un taux annuel de développement de +22%. Ce développement constant occasionne en effet une montée en charge progressive des consultations, et un glissement des coûts d'un budget annuel à l'autre. A l'exception de Hennebont qui est très en dessous avec un budget de 300 000 € pour 3 ETP, et Confolens qui est sensiblement au-dessus avec un budget de près de 600 000 € pour 3.75 temps plein médicaux, la large moyenne des centres se situe dans un coût de 130 000 à 150 000 € par temps plein médical (incluant les frais de personnel et les charges de fonctionnement). C'est ce que l'on peut notamment observer à Connerré - centre qui se situe dans la fourchette haute, avec 1 100 000 € par an pour 7 temps plein. Dans une autre catégorie, le GIP Pro Santé prévoyait un budget de 1 600 000 € en 2021 pour un total de 17 médecins, mais ces objectifs ne sont pour le moment pas atteints. Enfin, dans l'échantillon observé, la majorité des centres a une durée d'existence de moins de 3 ans et n'a pas encore atteint l'équilibre. Seuls Connerré, ouvert depuis 2012, ainsi qu'Hennebont, pourtant ouvert seulement depuis avril 2020, sont à l'équilibre en 2020. Tous les autres bénéficient de subventions d'équilibre temporaires de la part de leurs gestionnaires, et prévoient d'atteindre l'équilibre à 3 ans, mais sans certitude.

En outre, en matière de rémunération, l'ensemble des centres étudiés prend appui sur la grille salariale des praticiens hospitaliers, et la majorité d'entre eux bénéficie de la garantie salariale du dispositif « 400 médecins salariés en zones déficitaires » du plan « Ma santé 2022 » sur plusieurs contrats, soulignant ainsi la pertinence et l'importance de ce dispositif au démarrage.

Dans cette relative homogénéité, le centre de santé d'Hennebont fait figure d'exception car il applique des niveaux de salaires médicaux bas (2 000 € nets mensuels pour un temps plein de médecine générale), en raison de son projet communautaire, mais prévoit tout de même une évolution salariale liée à l'ancienneté.

3.2 Le développement de projet des centres de santé récemment créés

Comment faire pour créer un centre de santé ? Telle est la question qui se pose à tout porteur de projet, et à laquelle les interlocuteurs de l'étude ont dû répondre à leur tour. Vécu comme un parcours du combattant par certains, le développement d'un projet de centre de santé s'avère en effet technique. Cela demande d'abord de s'approprier une définition fortement codifiée, parfois éloignée des idées reçues ou des projets initiaux. Ces projets qui font encore aujourd'hui figure de prototypes, font en effet intervenir de nombreux interlocuteurs (usagers, professionnels de santé du territoire, partenaires institutionnels, experts, ...) à travers de nombreux sujets (immobilier, organisation, recrutement, équipement, financement, ...), qui requièrent méthode, compétences et patience.

3.2.1 L'importance d'un engagement politique clair dès le début du projet

Préalable à la création d'un centre de santé, la période de développement qui succède à celle de la décision, est une période fondamentale pour la réussite du projet. Ainsi, les méthodes employées, le contexte, l'environnement, les partenariats tissés, peuvent constituer autant de freins et de leviers au bon déroulement de cette phase. Dans le cas des centres de santé que nous avons étudié - médicaux ou polyvalents intégrant de la médecine générale, créés ces 5 à 10 dernières années - une partie significative est portée par des collectivités territoriales et relève des projets politiques locaux.

Pour autant, l'engagement politique des élus autour de ces projets peut être variable, selon le niveau d'appropriation du sujet, les préjugés sur l'exercice salarial, ou encore la crainte d'engager l'argent public sans la pleine maîtrise du sujet. Pour nos interlocuteurs pourtant, un engagement politique fort dès le début du projet constitue un levier de déploiement et d'évolution positive du projet. De l'avis des observateurs, la réussite exemplaire du projet de Saône-et-Loire, notamment en matière de recrutement et d'offre de soins, a largement reposé sur la volonté politique du Président du Département André Accary dès l'amorçage. Celle-ci s'est maintenue par la suite et a permis aux pilotes de mobiliser les moyens techniques du département pour finaliser le recrutement de près 60 médecins en l'espace de 3 ans.

A l'inverse, l'exemple du centre de santé d'Hennebont démontre les difficultés que peut occasionner un soutien politique en demi-teinte. Ce centre, situé dans un quartier politique de la ville d'Hennebont, est hébergé dans un local mis à disposition par la municipalité, qui souhaite finalement le récupérer pour une autre utilisation, seulement deux ans après l'ouverture du centre de santé. Cette situation engage l'équipe encore en déploiement, à trouver rapidement un nouveau local, au risque de fragiliser le projet.

3.2.2 La priorité donnée au projet d'accès aux soins dans les territoires

Pour favoriser la réussite des projets, le nécessaire engagement politique des élus doit de plus placer en priorité la réponse aux besoins d'accès aux soins qui s'exprime sur son territoire. C'est l'avis du Dr Richard Lopez, Président de la Fabrique des centres de santé, qui accompagne de nombreux projets. Il pense également que les projets centrés sur l'équilibre du modèle économique, plutôt que sur ses missions de service public, présentent davantage de risque d'échec, notamment en termes d'attractivité des emplois. A Connerré par exemple, le centre dispose depuis 2012 d'un centre de santé offrant de la médecine générale et du dentaire. Les élus y sont au clair sur leurs priorités car, bien qu'attachant de l'importance à l'équilibre économique atteint dès les premières années, le centre a poursuivi son développement au-delà du projet initial, en raison du contexte démographique médical détérioré.

La prise de risque économique est toutefois réelle pour les porteurs de projets, et les budgets prévisionnels des centres de santé peuvent paraître rapidement élevés, notamment en raison des niveaux des salaires médicaux. Pour ces raisons, même dans les territoires les plus fragilisés, certains élus hésitent à s'engager sur la création d'un centre de santé. De plus, alors même que l'offre de soins primaires est encore de manière générale assurée par le secteur libéral, ils se sentent peu légitime à en devenir acteur et à engager l'argent de la collectivité. Ce fut notamment le cas à Elne, où le financement du projet a fait l'objet de débats au sein du Conseil municipal.

Cette prise de risque économique est d'autant plus réelle pour les porteurs que les projets se situent dans des zones rurales isolées et peu attractives, dans lesquelles l'impératif de maintenir un accès aux soins impose de redoubler d'effort pour attirer les professionnels de santé. Dans le centre de santé de Saône-et-Loire, par exemple, les temps de trajets des médecins pour se déplacer dans les antennes sont comptés dans leur temps de travail, ce qui pèse significativement sur le budget. Pour Richard Lopez, cela explique pourquoi les collectivités territoriales sont les seules entités à pouvoir prendre le risque économique de s'engager sur des projets de centres de santé en zone rurale. De ce point de vue, et de l'avis des interlocuteurs de l'étude, les aides financières au démarrage, qu'elles soient au fonctionnement ou à l'investissement, sont déterminantes. A Elne, l'aide régionale à l'immobilier a constitué un réel levier pour le projet.

3.2.3 Le besoin d’être accompagné sur les aspects de développements techniques des projets

Au-delà des aspects financiers, les porteurs rapportent leurs difficultés à faire face à la technicité demandée par le développement des projets de créations de centres de santé. Pour Aline Chassine-Deniau, directrice du GIP pro santé de la Région Centre Val de Loire, le volet administratif est complexe et relève du parcours du combattant. L’imbrication des étapes techniques en termes de calendrier, par exemple pour la commande de Cartes Professionnelles de Santé (CPS) et pour le déploiement du système d’information, demande une solide connaissance en ingénierie de projet. De plus, elle observe qu’il n’y a pas d’homogénéité des accompagnements et des procédures de création mis en place par les partenaires institutionnels d’un département à l’autre, ce qui complexifie le développement de projet et le déploiement à l’échelle d’une Région. Ces difficultés techniques peuvent constituer un frein qu’a également rencontré Monsieur You, directeur de l’hôpital de Confolens. La création d’un centre de santé porté par un hôpital est en effet hors cadre sur de nombreuses questions techniques, notamment dans le domaine informatique et auprès de l’ASIP, qui n’a pas prévu ce cas de figure et a ainsi mis un an pour délivrer des CPS aux médecins du centre de santé.

Par ailleurs, Sabrina Tanqueray de la FNCS, indique que lors de leurs premières démarches, de nombreux porteurs méconnaissent la définition d’un centre de santé. Ils reconnaissent l’importance de l’accompagnement et de l’aide à l’ingénierie délivrée par des partenaires compétents. Nicole Auger, élue et référente du centre de santé de Connerré, partage ce point de vue et mentionne que la Fédération Nationale des Centres de Santé offre différents points d’appui aux élus dans le processus de création, que ce soit concernant la définition, la procédure de demande d’immatriculation, ou encore sur la partie organisationnelle ou sur l’aménagement des locaux. Le Dr Bouissac d’Elne quant à elle, reconnaît l’apport de la Fabrique des centres de santé qui a accompagné le projet.

Les Caisses départementales d’Assurance Maladie et les Agences Régionales de Santé sont également des partenaires incontournables des projets, qu’il est préférable d’associer dès le départ. Pour la majorité des projets récents interrogés, ces acteurs constituent des partenaires impliqués et facilitateurs en termes de guidance, de concertation, de partage d’information. C’est par exemple l’avis de Monsieur You de Confolens, et de Mme Chassine-Deniau du GIP Pro santé, dont les projets ont été accueillis très favorablement par les partenaires institutionnels. Pour Nicole Auger de Connerré, l’Assurance Maladie de la Sarthe est désormais organisée pour accompagner les projets de créations de centres de santé mais ce n’était pas encore le cas en 2012, lors de l’ouverture du centre de Connerré. Et à l’époque, l’Agence Régionale de Santé était aussi plutôt réticente à un projet de soins porté par une municipalité.

En outre, la FNCS fait état de remontées de terrain au sujet de difficultés avec les Agences Régionales de Santé locales, qui réservent parfois un traitement différent aux porteurs selon qu’il s’agisse de projets de centres portés par des acteurs sociaux, ou de maisons de santé portées par des professionnels de santé libéraux.

3.2.4 Des préjugés encore répandus sur l'exercice salarial en soins primaires

Au stade du développement de projet, de l'avis de l'ensemble des interlocuteurs du mouvement des centres de santé, les préjugés négatifs à l'égard de l'exercice salarial et du portage d'offres de soins par des acteurs sociaux constituent parfois de véritables freins.

En effet, dans les territoires le concept de structure d'exercice salarial géré par un tiers, fait encore débat localement non seulement de la part des professionnels de santé du secteur des soins primaires, mais également parfois de la part des institutions. Tantôt c'est l'efficacité des centres de santé qui est mise en cause, avec en arrière-plan la question de l'équilibre économique ou la motivation des médecins salariés, tantôt les doutes portent sur la légitimité d'acteurs non soignants à traiter des questions de santé. A Elne, par exemple, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins n'a pas soutenu le projet, et certains professionnels du territoire contactés ont préjugé de son échec. Pour le Dr Hélène Colombani, en phase de développement de projet, ces situations peuvent aller de simples réticences, voire de refus de dialogue avec les porteurs, jusqu'à une véritable démarche d'intimidation, comme cela a été le cas en Région Normandie de la part de l'Union Régionale des Médecins Libéraux en commission d'aide financière ou par voie de courrier lors des créations des centres de santé de Cherbourg-en-Cotentin et de l'Orne.

Cependant, le plus souvent, une fois les centres ouverts et en fonctionnement, les partenariats opérationnels et la coopération entre pairs d'un même territoire se mettent en place. Et malgré un premier accueil frileux à Elne, les nombreuses heures de concertation, souvent individualisée avec les professionnels de santé du secteur primaire du territoire, ont permis l'intégration du projet.

3.2.5 L'importance de la concertation partenariale et du mode projet

Si l'on voit que la concertation partenariale est essentielle pour favoriser la pertinence et l'intégration du futur centre à son environnement, certains interlocuteurs attirent l'attention sur l'importance et l'utilité de la méthodologie de projet qu'ils ont mis en œuvre. Ainsi, l'association de l'ensemble des parties prenantes du territoire (porteurs du projet, professionnels de santé libéraux, partenaires institutionnels, établissements, et mêmes associations d'usagers), au sein d'un comité de pilotage, dès le lancement, se révèle être un atout prépondérant pour la poursuite des projets. Au sein de cette instance, les informations de tous ordres sont ainsi partagées et débattues de façon horizontale et favorable tant à la concertation, qu'à l'appropriation du projet par tous.

Il en va de même au niveau technique avec la mise en place d'un comité technique et d'un chef de projet qui traitent des différentes phases de développement technique, dans l'ouverture et la concertation. De l'avis du Dr Sylvie Bouissac, Elue en charge de la santé à Elne, et de l'avis de Ralph Lejantel, Délégué communautaire santé de la Communauté d'agglomération du Cotentin, la constitution en mode projet aura été un levier important dans la démarche de création.

La démarche projet peut d'ailleurs continuer d'entretenir une dynamique stimulante pour l'ensemble de l'équipe, comme au centre de santé de Mauge-sur-Loire ouvert en 2019, qui poursuit son développement en mettant actuellement en place la maîtrise de stage universitaires en médecine générale et une consultation de psychologue.

3.2.6 La question du recrutement médical au cœur des projets

Bien que les centres de santé constituent aujourd'hui des leviers d'attractivité des professionnels de santé dans les territoires, la question du recrutement, le plus souvent, pour les projets qui nous concernent, de médecins généralistes, se pose tout au long de la vie d'un centre de santé.

Pour la majorité des centres médicaux et polyvalents offrant de la médecine générale, et créés ces dernières années, les médecins ont répondu à l'appel et les centres fonctionnent avec plusieurs temps pleins. Mais quelles que soient leur situation géographique, leurs méthodes de recrutement, ou leurs grilles de salaires, tous les gestionnaires interrogés s'entendent sur les difficultés de recrutement et expriment un grand besoin d'accompagnement sur les questions de recrutement, selon Sabrina Tanqueray. Pour Hélène Colombani, cette problématique, centrale dans le paysage actuel des centres de santé, n'en est pas moins systémique et va de pair avec le double enjeu de maintien de l'accès aux soins primaires et de démographie médicale. En effet, dans la période actuelle, quel que soit le mode d'exercice, les territoires et les établissements recherchent des médecins et cette problématique n'est pas spécifique aux centres de santé.

Pour autant, dès la phase de développement de projet, en amont de l'ouverture d'un centre, on observe des contextes plus favorables que d'autres au recrutement. Ainsi pour Monsieur YOU le Directeur et Mme DUBREUIL, Cadre de santé du centre de santé de Confolens, où le recrutement a été rapide, le portage par un centre hospitalier a pu peut rendre les postes de travail offerts plus attractifs, notamment du fait qu'ils offrent des possibilités de temps partagé avec les services de l'hôpital. L'utilisation des réseaux sociaux et d'une vidéo accrocheuse et largement partagée, ainsi que des salaires attractifs ont fait le reste.

A Elne, la priorité et les moyens donnés au recrutement très en amont de l'ouverture, ainsi que l'implication personnelle de l'élue en charge du dossier, par ailleurs médecin elle-même, ont permis de recruter 4 médecins dès l'ouverture et un 5^{ème} dans les mois qui ont suivi. Par ailleurs, dans un contexte de développement rapide des centres de santé dans les territoires, la coordination entre gestionnaires sur les questions d'implantation et de recrutement devient de plus en plus nécessaire, afin de ne pas risquer de mettre les projets en concurrence sur les questions de recrutement. Aussi, à Confolens, le centre hospitalier et le Département sont en cours de concertation à ce sujet.

En outre, pour Ralph Lejamtel, Délégué communautaire santé de la Communauté d'agglomération du Cotentin, les procédures de recrutement doivent être adaptées au public bien spécifique que sont les médecins, et pour Hélène Colombani, les porteurs doivent veiller à rechercher des profils de soignants pertinents qui adhèrent aux valeurs du travail en équipe en centre de santé et qui pourront y trouver leur place.

3.2.7 Le développement des missions de santé publique dans les projets

Dans leurs premières démarches, les porteurs méconnaissent le plus souvent la définition des structures d'exercice coordonné en général, et de centres de santé en particulier. Nous l'avons vu, leur démarche est en tout premier lieu motivée par la volonté de pouvoir offrir un cadre salarial local aux médecins généralistes dans le but de favoriser leur installation localement.

Parfois la première demande est de pouvoir salarier des médecins dans les locaux d'une maison de santé déjà en activité avec son propre projet. Le plus souvent, ces demandes évoluent vers un centre de santé avec son propre projet d'équipe et de soins lors de l'entrée dans la co-construction du projet. Mais il existe des exemples où ce fonctionnement mixte s'est concrétisé. C'est le cas de certaines antennes du centre départemental de santé de Saône-et-Loire, situées dans des maisons de santé. On manque de recul pour savoir si ces nouveaux types de fonctionnement peuvent être pérennes ou occasionner des difficultés.

La question du travail en équipe pluriprofessionnelle se pose généralement dans un second temps et le développement des missions de santé publiques demeure le plus souvent secondaires. De plus, pour le Dr Richard Lopez, les élus locaux ne se sentent pas légitimes pour développer des politiques des prévention et de promotion de la santé, c'est pourquoi ils entrent dans le sujet de la santé le plus souvent par le prisme de l'offre de soins curatifs. Cependant, lorsque vient le temps du développement des projets, les porteurs ont l'opportunité d'élargir le 1er objectif de l'accès au médecin traitant en construisant projet de santé de territoire intégrant le travail en équipe, la prise en charge coordonnée, et une politique de prévention et de promotion de la santé.

En outre, les missions de prévention et de santé publique intégrées aux projets de santé des centres de santé permettent aux élus de raccrocher aux politiques locales en cours de développement dans les territoires: Contrats Locaux de Santé, Ateliers Santé Ville.

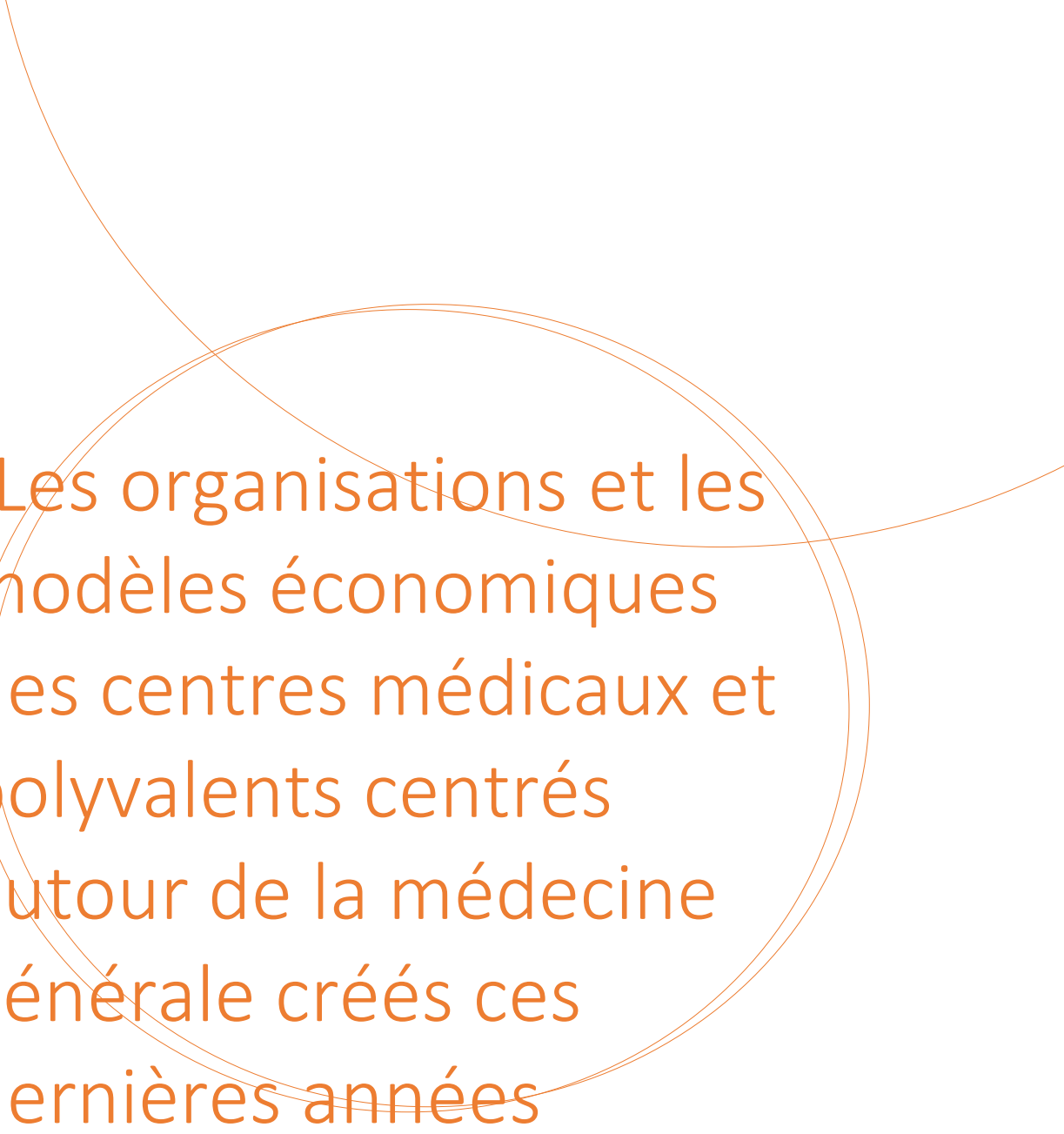


DYNAMIQUE DE CRÉATION



2017 ET
2021

4
2



4. Les organisations et les modèles économiques des centres médicaux et polyvalents centrés autour de la médecine générale créés ces dernières années

4.1 L'organisation : un enjeu d'efficacité et d'attractivité

La question du recrutement va de pair avec celle de l'attractivité des emplois et des postes de travail. Tant les représentants du mouvement des centres de santé dans leurs remontées de terrain, que l'échantillon de porteurs interrogés ont mis en avant la nécessité d'offrir des conditions de travail attractives aux professionnels de l'équipe. En matière organisationnelle, les principaux éléments d'attractivité appartiennent à la définition même des centres de santé. En effet, au-delà du salariat, qui en constitue le premier élément, le travail en équipe et les missions de santé publique propres aux structures d'exercice coordonné suscitent l'intérêt des professionnels de santé exerçant en centres de santé.

4.1.1 Le travail en équipe et les missions de santé publique parmi les principaux leviers d'attractivité des centres de santé

Comme l'ensemble des acteurs du mouvement, Roland Walger, Coordinateur du RNOGCS, constate ces dernières années l'émergence et le succès des modèles d'exercice pluriprofessionnels et du travail en équipe notamment en raison de l'évolution des aspirations des professionnels de santé à ce sujet, ce qui constitue un important levier d'attractivité pour les centres de santé qui mettent en avant ce type d'organisation. C'est le cas notamment des centres médicaux et polyvalents organisés autour du médecin traitant, parmi lesquels les centres qui adhèrent à l'Accord National des centres de santé et qui mettent en œuvre ses engagements en matière de coordination.

La majorité des interlocuteurs de l'échantillon de centres sollicités, a indiqué que les médecins qu'ils ont recrutés ont été davantage attirés par la possibilité de travailler en équipe que par les autres conditions de travail offertes, niveau de salaire compris, et que c'est souvent ce qui a déclenché leur candidature. C'est ce qu'affirme Fanny Brossier, Responsable du centre de santé de Mauge sur Loire, qui a la particularité de réunir une équipe infirmière et une équipe de médecins dans une même organisation. Pour elle, c'est l'élément principal de la stabilité des recrues sur les postes.

Formalisant le travail en équipe, les réunions de concertation pluriprofessionnelles permettent de consolider l'équipe, d'améliorer la pertinence des prises en charge, et, si elles sont étendues aux partenaires opérationnels du territoire (Protection Maternelle et Infantile, Education nationale, Dispositif d'Appui à la Coordination, ...), de l'avis de Nicole Auger, alors elles favorisent également l'intégration du centre de santé et de son équipe à l'environnement local.

Dénominateur commun aux différents types de structures d'exercice coordonné, le travail en équipe est également la marque de fabrique des maisons pluriprofessionnelles de santé qui se sont fortement développées ces dernières années. Pour Frédéric Villebrun, de ce point de vue, les

gestionnaires de centres de santé ne doivent pas faire primer la gestion au détriment du développement de l'équipe. Selon lui, certains ont encore des progrès à faire pour améliorer la construction et la dynamique d'équipe, mais c'est un véritable enjeu d'attractivité. Certains centres de santé, qui n'ont pas mis en place de réunions ou qui valorisent peu le travail en équipe risquent de voir non seulement la qualité des soins en pâtir, mais aussi une perte d'intérêt de la part des soignants, occasionnant un turn over, et une fuite vers d'autres structures. Cette remarque d'ordre général concerne cependant peu les centres récemment créés, qui ont compris qu'une vision partagée par les professionnels de santé et les gestionnaires est une condition de pérennité et de réussite, et font de la dynamique d'équipe leur principal atout.

En plus du travail en équipe, les médecins des équipes interrogées se montrent très attachés à la diversité des missions qui peuvent leur être confiées en centres de santé. De l'avis de Nicole Auger et de Sylvie Bouissac, le volet santé publique a constitué un élément d'attractivité fort chez les médecins recrutés. Pour Hélène Colombani, les médecins récemment recrutés apprécient la possibilité de faire évoluer ses activités et de mixer consultations et autres missions.

Selon Frédéric Villebrun, la solidité des structures et des gestionnaires, et leur capacité à proposer des évolutions de carrières, en termes de missions, mais aussi en termes de salaire, constituent également des éléments de choix et d'attractivité des professionnels. Les structures doivent par ailleurs être encouragées à accompagner les nouvelles recrues dans leur prise de poste pour les aider à s'approprier la culture du travail en équipe et du salariat, qui peut représenter une nouvelle expérience.

En outre, il est à noter que le cadre légal des centres de santé géré directement par des collectivités territoriales ne permet pas d'offrir de contrat à durée indéterminée aux médecins et cela instaure un réel frein à l'attractivité et aux possibilités de recruter. Face à cette difficulté qui fragilise ses recrutements, le Dr Bouissac d'Elne a récemment saisi la Préfecture des Pyrénées orientale.

4.1.2 L'organisation des consultations

Bien que favorables au travail en équipe, les médecins (généralistes) des centres nouvellement créés interrogés bénéficient d'une organisation du travail relativement individualisée. C'est le cas au centre de santé de Confolens où certains médecins réalisent en six mois leur temps de travail annuel, par convenance personnelle. Le centre de santé de Vierzon a également misé sur cette souplesse pour attirer les médecins, et cela semble plutôt bien fonctionner dans un territoire par ailleurs désertifié. Et même si cela peut poser des problèmes de continuité des soins, cela semble représenter plutôt un levier qu'un problème, car il a ainsi pu attirer des médecins dans un territoire isolé.

A Connerre, par exemple, les durées des rendez-vous donnés pour les différents motifs de consultation, ne sont pas identiques d'un médecin à l'autre. Cette autonomie donnée aux praticiens vise à leur offrir de bonnes conditions de travail. A Elne, en revanche, les durées des consultations et les amplitudes horaires de travail sont les mêmes pour l'ensemble de l'équipe. Le Dr Bouissac attache aussi une grande importance à l'autonomie des membres de l'équipe pour organiser leur travail, car ils peuvent organiser leurs plannings entre eux. On voit que la situation démographique et la priorité donnée à l'attractivité justifie ce type d'organisation individualisée.

On peut cependant se questionner sur ses limites, dans des projets où la continuité des soins et les larges amplitudes d'ouverture constituent des priorités.

4.1.3 Management de proximité et fonction de coordination

La gestion de l'organisation et de l'équipe n'est pas sans nécessiter une présence managériale. En effet, de l'avis de plusieurs gestionnaires de centres de santé consultés, l'équilibre entre une organisation efficiente, la demande d'autonomie des soignants, et leur demande de soutien et d'encadrement est ténue. Le centre départemental de santé de Saône-et-Loire, par exemple, gère des équipes toujours plus nombreuses, dans des antennes toujours plus éloignées. Son Directeur nous indique que l'éloignement du management peut donner un sentiment d'isolement aux équipes et les démobiliser. C'est également le constat de Mme Chassine Deniau du GIP Prosanté de la Région Centre-Val-de-Loire, qui a vocation à gérer des centres à travers l'ensemble de la Région, et qui s'interroge actuellement sur l'organisation à mettre en place pour garantir un management de proximité.

De plus, les médecins coordinateurs qui ont le plus souvent pour mission de coordonner les prises en charge, n'ont pas toujours d'emblée les compétences requises pour assurer un management de proximité ou l'animation de l'équipe. Cela démontre l'importance de la fonction de coordination, notamment dans ses volets management, animation d'équipe et gestion. La présence d'une fonction de coordination avec un temps dédié significatif, facilite d'une part la qualité et la pertinence des soins délivrés, mais aussi et surtout la stabilité et la qualité du fonctionnement et de l'organisation du centre de santé.

Ainsi, pour Sabrina Tanqueray de la FNCS, la coordination d'un centre de santé requiert des compétences spécifiques et étendues et, face aux nombreuses créations actuelles, il est nécessaire d'organiser la formation des jeunes et futurs coordinateurs de centres de santé. C'est ce que propose depuis deux ans l'EHESP (École des Hautes Études en Santé Publique) en partenariat avec la FNCS, dans le cadre de sa formation continue PACTE, également déployée pour les coordinateurs de maisons de santé.

4.1.4 Les limites des outils et procédures de gestion

Selon la FNCS, les aspects très techniques de la gestion d'un centre de santé peuvent présenter des difficultés pour les équipes et les gestionnaires qui n'ont pas réussi à bien s'organiser. Et à l'unanimité les porteurs font état des difficultés d'organisation du traitement du recouvrement et de la gestion comptable liée au tiers-payant de base ou intégral. En effet, malgré quelques progrès d'accès aux téléservices (ADRI) récemment mis en place par Sesam Vitale, et d'automatisation des rapprochements comptables avec les retours Noémie (fichiers de facturation numérique de l'Assurance Maladie) intégrés par les éditeurs de logiciels, il reste nécessaire de pratiquer un contrôle et un pointage quasi manuel pour suivre la comptabilité et le recouvrement.

De ce fait, les procédures définies au gré de l'expérience par les équipes ne sont pas toujours fiables ou optimales, et demandent un temps de traitement important qu'il est difficile de dégager ou qui peut être coûteux. En plus du coût de traitement occasionné, ces difficultés peuvent conduire à la perte définitive d'une partie des recettes. Pour les petites structures récemment créées, qui fonctionnent avec peu de fonctions support, cela introduit de réelles difficultés. C'est notamment le cas pour le centre de santé d'Hennebont, en Bretagne, et, de l'avis d'Hélène Colombani, pour nombre d'adhérents de la FNCS.

Dans un autre registre, les logiciels « métier » à choisir parmi les 14 solutions labellisées Agence du numérique en santé (ex-ASIP), pourtant indispensables tant pour les aspects de prise en charge et médico-légaux, et pour la pratique d'équipe, que pour la facturation des soins, font rarement l'unanimité. Pour les nouveaux centres médicaux et polyvalents, organisés autour de la médecine générale, le choix se réduit généralement aux 4 ou 5 solutions internet les plus récentes, qui évitent les contraintes liées à l'hébergement de données, mais qui présentent toutes différents défauts. Que la technologie soit datée et peu fiable, ou que leur utilisation soit peu ergonomique, aucun de ces outils n'est rigoureusement adapté à toutes les fonctions qui leur sont demandées en centres de santé.

Cela a parfois des conséquences fortement négatives sur les équipes, comme par exemple au centre de santé de Mauge-sur-Loire où l'adhésion à l'Accord National a imposé à l'équipe infirmière d'abandonner son logiciel dédié pour une solution labellisée ASIP non prévue pour gérer les tournées de soins réalisées quotidiennement. Cette situation démobilise l'équipe qui perd un temps précieux à utiliser une application non adaptée.

4.2 Les modèles économiques des nouveaux centres de santé toujours en question

Unanimentement, les représentants du mouvement des centres de santé et les porteurs consultés s'entendent sur le risque économique que représente la gestion d'un centre de santé, et sur la difficulté à maintenir un budget équilibré.

Objet d'un tout récent rapport de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), les modèles économiques des centres de santé ont aussi été en question dans différents ouvrages ces dernières décennies (Mutualité, ARS Île-de-France, Inspection Générale des Affaires Sociales). On comprend que ce sujet intéresse les pouvoirs publics, qui reconnaissent aujourd'hui les centres de santé dans l'arsenal de transformation du système de soins primaires, mais qui constatent également la fragilité de leur modèle de financement.

Enjeu de développement de nouveaux centres, de pérennité des centres en activité, les modèles économiques et la possibilité pour les budgets des centres de santé de s'équilibrer, constituent de plus des enjeux de légitimité et de reconnaissance des gestionnaires, qui ont parfois été décrédibilisés, sur la base de leur hypothétique mauvaise gestion.

Les clés pour comprendre

Entre 20 et 25% de recettes forfaitaires

Pour ce qui concerne les centres ci-étudiés, médicaux et polyvalents intégrant de la médecine générale, le mode de financement a évolué en 2016, lors de la signature de l'Accord National des centres de santé, qui alloue désormais une part de rémunération forfaitaire, en contrepartie d'une organisation favorable au travail en équipe et à la qualité des prises en charges. Pour les centres qui sont adhérents, la part des différentes rémunération forfaitaires (Forfaits médecin traitant + Accord National, + Rémunération sur Objectifs de santé Publique) dans le budget global peut désormais se situer entre 20 et 25 %. La partie principale des recettes, de l'ordre de 75 à 80%, provient de la facturation des soins à l'acte, selon les tarifs conventionnels de l'Assurance Maladie. Ces dernières années, cette évolution a significativement amélioré le financement des centres organisés autour de la médecine générale, et offert la perspective d'un équilibre économique des modèles aux nouveaux porteurs de projets.

Des charges de personnels qui constituent 80% à 90% des dépenses

Par ailleurs, les centres de santé organisent des offres de services, centrées sur les activités de personnels compétents. De ce fait, les dépenses de fonctionnement et de consommables sont relativement faibles (de l'ordre de 10 à 20 %), tandis que les charges de personnels représentent le poste de dépenses principal, c'est-à-dire entre 80 et 90% du budget de fonctionnement.

Peu de marges en matière de volumes d'activité et de tarifs

D'après ces éléments, on voit que les modèles et les possibilités d'équilibrer les budgets reposent majoritairement en recettes sur les volumes d'activité réalisés et facturés et, en dépenses, sur la maîtrise des niveaux de rémunération des personnels. Dans la partie recettes, les volumes facturés

sont eux-mêmes conditionnés par le nombre de soignants qui les réalisent et composent les équipes, ainsi que par les durées des consultations et des soins, qui conditionnent enfin la qualité

des soins et les conditions de travail de l'équipe. En France, en médecine générale par exemple, la durée moyenne d'un rendez-vous est d'environ 19 minutes (Drees, Doctolib 2020). Cette durée relativement stable à travers le temps, confirme que les marges en matière de volume d'activité réalisé sont également contraintes. Et à l'exception des soins de prothèses dentaires, les tarifs encadrés ne constituent pas une variable sur laquelle il est possible de jouer.

L'obligation de proposer des salaires attractifs, malgré les difficultés à trouver l'équilibre

Du côté des dépenses, la rémunération des soignants constitue donc un sujet central dans la conception des modèles économiques. Mais là aussi, le contexte démographique médical critique, le besoin d'équité de traitement salarial à travers les différents secteurs des soins, et surtout l'impératif territorial d'attirer des recrues, réduisent ces dernières années les marges de fixation des niveaux de salaires des porteurs de projets.

4.2.1 Les rémunérations des soignants, éléments prépondérants des modèles économiques

Pour Hélène Colombani, les centres de santé qui veulent recruter ont l'impératif de proposer des salaires attractifs. Selon elle, cela constitue l'un des principaux facteurs de pérennité des centres historiques, et de réussite des nouveaux centres de santé.

On observe plusieurs cas de figure parmi les centres de santé étudiés, mais du côté des centres publics, la majorité reprend la grille indiciaire des praticiens hospitaliers comme référence. Par ce moyen, les gestionnaires recherchent la légitimité des rémunérations qu'ils proposent. Par ailleurs, cette généralisation de l'utilisation de la grille salariale des Praticiens Hospitaliers (PH) comme référence, qui ne constitue en rien une obligation, indique une relative convergence de niveaux des rémunérations sur ces critères ces dernières années.

Cependant, la référence est officieuse et ne figure pas forcément dans les contrats, n'engageant pas les gestionnaires à indexer l'évolution salariale de leur équipe à la grille. Et y compris pour les jeunes médecins, les salaires d'entrée se situent rarement en dessous des échelons 6 ou 7, soit plutôt le milieu de grille, et l'équivalent d'environ 4 500 € à 5 200 € net par mois. C'est le cas de Connerré, qui ne dépasse en revanche pas l'échelon 8, même pour les professionnels expérimentés, pour des questions de gestion. Les niveaux de salaires des médecins généralistes peuvent cependant être plus élevés, comme dans le GIP Pro santé de la Région Centre-Val-de-Loire, en Saône-et-Loire et à Elne, en fonction de l'ancienneté et des négociations menées avec les candidats. Nous l'avons vu, l'utilisation de la grille PH reste indicative dans les collectivités territoriales, et cette absence de cadre n'est pas sans poser de problème, notamment en termes de clarté des politiques salariales qui s'appliquent. C'est ce que souligne Roland Walger du RNOGCS, pour qui la diversité des statuts salariaux peut parfois laisser les parties prenantes sans point de repère clair.

Et en effet, dans le secteur privé associatif, certains centres adhèrent à des conventions collectives. C'est le cas du centre de santé des 3 Cités à Poitiers, ainsi que de ceux de l'AGECSA à Grenoble, qui appliquent la grille FEHAP des établissements de santé privés à but non lucratifs, proposant des niveaux de rémunérations moins élevés que dans la grille PH. En théorie, ces niveaux de rémunérations pourraient permettre d'équilibrer plus facilement les modèles économiques, mais posent en réalité des problèmes d'attractivité des emplois qui peuvent compliquer les recrutements et laisser des postes vacants, problématiques tant du point de vue de l'offre de soins, que du point de vue de la gestion.

D'autres centres appliquent des conventions collectives du secteur médico-social, récemment revalorisées dans le cadre du Ségur de la santé. Bienvenue en termes de reconnaissance salariale, le poids de cette évolution sur le budget inquiète notamment Fanny Brossier, responsable du centre de santé de Mauge-sur-Loire où la revalorisation est applicable. Ce centre appliquait jusqu'ici des rémunérations de bas de grille également pour des questions d'équilibre. Son inquiétude est par ailleurs partagée par Roland Walger du RNOGCS, qui prévoit que les revalorisations salariales pourront augmenter les charges de près de 10%, et par Hélène Colombani, qui observe que la question des rémunérations a pris un nouveau tournant ces derniers mois.

On doit en outre faire mention du cas particulier de certains centres de santé participatifs ou communautaires qui offrent des niveaux de salaires de l'ordre de 2 500 à 3 000 € bruts par mois, situés en dessous de toute convention. Ces choix sont basés sur des organisations et des modèles économiques alternatifs dans lesquels les écarts de salaires entre professionnels de santé et personnels administratifs sont réduits au maximum. C'est le cas notamment du centre de santé d'Hennebont, qui compte prendre en compte l'ancienneté dans l'avenir, ou encore du centre de santé « Le village de santé » à Echirolles. Cela concerne toutefois un nombre de projets peu important. Autre cas particulier à noter : celui du centre de santé de Vierzon. Porté à l'origine par des élus locaux, ce dernier est géré par un GIP privé. Les personnels soignants disposent d'une rémunération mixte, comprenant une part fixe de 1500 € bruts et une part variable correspondant à 44% du chiffre d'affaires individuel (ROSP, Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique, incluses) avant prélèvements sociaux. Ce dispositif permet aux médecins de percevoir une rémunération nette moyenne d'environ 6 500 € nets par mois pour un temps plein.

Si les rémunérations des généralistes font l'objet de toutes les attentions, selon Frédéric Villebrun, les centres qui emploient des médecins spécialistes font face au même problème. Pour lui, les niveaux de salaires proposés aux spécialistes en centres de santé ne sont pas assez attractifs, et cela limite les possibilités de diversifier les offres de soins médicaux en mode salarial. Les niveaux de rémunération offerts sont en effet en grand décalage avec ceux du secteur libéral et du secteur hospitalier. On le voit, le modèle mutualiste, qui proposait historiquement de nombreuses offres spécialisées, est en perte de vitesse notamment en raison de la fuite des professionnels et de la difficulté à recruter, car les salaires proposés sont inférieurs au reste du secteur.

De plus, en centre de santé, le recours à des rémunérations beaucoup plus élevées pour les spécialistes, que pour les généralistes, peut non seulement poser des problèmes de gestion, mais également créer des tensions dans les équipes.

Il faut retenir qu'en raison de l'ensemble des évolutions salariales actuelles, l'équilibre entre attractivité des emplois, et équilibre économique devient de plus en plus difficile à maintenir pour les gestionnaires, ce qui explique en partie leurs difficultés de gestion.

4.2.2 La nécessité d'ajuster le fonds de roulement à la période de montée en charge

Bien que visant un objectif d'équilibre budgétaire une fois le déploiement finalisé, la majorité des centres questionnés étaient encore en période de montée en charge lors de l'enquête.

C'était le cas du centre de santé de Cherbourg-en-Cotentin, ouvert en avril 2020, qui a mis plus d'un an à étoffer son équipe, ainsi que celui de Mauge-sur-Loire, ouvert fin 2019, dont les objectifs de recettes sont tout de même dépassés, par rapport au prévisionnel. Cependant, dans ce centre médical, créé et géré par un centre infirmier historique voisin, le déficit inquiète l'équipe infirmière « historique » qui ne comprend pas cette situation ni la durée de la montée en charge. De plus, la question de la taille critique et du point d'équilibre se pose dans ce centre qui dispose seulement d'un cabinet médical et qui ne peut développer son activité au-delà de 1.8 temps plein.

Autre cas de figure, le centre départemental de Saône-et-Loire, organisé à ce jour en 6 centres territoriaux disposant chacun de 2 antennes, poursuit son recrutement et le développement de ses antennes depuis son ouverture en mai 2018. Priorité donnée à l'attractivité salariale, se confrontant à des périodes incompressibles de montée en charge dans les antennes, le budget global est encore aujourd'hui en déficit, même s'il vise l'équilibre. Cependant, ce budget de 7 000 000 €, qui progresse de 20 % chaque année depuis l'ouverture, fait l'objet de toutes les attentions. Ouvert en 2012, et relativement stable depuis plusieurs années, le centre de santé de Connerré figure parmi les centres à l'équilibre, condition de pérennité selon les élus. En revanche, le centre de santé de Confolens offre un exemple de déficit structurel en raison de salaires élevés proposés pour des questions d'attractivité.

Les exemples cités nous amènent donc à observer que la période de montée en charge et d'atteinte du modèle économique cible peuvent être long et parfois dépasser les délais prévus. Pour pouvoir faire face en termes de dépenses de fonctionnement et de trésorerie durant cette période temporaire de déséquilibre, le projet doit prévoir un fonds de roulement initial important, en particulier dans les projets privés associatifs ne pouvant compter sur un gestionnaire tiers pour verser une subvention d'équilibre.

4.2.3 L'importance de l'Accord National et des aides à la création

Pour contribuer à la constitution d'un fonds de roulement, et aux investissements de départ en période de création, différentes aides sont mobilisables, et ont souvent déterminé les conditions d'ouverture des centres étudiés : aides à l'ingénierie, aide au démarrage du Fond d'Intervention Régional de l'Agence Régionale de Santé (Ile-de-France, Nouvelle Aquitaine), aides conventionnelles. Toutes sont bienvenues, à condition que les projets remplissent les conditions pour en bénéficier.

Dans cet éventail d'aides, les aides à l'immobilier constituent l'un des piliers du soutien reçu par les porteurs de projets. Pouvant se présenter sous différentes formes, en investissement et en fonctionnement, elles peuvent contribuer à l'équilibre budgétaire. La commune d'Elne, notamment, a apprécié de pouvoir faire co-financer la réhabilitation du local destiné au centre de santé par la Région Occitanie et par le Département des Pyrénées orientales. L'équipe d'Hennebont, en Bretagne, dispose d'un local mis à disposition par la municipalité, ce qui allège de façon non négligeable le budget de fonctionnement. A Mauge-sur-Loire également, le loyer facturé par la municipalité est allégé. Pour Fanny Brossier, c'est un levier important dans la réussite du projet.

Par ailleurs, souvent, dans les projets départementaux, et depuis 2020 en Région Centre-Val-de-Loire, des partenariats pour la mise à disposition des locaux sont conclus avec les collectivités locales qui vont bénéficier de l'implantation des centres de santé. Là encore, cela permet d'alléger d'autant les budgets de fonctionnement des gestionnaires. Et comme à Confolens, l'hébergement du centre de santé dans l'hôpital offre une solution immobilière plus simple à mettre en œuvre.

Dispositif phare du plan ma santé 2022, la garantie salariale du volet 2 des « 400 médecins salariés en zone déficitaire », est très apprécié des porteurs qui en bénéficient. Pour Boris Campos, médecin coordinateur à Hennebont, la garantie est essentielle durant la montée en charge du projet pour maintenir le niveau du fonds de roulement. Les centres de santé de la Région Centre-Val-de-Loire, de la Saône-et-Loire et d'Elne en bénéficient également, et tous ont souligné son utilité dans le démarrage du projet.

Enfin, aucun des centres interrogés n'aurait pu construire son projet sans la perspective de percevoir la rémunération forfaitaire de l'Accord National qui est désormais considéré comme un élément prépondérant du financement des centres de santé. Il correspond en moyenne à une ressource de 65 000 € par an pour une équipe de trois médecins généralistes. De plus, les nouveaux avenants négociés offrent des perspectives de valorisation des postes de médiateurs en santé et du recours à la télé-expertise, ainsi qu'une suppression du plafond de majoration de la surprécarité de la patientèle – Nouvelles mesures qui pourront augmenter sensiblement le forfait de certains centres.

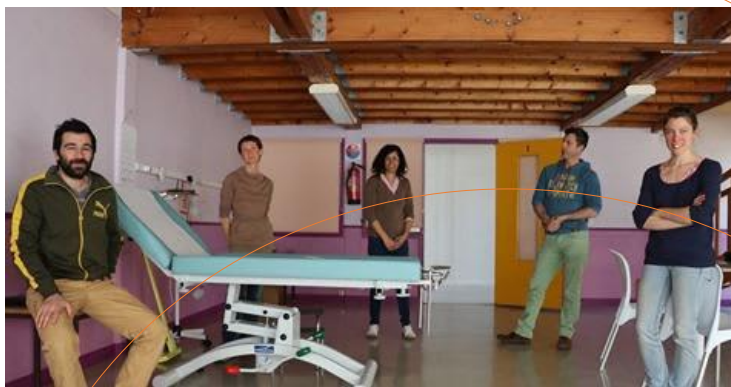
4.2.4 Les contrôle de gestion : condition de l'équilibre budgétaire des structures

Même si les nouveaux centres de santé dans les territoires ont mis en avant leurs préoccupations économiques, et plus particulièrement ces dernières années en matière salariale, on voit que nombre d'entre eux atteignent l'équilibre après la période de montée en charge. C'est le cas notamment des centres de santé de Connerré. Le centre de santé de Vierzon a également réussi à équilibrer son modèle, et ce dès la première année d'activité en 2018, en intégrant tous les coûts, y compris l'amortissement immobilier et dentaire.

Pour cela, les moyens informatiques de remontée d'informations sur les activités (volumes d'activité, temps de travail cumulé, ...) et les flux financiers peuvent être mobilisés et croisés régulièrement pour permettre une surveillance et une analyse de l'efficacité de l'organisation. Sylvie Bouissac d'Elne et Nicole Auger de Connerré, témoignent de l'importance qu'elles y accordent. La première dit veiller depuis le recrutement à ce que l'équipe soit sensibilisée et impliquée dans l'efficacité de la structure, et adhère à cette condition de pérennité du projet.

Pour Hélène Colombani, cela se joue dès la phase projet avec la conception d'un modèle économique adapté. La nature des activités portées par le projet a également son importance pour viser l'équilibre, car le financement à l'acte de certaines activités est peu adapté aux contraintes du salariat et celles-ci peuvent difficilement s'équilibrer. C'est le cas par exemple des soins infirmiers. Aussi, dans un territoire déficitaire en médecine générale, mais correctement pourvu en infirmiers, il sera alors préférable de rechercher un partenariat avec les infirmiers libéraux du territoire, plutôt que de chercher à recruter en interne.

Il existe également une taille critique d'équipe en dessous de laquelle on sait qu'il sera difficile d'équilibrer le budget. Pour un centre qui offre essentiellement de la médecine générale, comme c'est le cas le plus souvent des nouveaux centres médicaux et polyvalents dans les territoires, ce seuil se situe entre 3 et 4 médecins à temps plein. Et si les centres de santé se financent essentiellement grâce à des volumes d'activité, comme dans la plupart des secteurs, les services de collectivités territoriales ont d'ordinaire une logique de financement par dotation. De ce fait, ils se focalisent le plus souvent sur la maîtrise des coûts, et non pas sur la gestion des recettes, ce qui peut poser des problèmes aux gestionnaires de centres de santé pour obtenir de nouveaux recrutements, ou des outils efficaces de recouvrement. C'est ce que regrette le Dr Bouissac qui a déjà pu en faire l'expérience dans son centre de santé.



Équipe du centre de santé Stétho'scop d'Hennebont



5. La gouvernance des nouveaux centres de santé médicaux et polyvalents

5.1.1 Des modes de gouvernance encore majoritairement « descendants »

Comme dans de nombreux secteurs d'activité, la gouvernance des centres de santé sollicités pour l'étude reste relativement descendante, avec un processus de décisions dans les champs organisationnels et budgétaires confié essentiellement au gestionnaire, responsable légal et financier des structures.

C'est le cas notamment dans les centres de santé portés par des collectivités territoriales, dans lesquelles ils sont le plus souvent déployés en tant que « services », rattachés à la direction générale, au même titre que les autres services opérationnels et équipements de la politique locale (bibliothèque, piscine, ...). Ce déploiement classique dans les collectivités territoriale, conditionne le pilotage et la chaîne de décision, organisée par délégation et répartie de manière hiérarchique entre les élus et une coordination ou une direction.

Pour Nicole Auger, de Connerré, ce mode de gestion a le mérite d'être légitimé par des institutions démocratiques établies, et de bénéficier de la rigueur des procédures de décisions des collectivités territoriales, encadrées légalement et contrôlées par l'Etat. De plus, on l'a vu, certains médecins semblent apprécier en centre de santé de se voir déchargés du pilotage « d'entreprise » que leur confère l'exercice libéral, et de pouvoir compter sur une institution solide et rassurante, capable d'offrir des perspectives en matière de conditions de travail et de droits salariaux.

Ce type de gouvernance, qui reste plutôt centralisé, peut toutefois prendre différentes formes. Ainsi, les gestions sous forme « d'établissement public » avec un budget propre, annexé au budget de la collectivité, disposent d'un conseil de surveillance, organe intermédiaire, qui peut intégrer des partenaires comme c'est le cas à Connerré, introduisant ainsi une dose de participation et de pluralité. En Région Centre-Val-de-Loire, le choix du portage par un GIP (Groupement d'Intérêt Public), associe à la gouvernance les acteurs locaux via un collège d'élus locaux, et donne de ce fait une dimension participative, qui facilite le déploiement et l'intégration des centres territoriaux de santé dans leur environnement local.

De plus, la question du niveau d'intégration des équipes aux prises de décisions se pose plus que dans tout autre secteur d'activité. En effet, les professionnels de santé, et en particulier les médecins, sont non seulement les garants de la qualité et de la pertinence des soins et des services de santé délivrés dans les structures, mais sont aussi habitués à beaucoup d'autonomie. Il est donc indispensable de les intégrer dans le processus de décision, à minima à un niveau consultatif : organisation des consultations, organisation du secrétariat, équipements, aménagements, partenariats opérationnels, missions de santé publique, ... La fonction de médecin coordinateur peut d'ailleurs servir de courroie de transmission sur ces différents sujets entre l'équipe et les instances décisionnaires.

Si l'importance de consulter les médecins sur les sujets opérationnels va de soi pour tous les porteurs, la nature des sujets sur lesquels il est pertinent de les associer fait débat. Par exemple, Sylvie Bouissac, élue en charge du centre de santé d'Elne, valorise depuis le début l'autonomie de l'équipe dans son organisation, et la légitimité de cette dernière à faire des propositions pour l'organisation du secrétariat. Le médecin coordinateur a de plus toute latitude pour proposer des partenariats opérationnels, notamment dans le domaine de la santé publique. En revanche, l'équipe ne participe pas au conseil de surveillance du centre, qui est notamment amené à traiter de questions économiques.

5.1.2 Une dose de participation qui s'accroît et quelques exemples de modèles de gouvernance « horizontale »

Prolongement du concept de démocratie sanitaire, la participation des différents partenaires et des représentants d'usagers se développe ces dernières années dans la sphère des soins primaires. Considérée comme un levier de qualité dans différents référentiels (Accord de Coopération Interprofessionnel, Accord National, Matrice de maturité, Référentiel qualité des centres de santé), la participation plurielle aux usages, fonctionnement, organisation et décisions des centres de santé est un sujet d'actualité. En 2021, par exemple, le Ministère de la santé, en lien avec le Ministère de la cohésion des territoires, a publié un appel à projet pour un financement alternatif des centres de santé dit « participatifs ».

Certains jeunes porteurs de centres de santé ont compris l'intérêt de cette démarche plurielle, y compris parmi les collectivités territoriales, et ont cherché à introduire une dose de participation supérieure dans leurs instances décisionnelles. C'est le cas de la Région Centre-Val-de-Loire qui, à travers le choix d'un portage par un GIP (Groupement d'Intérêt Public), a pu élargir sa gouvernance notamment aux autres élus locaux, via un collège dédié. Pour Aline Chassine-Deniau, Directrice du GIP Prosanté, ce modèle facilite le déploiement du projet et son intégration à son environnement local.

De plus, cette dernière décennie a vu l'émergence de centres de santé dits « communautaires », plus récemment dénommés « participatifs ». Pionniers dans le domaine, on recense « La case santé » à Toulouse (31), ouvert en 2006, et la Place santé à Saint Denis (93) créé en 2011. Plus récemment, on constate la création du centre de santé des 3 Cités à Poitiers (86, 2016), du Village 2 santé à Echirolles (2016), en périphérie de Grenoble (38), du Château en santé à Marseille (13, 2017), et de différents centres en Région Bretagne, dont Stéto'Scop à Hennebont et de Blossne (Rennes, 35) ouverts en 2020.

Sous la bannière « Communautaire », on peut cependant distinguer le cas des 3 Cités, issu de la société civile et développé par un collectif d'habitants, d'une nouvelle mouvance de centres portés en majorité par un collectif de soignants, souhaitant porter un projet de travail en équipe, tout en étant salariés. Se développant de plus en plus en réseau, ces centres font la promotion de la participation, qui reste à définir, et d'une approche horizontale de la gouvernance.

Consulté dans le cadre de l'étude, le médecin coordinateur du centre d'Hennebont Boris Campos décrit un processus décisionnel dans lequel chaque voix compte, de la médiatrice sociale, à l'ensemble des médecins, en passant par la coordinatrice et l'infirmière Asalee. Quoiqu'apparemment chronophage, cette méthode semble pour le moment convenir à l'équipe, spécifiquement venue chercher ce type d'expérience professionnelle au centre de santé d'Hennebont. Cette approche peut toutefois être considérée comme marginale par rapport au secteur salarial en général, et au secteur des soins primaires en particulier, puisque l'équipe va jusqu'à réduire au maximum les écarts de salaires entre les professions, et pratiquer la polyvalence sur les différentes fonctions support (entretien du local, secrétariat et gestion comptable) par roulement.

5.1.3 Le cas des Sociétés Coopératives d'Intérêt Collectif (SCIC)

Nouvel outil de développement de l'économie sociale et solidaire, la Société Coopérative d'Intérêt Collectif (SCIC) existe dans l'arsenal juridique du secteur commercial depuis 2001. Il y a quelques années, les acteurs du mouvement des centres de santé se sont emparés de cette forme de gouvernance plurielle et en ont fait la promotion auprès des pouvoirs publics afin de pouvoir y recourir dans le domaine de la santé. Le portage juridique d'un centre de santé par une SCIC est officiellement autorisé depuis l'ordonnance du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé.

Les promoteurs de ce type de portage y voient différents intérêts : d'une part, le recours à une structure de droit privé (à but non lucratif), qui permet d'offrir aux personnels soignants des emplois en contrats à durée indéterminée dès l'embauche, et ce contrairement aux collectivités territoriales qui doivent proposer deux Contrats à Durée Déterminée de 3 ans avant de pouvoir basculer sur un Contrat à Durée Indéterminée. D'autre part, les statuts d'une SCIC prévoient au minimum trois types d'administrateurs dont aucun ne peut détenir plus de 50% des droits de vote, quel que soit la valeur du capital investi dans la société. Ceux-ci doivent se composer de sociétaires, de salariés, et de partenaires. Ce mode de gouvernance favorise donc la participation de toutes les parties prenantes du projet.

Ce choix de portage juridique a notamment été opéré lors de la création du centre de santé Bres Croizat de Cherbourg-en-Cotentin, en 2019 dans la Manche. En effet, la commune de Cherbourg, l'hôpital local, l'ADSEAM (Association locale d'action sociale), l'association SOS médecins, porteurs pluriels de ce projet de territoire y ont vu une manière consensuelle de mettre en œuvre leur objectif, tout en garantissant la neutralité de sa gouvernance, et l'intégration des professionnels de santé aux prises de décisions. C'est le cas également du centre de santé Richerand, dans le 10^{ème} arrondissement de Paris, centre de santé « historique », qui a réalisé une transformation en SCIC en 2019, sous l'impulsion de son Président, le Dr Alain Beaupin.

On recense cependant peu d'autres exemples de promoteurs de centres de santé qui se sont saisis de cette forme juridique. En effet, quoique prometteuse d'une meilleure répartition du pouvoir, le régime fiscal des sociétés, dont dépendent les SCIC, s'est révélé handicapant pour les centres de santé. Ces formes de sociétés, notamment assujetties à la taxe sur les salaires, sont moins favorables que les formes juridiques historiques ou classiques des centres de santé de type associatif ou de droit public. Hélène Colombani notamment, regrette que cette nouvelle charge, occasionnée par le choix d'une SCIC, ait de fait découragé l'essentiel des candidats dans l'économie déjà fortement contrainte des centres de santé. C'est le cas du centre de santé des 3 Cités à Poitiers, qui s'était lancé dans une démarche de transformation avant de rebrousser chemin, et de l'équipe du centre de santé d'Hennebont, qui partage la volonté d'aller vers un portage SCIC, mais qui ne s'est pas concrétisé pour des raisons économiques.

On voit donc que la forme juridique SCIC a un coût rarement assumable dans le modèle économique des centres de santé. Mais ce frein n'est pas le seul. En effet, les porteurs du centre de santé Brès Croizat de Cherbourg, qui avaient pourtant fait ce choix, ont finalement renoncé seulement un an après l'ouverture du centre. Un problème de légalité de la subvention versée par la ville au centre de santé, mais surtout, un problème d'appropriation des règles d'une gouvernance partagée par l'ensemble des parties prenantes, ont eu raison de la SCIC, en cours de transformation en régie municipale qui sera administrée désormais par un Conseil d'exploitation, restant cependant composé des partenaires historiques.

Pour Frédéric Villebrun, même si une plus grande participation des usagers et des partenaires peut assurément permettre de développer la qualité des soins, son essor reste marginal. On voit que les modèles participatifs doivent évoluer pour susciter plus largement l'adhésion des gestionnaires et des professionnels de santé.



Centre de santé Bres Croizat de Cherbourg-en-Cotentin

6. Perspectives pour les porteurs de projets de centres de santé médicaux et polyvalents dans les territoires

Proposition de check-list à l'usage des porteurs de projets

Votre projet :

- ✓ Répond-il à un objectif clairement énoncé ?
- ✓ Donne-t'il la priorité à l'accès aux soins ?
- ✓ Bénéficie-t'il d'un accompagnement technique ?
- ✓ S'assure-t'il d'un bon niveau de concertation partenariale ?
- ✓ Est-il conduit en mode projet ?
- ✓ Formalise-t'il sa stratégie de recrutement et sa politique salariale ?

Pour votre organisation et votre modèle économique, avez-vous :

- ✓ Mis en avant le travail en équipe et les missions de santé publiques comme leviers d'attractivité ?
- ✓ Pensé à l'organisation des consultations ?
- ✓ Prévu un management de proximité et une fonction de coordination ?
- ✓ Conçu des procédures de gestion dès le développement de projet ?
- ✓ Prévu une équipe minimum des 3 soignants et une équipe support ajustée ?
- ✓ Constitué un fonds de roulement à la période de montée en charge ?
- ✓ Sollicité des aides à la création et les rémunérations forfaitaires ?
- ✓ Mis en place des outils et des procédures de contrôle de gestion ?

Gouvernance :

- ✓ Avez-vous défini le mode de gouvernance et de gestion le plus adapté à votre projet ?
- ✓ Intégrez-vous les partenaires et l'équipe soignante à la gouvernance ?

Conclusion

Les chiffres des 20 dernières années dépeignent une dynamique de créations de centres de santé qui ne cesse de se confirmer. Avec une progression de créations ces 5 dernières années de l'ordre de 60% des centres polyvalents et de plus de 100% des centres médicaux, le développement de ce modèle organisationnel d'exercice coordonné est indiscutable. Les acteurs des territoires, collectivités territoriales, société civile, professionnels de santé, usagers : tous y voient une solution d'accès aux soins et un mode d'exercice attractif dans des lieux de vie où ces questions sont problématiques. En outre, le développement des centres de santé médicaux et polyvalent correspond à la volonté des pouvoirs publics et des porteurs, qui les soutiennent désormais. Ces derniers souhaitent en effet favoriser les pratiques d'équipe, ce qui ne manque pas de séduire un nombre croissant de professionnels. Leur nombre (d'environ 700 centres de santé médicaux et polyvalents offrant de la médecine générale), est loin d'être négligeable et semble poursuivre une progression durable. Cela représente environ 1 700 professionnels pour la seule médecine générale.

Pour autant, les centres de santé peinent encore à être reconnus comme une norme d'offre dans le secteur des soins primaires, qui reste dominé par l'exercice libéral. C'est notamment le cas en termes de nombre de professionnels en exercice : 52 760 médecins généralistes libéraux, 31 631 salariés et 6163 en pratique mixte en 2020. Mais de nombreux acteurs s'accordent à dire que c'est aussi le cas du système de soins primaires dans son ensemble, encore pensé, organisé et financé principalement pour l'exercice libéral. Et malgré un secteur en plein bouleversement et de nombreuses avancées, le contexte général contribue encore à maintenir les centres de santé dans une relative marginalité qui peut constituer un frein à leur développement. La complexité de l'environnement sanitaire qui reste légitimiste et relativement cloisonné, la difficulté à équilibrer les modèles de financement tout proposant des rémunérations attractives et financer les missions de santé publique, la technicité exigée pour la gestion des structures : tous ces défis peuvent démotiver des porteurs.

Mais malgré ce contexte en demi-teinte, le maintien de l'accès aux soins dans les territoires et l'organisation de réponses attractives restent la priorité des acteurs locaux, expliquant le développement de projets de centres de santé toujours plus nombreux. Pour réduire les risques d'échec et faciliter les créations, les nombreuses pistes de bonnes pratiques dévoilées grâce à l'expertise des interlocuteurs du mouvement des centres de santé et à la variété des retours d'expérience, sont à prendre en compte et à développer. L'inscription dans un réseau, le recours au mode projet et à un accompagnement, le travail partenarial, l'ajustement de la politique salariale et de l'organisation sont autant de fondamentaux à la création réussie d'un centre de santé, et sont de plus en plus largement partagés grâce à la professionnalisation du secteur.

En outre, dans cette période globalement favorable, quoique fortement évolutive, les promoteurs de centres de santé sauront-ils conjuguer leur variété et leurs divergences pour orner des valeurs communes et lisibles, compatibles avec la territorialisation du système de soins primaires?

Bibliographie

Éléments de définitions :

- Article L6323-1 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

Rapports :

- Tableaux de bord e cds / ATIH 2018, 2019, 2020, 2021
- Centres de santé pluriprofessionnels, Leviers et bonnes pratiques organisationnelles en faveur de l'équilibre économique, Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), Juin 2021 : [Parcours - Centres de santé pluriprofessionnels - Leviers et bonnes pratiques organisationnelles en faveur de l'équilibre économique \(anap.fr\)](#)
- Les centres de santé. Une géographie rétro-prospective, Emmanuel VIGNERON, FEHAP, 2014 : [Fehap - Les Centres de Santé - une géographie rétro-prospective](#)
- Rapport de la Commission Paritaire Nationale des Centres de Santé du 22 Septembre 2017
- Bilan 2020 signataires ACI CNAMTS
- *Guide des bonnes pratiques en Cds Mutualité Coactis 2012* : [Guide réalisé par COACTIS SANTE](#)
Avril [Guide de bonnes pratiques pour accompagner les centres de santé existants - PDF Free Download \(docplayer.fr\)](#)
- Rapport ARS IDF Referis : ASSISTANCE AU SUIVI DE L'ACCOMPAGNEMENT DES CENTRES DE SANTE DANS L'AMELIORATION DE LEUR ORGANISATION ET DE LEUR VIABILITE ECONOMIQUE », 2014 : [CDS-rapport-2014.pdf \(sante.fr\)](#)
- Rapport de l'IGAS : « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain de Philippe GEORGES, Cécile WAQUET : [Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain - IGAS - Inspection générale des affaires sociales](#)

Politiques publiques et conventionnelles:

- Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère des Solidarités et de la Santé (solidarites-sante.gouv.fr)
- Accord national des centres de santé | ameli.fr | Exercice coordonné
- Accord national des centres de santé - Avenant 3 | ameli.fr | Exercice coordonné
- Accord Conventionnel Interprofessionnel, 2017 : [texte_signe_vf.pdf](#) (ameli.fr)
- Appel à candidatures 2021 - Soutien à la création et au démarrage de centres de santé médicaux ou polyvalents en Nouvelle-Aquitaine | Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine (sante.fr)
- Cahier des charges 2019 de l'aide au « DEVELOPPEMENT, SOUTIEN ET PERENNISATION DES CENTRES DE SANTE EN ILE-DE-France » de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France : [AAP-Cahier-des-charges-centres-de-sante.pdf](#)
- Soutien aux projets de maisons et centres de santé pluri-professionnels - Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée (laregion.fr)
- Appel à Projet pour le financement des maisons et centres de santé participatifs, 2021 : Appels à projets - Ministère des Solidarités et de la Santé (solidarites-sante.gouv.fr)

Divers :

- FINES : Accueil (sante.gouv.fr)
- Centres de santé, Guide pour les élus, les professionnels de santé et les porteurs de projets, Laurent Delprat, Jean-Marc Lecomte, Nicolas Scohy, Hervé Marseille, Parresia 2019
- Haute Autorité de Santé - Matrice de maturité en soins primaires : présentation du référentiel (has-sante.fr)
- Référentiel d'évaluation des centres de santé, HAS 2007 : ([Microsoft Word - R\351f\351rentiel\351valuation centres sant\351.doc](#)) (fncs.org)

Glossaire

ACI	:	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ADRI	:	Acquisition des Droits Intégrés
AN	:	Accord National
ANAP	:	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARA	:	Auvergne Rhône Alpes
ARS	:	Agence Régionale de Santé
ASV	:	Ateliers Santé Ville
ASIP	:	Agence des Systèmes d'Information Partagés
ATIH	:	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
BFC	:	Bourgogne Franche Comté
CDD	:	Contrat à Durée Déterminée
CDI	:	Contrat à Durée Indéterminée
CDOM	:	Conseil Département de l'Ordre des Médecins
CDS	:	Centre De Santé
CLS	:	Contrat Local de Santé
CNAMTS	:	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM	:	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CVL	:	Centre Val de Loire
DAC	:	Dispositif d'Appui à la Coordination
ESP	:	Equipe de Soins Primaires
ETP	:	Equivalent Temps Plein
FEHAP	:	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FIR	:	Fond d'Intervention Régional
FNCS	:	Fédération Nationale des Centres de Santé

GE	:	Grand Est
GIP	:	Groupement d'Intérêt Public
HF	:	Hauts de France
IDE	:	Infirmier Diplômé d'Etat
IDF	:	Ile de France
IJFR	:	Institut Jean-François Rey
IDP	:	Institut De Prévoyance
IPA	:	Infirmier de Pratique Avancée
MG	:	Médecine Générale
MSP	:	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
NA	:	Nouvelle Aquitaine
OBL	:	Organisme à But Lucratif
OBNL	:	Organisme à But Non Lucratif
OSS	:	Organisme de Sécurité Sociale
PACA	:	Provence Alpes Côte d'Azur
PH	:	Praticien Hospitalier
PL	:	Pays de la Loire
PMI	:	Protection Maternelle et Infantile
QPV	:	Quartier Prioritaire Ville
RNOGCS	:	Regroupement National des Organisations Gestionnaires de Centres de Santé
SCIC	:	Société Collective d'Intérêt Coopératif
USMCS	:	Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé

Annexe 1 : Sources et méthodes d'observation statistique

L'intérêt du répertoire Finess pour l'étude de la dynamique de création des centres à travers le temps et l'espace

Le répertoire Finess recense les créations de centres de santé en continu et sa mise à jour est continue. Au 30 avril 2021, les données compilées portaient sur les 2587 centres de santé immatriculés. Cette actualité est très utile, puisque l'étude cherche à observer la dynamique de créations de centres de 2017 (année de lancement plan « Ma santé 2022 » qui vise à doubler les structures d'exercice coordonné d'ici 2022) à aujourd'hui. Avec près de 1 000 créations depuis 2017, sur un ensemble de 2 600 centres immatriculés, l'actualité des données permet en effet une observation d'autant plus pertinente que le volume des créations augmente d'année en année, 2021 ne faisant pas exception.

Par ailleurs, le répertoire Finess est un fichier de données brutes d'identification des structures. De ce fait, il permet différents retraitements, notamment historique, et relatifs à la dynamique de créations à l'œuvre à travers le temps grâce à la mention des dates de créations des centres. Par ailleurs, les adresses qu'il contient permettent une approche géographique de leur déploiement. Ce fichier fournit d'autres informations très utiles, comme les types de gestionnaires, ou la domination sociale qui renseigne le plus souvent sur la nature des offres de soins.

En revanche, le répertoire n'indique pas les catégories administratives des centres, ce qui présente un réel frein aux analyses que l'on peut en tirer, c'est pourquoi le l'observatoire e-cds présenté ci-après est également indispensable.

L'importance de l'observatoire e-cds pour l'analyse statistique des modèles et des catégories

L'observatoire e-cds collecte annuellement depuis 2016 de nombreuses informations sur les centres de santé en activité. Fin 2020, la plateforme recensait 2236 centres de santé en activité.

Issu d'informations déclaratives retraitées, le tableau de bord annuel e-cds nous renseigne sur les catégories administratives et précise l'offre ou non de médecine générale dans chaque catégorie. Cette information est notamment essentielle pour l'étude statistique des centres correspondant aux structures d'exercice coordonné organisées autour du médecin traitant, aujourd'hui au cœur des politiques publiques et objets de cette étude.

Le tableau de bord e-cds complète donc l'approche dynamique réalisée grâce au fichier Finess avec une analyse statique qui permet d'approfondir notre analyse des créations de centres par catégories administratives « officielles », et par natures d'activités des centres de santé, dont la médecine générale. De plus, la cohérence entre les décomptes par catégories administratives (dentaires, infirmiers, médicaux, polyvalents, avec et sans médecin généraliste) de e-cds au 31 décembre 2020, et par catégories « recomposées » (dentaires, infirmiers, médicaux, polyvalents, médicaux non ophtalmologiques et polyvalents non dentaires) du répertoire Finess au 30 avril 2021 ; consolide la fiabilité des effectifs présentés.

Interprétation

Le fichier finess qui donne accès à des données brutes retraitables permet d'observer des tendances de créations de centres de santé par catégories, grâce à la dénomination sociale et au recoupement avec le fichier e-cds de l'ATIH. On peut isoler les tendances de création des centres dentaires, des centres infirmiers, médicaux, médicaux ophtalmologiques et non ophtalmologiques, et polyvalents dentaires ou non. Par recoupement avec le fichier de l'ATIH, on voit que ces tendances par catégories sont cohérentes.

Les catégories isolables des centres médicaux non ophtalmologiques et polyvalents non dentaires de ce fichier, sont particulièrement intéressantes pour notre étude car elles correspondent le mieux aux centres de santé médicaux et polyvalents organisés autour de la médecine générale, qui sont l'objet de l'étude. C'est pourquoi l'analyse statistique de la dynamique de créations dans la période récente se base largement sur ces données.

Limites

Cependant, les décomptes par catégories effectués dans le fichier Finess sont réalisés sur la base d'informations contenues dans la dénomination sociale et non via la catégorie administrative des centres de santé, qui ne figure pas dans le fichier. De ce fait, si l'on suppose que la majorité des « centres de santé médicaux et polyvalents non ophtalmologiques et non dentaires » offrent de la médecine générale, on ne peut l'affirmer. On se doit donc d'être prudent dans les interprétations que l'on peut faire de ces données, qui nous apportent toutefois des tendances intéressantes.

Annexe 2 : Grilles d'entretiens acteurs du mouvement des centres de santé

Dynamique récente de créations de centres de santé: Quels constats? Quelle analyse ?	
■ Présentations	
■ Accélération des créations de CDS ces dernières années ? ■ Quelle analyse ? ■ Concernant les CDS polyvalents et médicaux ?	
■ Quels objectifs sont poursuivis par les promoteurs ?	
■ Quels facteurs de réussite, quels leviers peut-on identifier pour la création de CDS ces dernières années ?	
■ Quels écueils, freins, difficultés pour le développement et la pérennisation des projets ?	



Institut Jean-François REY - IJFR

Annexe 3 : Grilles entretiens gestionnaires de centres de santé

Panel de centres de santé récemment créés : Description / Analyse		
Axes	Eléments d'analyse	Description et analyse des éléments favorables et défavorables
■ Méthodologie de projet	■ Accompagnement ou non ; non ■ Durée du projet ■ Mode projet ou non ? comité de pilotage ? comité technique ? niveau d'implication des porteurs ? des partenaires ? ■ Projet immobilier ou non : acquisition, réhabilitation, co-financement ■ Stratégie de recrutement : publication d'offres payantes, réseau, enseignement, ...	
■ Projet de santé	■ Catégorie de CDS (Med, poly, dentaire) ■ Taille ■ Natures et volumes d'activités actuels, ciblés ■ Apport démographique territorial ■ Offres de prévention et de promotion de la santé, de santé publique ■ PDSA + ACCOMP SOCIAL ■ AN ■ SI ■ TP de base ou intégral	
■ Modèle économique	■ Indépendant ou subvention de fonctionnement ■ Investissement et amorce : Subvention d'investissement ou non, Constitution d'un FR, subvention d'amorçage ■ Ressources de fonctionnement : niveau et natures, AN, Teulade, ROSP, Forfaits MT, autres ■ Charges de fonctionnement : niveaux des salaires des soignants, part variable ou non, des non soignants, loyer, annuité ■ Résultat positif, négatif ? ■ Procédure et système de reporting, de comptabilité	
■ Gouvernance	■ Origine du projet, quel promoteur, quel PB, quel objectif ? ■ Type de gestionnaire : Asso de la société civile, collectivité, Asso de soignants, Asso médico-sociale, Mutuelle, GIP, SCIC, syndicat ■ Gouvernance partenariale, intégrant les soignants ? ■ Processus décisionnel financier, organisationnel ?	
■ Organisation	■ Fonction de coordination admin, médicale ■ Fonctions support ■ Organisation des soins collective ou individuelle ■ Assistant médical ■ Travail en équipe, réunions, thèmes ■ Concertation pluriprofessionnelle formalisée interne, externe ■ Enseignement, recherche ■ Taille équipe cible atteinte ou non ■ Partenariats opérationnels locaux ?	

Institut Jean-François Rey (IJFR)

Association de recherche, créée en 2016, régie par la Loi de 1901. Elle a pour but le soutien à la recherche en soins primaires, notamment à la recherche sur les organisations de soins. Elle associe professionnels et gestionnaires de centres de santé. L'IJFR est porté conjointement par la FNCS et l'USMCS.

contact@ijfr.fr

Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS)

contact@fncs.org

Fabrique des Centres de Santé (FABCDs)

president@fabcds.fr

Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé (USMCS)

president@usmcs.fr