



---

**Master 2**  
**Pilotage des politiques et actions en**  
**santé publique**

Promotion : **2017-2018**

**Des nouveaux modes d'organisation**  
**en soins primaires pour répondre aux**  
**problématiques de démographie**  
**médicale : l'exemple du centre de**  
**Santé de Coutras**

---

Romain GALLARD  
20/08/2018



**EHESP**

---

# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier mes maîtres de stage à l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, Xavier Beillevaire, Benoît Elleboode et Pierre-Antoine Fougrouse pour leur disponibilité, leur suivi et leurs conseils.

J'adresse également mes remerciements à Arnaud Campéon en tant que responsable du master 2 PPASP, tant dans son suivi pendant les cours dispensés à Rennes que dans son soutien pendant l'écriture de ce mémoire.

Un grand merci à ma famille, toujours présente, et à mes amis de Combs-la-Ville et de Bordeaux.

Enfin, je tenais à remercier toutes les personnes ayant contribué au projet de Centre de Santé de Coutras, de m'avoir accueilli et de s'être rendu disponible.

---

# Sommaire

---

Introduction.....	5
1 L'attractivité médicale comme point d'attention premier dans la construction du projet.....	9
1.1 Le médecin généraliste : pivot des soins de santé primaires en France.....	9
1.2 Le difficile défi du maillage territorial en soins primaires dans un contexte de crise de la démographie médicale	11
1.2.1 La profession médicale : une profession diverse aux évolutions démographiques contrastées .....	11
1.2.2 Le spécialiste de médecine générale : des modes d'exercices et des statuts de plus en plus variés .....	16
1.3 Les jeunes médecins généralistes : entre nouvelles aspirations et continuité de pratique .....	18
1.3.1 La fin de l'exercice isolé.....	18
1.3.2 Privilégier le temps médical au temps de gestion administrative .....	20
1.3.3 La qualité de vie au centre des préoccupations.....	21
1.3.4 L'attrait encore minoritaire mais grandissant pour le salariat .....	22
1.3.5 Le remplacement, mode d'exercice plébiscité par les jeunes médecins généralistes .....	25
2 D'un modèle conceptuel à la mise en pratique : l'expérimentation Coutras.....	27
2.1 Un canevas de critères d'attractivité comme point de départ .....	28
2.1.1 Les résultats en demi-teinte des mesures d'attractivité existantes :.....	28
2.1.2 Une volonté affichée de co-construction.....	32
2.1.3 Les autres organisations de soins primaires : avantages et limites de chacune des structures existantes.	33
2.1.4 Un établissement de santé pour prendre en charge le temps non médical de la structure.....	43
2.2 Du portage hospitalier d'une structure pluriprofessionnelle au Centre de Santé de Coutras.....	44
2.2.1 Un lieu d'implantation stratégique .....	44
2.2.2 Du groupe de travail à la formalisation des rôles respectifs et la mise en route d'un comité de pilotage .	49
2.2.3 La forme juridique de la structure : un choix déterminant. ....	50
2.2.4 Le centre de santé de Coutras : une association inédite .....	51
2.2.5 Une association de loi 1901 comme support juridique au portage du centre .....	52
2.2.6 L'établissement d'un budget prévisionnel.....	54
2.2.7 Le recrutement des professionnels de santé et la rédaction du contrat de travail .....	55
2.2.8 Des échanges nombreux autour de l'organisation du centre .....	57
2.2.9 Le choix du site.....	58
3 Du modèle théorique au fonctionnement pratique : état des lieux et perspectives .....	59
3.1 Des points de divergences entre le modèle imaginé et la réalité observée.....	59
3.1.1 Une réussite indéniable : une offre médicale retrouvée .....	59
3.1.2 Une pluriprofessionnalité et une mise en réseau encore à développer .....	62

3.1.3	Une visibilité encore imparfaite sur l'équilibre économique du centre .....	64
3.1.4	Le rôle propre de chacune des parties prenantes encore à définir .....	66
3.2	Une reproductibilité soumise à de nombreuses conditions.....	67
3.2.1	Un contexte local facilitant .....	67
3.2.2	Une implication importante de tous les acteurs .....	68
	Conclusion.....	71
	Bibliographie.....	75
	Liste des annexes .....	I
	Note réflexive.....	VII
	Bibliographie.....	XIV

---

## Liste des sigles utilisés

---

ACI	Accord conventionnel interprofessionnel
ADELI	Automatisation des listes
ADR	Acquisition des droits réels
ALD	Affection de longue durée
APL	Accessibilité potentielle localisée
ARS	Agence régionale de santé
CAIM	Contrat d'aide à l'installation des médecins
CALI	Communauté d'agglomération du Libournais
CAPI	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCAS	Centre communal de l'action sociale
CDR	Consultation des droits
CESP	Contrat d'engagement de service public
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CMP	Centre médico-psychologique
CNG	Centre national de gestion
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
COSCOM	Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins
COTRAM	Contrat de transition pour les médecins
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
CSP	Code de santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
CSTM	Contrat de solidarité territoriale médecin
DES	Diplôme d'étude spécialisée
DIM	Département d'information médicale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENMR	Expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération
ECN	Examen classant national
ESP	Equipe de Soins Primaires
ETP	Equivalent temps plein

FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR	Fond d'intervention régional
FPTM	Forfait patientèle médecin traitant
GCS	Groupement de coopération sanitaire
HAD	Hospitalisation à domicile
HPST	Hôpital Patient Territoire Santé
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ISNAR-IMG	Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale
ISPED	Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement
LMNSS	Loi de modernisation de notre système de santé
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
MEP	Médecins généralistes à exercice particulier
MPA	Majoration pour personne âgée
MSP	Maisons de santé pluriprofessionnelle
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PDSA	Permanence des soins ambulatoire
PMI	Protection maternelle et infantile
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PTMA	Praticien territorial de médecine ambulatoire
PTMG	Praticien territorial de médecine générale
PTMR	Praticien territorial médical de remplacement
ReAGJIR	Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et remplaçants
ROSP	Rémunération sur objectif de santé publique
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SCP	Société civile de personne
SCM	Société civile de moyen
SEL	Société d'exercice libéral
SISA	Société interprofessionnelle de soins ambulatoire
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
SSR	Soins de suite et réadaptation
UNCAM	Union national des caisses d'assurance maladie

URPS            Union régionale des professionnels de santé  
WONCA        World Organization of National Colleges, Academies and Academic  
Associations of General Practitioners/Family Physicians





## Introduction

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata de 1978 définit les soins de santé primaires comme étant « le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire ».

Force est de constater que cette définition n'enferme pas les soins de santé primaires dans un cadre précis d'exercice ou d'organisation. Chaque pays du monde, en rapport avec la façon dont s'est construit son propre système de santé, de par des contextes historiques, culturels, politiques et économiques distincts, a adopté une vision des soins primaires pouvant être radicalement différente d'un pays à l'autre.<sup>1</sup>

Des trois typologies principales de soins de santé primaires<sup>2</sup>, la France se situe historiquement dans ce qu'on peut appeler le modèle « professionnel non hiérarchisé ». Dans ces pays, la façon dont doit s'articuler les soins primaires est assez floue et surtout non organisée, tant au niveau populationnel que territorial. Bien qu'hétérogène sur le territoire, l'offre de soins ambulatoires en France est majoritairement représentée par la médecine libérale, structurée par les principes de la charte de 1927, avec notamment la liberté de choix par le patient, d'installation pour le médecin et le paiement à l'acte.

Le modèle français assimile les soins primaires à cette offre ambulatoire de médecine générale et de spécialité qui en a assuré le rôle et les missions (accessibilité, proximité, permanence des soins, etc.), et ce sans besoin jusqu'alors d'une impulsion des pouvoirs publics.

Aujourd'hui, le système de santé français doit faire face à de nombreux défis qui doivent interroger les différents acteurs, qu'ils soient professionnels de santé ou représentants institutionnels, sur la façon d'y répondre. Le premier recours est notamment directement concerné par ces évolutions.

---

<sup>1</sup> Crismer, André, Jean-Luc Belche, et Jean-Luc Van der Vennet. « Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne », *Santé Publique*, vol. 28, no. 3, 2016, pp. 375-379.

<sup>2</sup> Bourgueil, Yann. « Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux », *Revue française des affaires sociales*, no. 3, 2010, pp. 11-20.

En premier lieu figure assez logiquement les problématiques de démographie médicale qui ont conduit nombre de territoires à voir leur offre de médecine générale, et encore davantage de spécialité, s'amoinrir.

A cela s'ajoute également les évolutions sociétales des nouvelles générations de professionnels de santé, qui modifient de façon conséquente les aspirations des jeunes médecins en termes de qualité de vie et de mode d'exercice. Ces évolutions conduisent *in fine* à une remise en cause de la façon dont s'organisent traditionnellement les soins de premier recours dans les territoires ruraux ou péri-urbains.

Le relatif cloisonnement entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires doit également être remis en question tant les questions de parcours de santé doivent aujourd'hui aboutir à une fluidification des relations entre l'hôpital et la médecine de ville.

Longtemps centré sur une médecine curative, le système de santé français doit également s'adapter au virage préventif, questionnant la façon dont doit s'organiser les soins primaires dans le pays, les missions de prévention et de promotion de la santé s'intégrant en effet également dans cette définition des soins primaires telle que promue par l'Organisation mondiale de la Santé<sup>3</sup>.

A travers ce travail, nous tenterons de mettre en lumière les nouveaux types d'organisations de soins primaires pouvant à la fois répondre aux attentes des jeunes professionnels et des patients mais satisfaisant également les contraintes économiques et politiques des institutions. Il sera pris, en fil rouge de ce travail, l'exemple du Centre de Santé de Coutras en Gironde, dont on s'attardera à décrire la manière dont il s'est construit, son fonctionnement depuis son ouverture en septembre 2017, ainsi que les limites et perspectives d'un tel modèle en termes de développement et de reproductibilité sur les territoires.

Pour réaliser ce travail, plusieurs entretiens ont été réalisés auprès des acteurs ayant participé au projet de Coutras ou ayant un lien avec la problématique soulevée dans ce travail :

- Médecin du Centre de Santé de Coutras : Dr SCIAUX
- Représentants du CH de Libourne : Mme AUBERT, M. PRIGNEAU et M. HUBERT
- Représentant de la mairie de Coutras : M. JAMBON
- Représentant de l'Association « ReAGJIR Aquitaine » : Dr DI LORENZO-KAS

---

<sup>3</sup> « Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais », OMS, 2008

- Représentant « SIMGA » : Mme FRANCOPOULO
- Représentant ARS : Dr ELLEBOODE
- Experte Juridique du projet : Maître CONTIS

A ces entretiens se sont ajoutés tous les documents témoignant de l'avancée du projet et de sa mise en fonctionnement. Les données issues de la littérature sont venues compléter le matériel à disposition pour la rédaction de ce travail.



# **1 L'attractivité médicale comme point d'attention premier dans la construction du projet**

## **1.1 Le médecin généraliste : pivot des soins de santé primaires en France.**

Le premier contact entre l'utilisateur et le système de santé en France se fait dans la grande majorité des cas via le spécialiste de médecine générale. Cette réalité rejoint la définition de la WONCA<sup>4</sup>, qui décrit la médecine générale comme étant « une spécialité clinique orientée vers les soins primaires ». Cette position de « pivot » du généraliste est d'autant plus renforcée depuis la loi du 13 août 2004<sup>5</sup>. Cette réforme instaure le dispositif du « médecin traitant ». Sur le modèle du *gate keeper* des systèmes de protection social beveridgiens, elle confie au médecin généraliste le rôle de coordonnateur du parcours de soins. Les usagers sont enjoins à choisir un médecin traitant qui lui seul peut les adresser à un médecin spécialiste le cas échéant. Dans le cas contraire, le recours à une spécialité en dehors d'un adressage par le médecin traitant est considéré comme « hors parcours », une diminution des remboursement des soins à l'assuré est alors prévue (30% de l'acte est seulement remboursé), en dehors de quelques spécialités restant à accès direct pour des motifs de consultations cependant restreints et sous conditions d'avoir quand même déclaré un médecin traitant auprès de l'Assurance Maladie (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie jusqu'à 25 ans, stomatologie, soins en urgences,...).

Cette mesure a conduit, dès fin 2008, 85% des assurés à choisir un médecin traitant<sup>6</sup>. Ils sont aujourd'hui plus de 90%. Les médecins généralistes représentent, en outre, 99% des médecins déclarés. Naturellement, le médecin généraliste fait donc figure de professionnel privilégié pour être à l'interface entre l'utilisateur et les soins.

Longtemps restés non définis en France, les institutions ont peu à peu tenté de dessiner un cadre autour des soins primaires. Ainsi, la Loi HPST de 2009<sup>7</sup> incorpore dans le code de santé publique la notion de « soins de premier recours » s'insérant dans un territoire de proximité. Les missions qui incombent aux soins primaires sont par ailleurs listées :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients

---

<sup>4</sup> « La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille », WONCA-EUROPE, 2002

<sup>5</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie

<sup>6</sup> « Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention », CNAM, 2009

<sup>7</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- L'éducation pour la santé.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016<sup>8</sup> met encore l'accent sur la nécessité de mieux organiser le premier recours par la création des équipes de soins primaires (ESP). Ces équipes se définissent comme un « ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent ». La loi réaffirme le rôle central du médecin généraliste dans la structuration des soins primaires. Elle définit là encore ses missions à savoir « la structuration des parcours de santé [...], une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ». Ces équipes fédérant plusieurs professionnels de santé autour d'au moins un médecin généraliste ont donc pour finalité un travail collectif autour de thématiques en lien avec les besoins de leur patientèle et concourant à une amélioration du parcours de santé.

La loi permet également la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pouvant réunir plusieurs ESP. Cette forme de coopération a pour objectif une coordination à l'échelle d'un territoire des acteurs de santé autour des soins primaires. Les CPTS peuvent d'ailleurs concourir à la formation de plateformes territoriale d'appui (PTA), prévues également par la loi de 2016.

Ces types d'exercices en association (dont la forme juridique n'est pas par ailleurs pas imposée) ont vocation à être reconnus par les Agences Régionales de Santé (ARS) à travers une contractualisation laissant libre à un soutien, qu'il soit financier ou matériel.

L'État s'implique donc de plus en plus dans l'organisation des soins primaires sur le territoire. Longtemps sans réel contour ni définition précise en France, les missions et objectifs des soins primaires tels que dessinés par l'OMS ont été laissés historiquement aux professionnels de santé du secteur ambulatoire avec en tête de proue le médecin généraliste. L'État lui confie donc aujourd'hui tout naturellement ce rôle de premier niveau entre l'utilisateur et le système de santé.

---

<sup>8</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

La profession s'est cependant, depuis des décennies, construite autour de principes pouvant entrer en conflit avec les contraintes d'exercice imposées d'une part par l'État et d'autre part le financeur principal, l'Assurance Maladie<sup>9</sup>. En effet, les médecins généralistes travaillant dans le secteur ambulatoire sont pour la majorité d'entre eux des libéraux (cf. infra). La charte de 1927 adoptée par la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) avait pour objectif de garantir au médecin libéral une indépendance d'exercice autour de principes structurant leur identité et préservant le « colloque singulier », définissant la relation médecin-malade, des influences extérieures. Ainsi, la liberté d'installation, le paiement à l'acte ou le libre choix du médecin par le patient restent encore des aspects fondamentaux de la pratique médicale ambulatoire en France. Même si elles doivent répondre à des impératifs d'égal accès aux soins sur le territoire et d'efficacité médico-économique, les nouvelles organisations de soins primaires doivent nécessairement être acceptables et acceptées par ceux dont on souhaite qu'ils en soient le pivot.

La démarche autour de la construction du centre de santé de Coutras s'est donc voulue horizontale, prenant en compte l'avis de tous les acteurs, afin de trouver la solution qui maximiserait l'intérêt de toutes les parties prenantes, afin de rendre attractif le projet pour chacune.

## **1.2 Le difficile défi du maillage territorial en soins primaires dans un contexte de crise de la démographie médicale**

### **1.2.1 La profession médicale : une profession diverse aux évolutions démographiques contrastées**

Au 1er janvier 2017, la France comptait 290 974 médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins (dont 197 859 médecins en activité régulière)<sup>10</sup>.

On constate que ce nombre n'a presque pas augmenté en dix ans (+0.9% entre 2007 et 2017) et cette stagnation devrait durer, selon les projections actuelles, jusqu'à l'horizon

---

<sup>9</sup> Hassenteufel, Patrick. « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », Les Tribunes de la santé, vol. 18, no. 1, 2008, pp. 21-28.

<sup>10</sup> « Atlas de la démographie médicale en France 2017 », CNOM, 2018



2025. En outre, la part des plus de 60 ans concernait en 2017 presque un tiers des médecins en activité<sup>11</sup>.

Ces chiffres doivent cependant être considérés avec prudence. En effet, si l'on compare d'autres pays développés, la France ne se situe pas en queue de peloton concernant son offre en professionnels médicaux. Si l'on se réfère aux données de l'OCDE<sup>12</sup>, notre territoire est en effet relativement bien doté. Ainsi, bien que légèrement inférieure à la moyenne des pays analysés par ces études, la France dispose de 3,3 médecins pour 1000 habitants, soit une densité supérieure à celles de pays tels que le Royaume-Unis ou le Canada.

Derrière ces données brutes se cachent toutefois des complexités propres à chaque pays, avec des organisations du système de santé diverses et des disparités infra-territoriales potentielles qui doivent nous pousser à relativiser le simple aspect quantitatif d'une offre médicale tel que décrit ci-dessus.

Derrière le médecin se cachent d'abord une pluralité de professions. Les évolutions démographiques ne s'appliquent en outre pas de la même manière à tous les types de disciplines médicales et tous les types d'exercices.

La médecine générale constitue une spécialité médicale à part entière depuis 2002, au sens elle devient spécialité de l'internat depuis l'instauration du diplôme d'études spécialisée (DES) de médecine générale qui couronne 3 années d'études supplémentaires après les 6 années de tronc commun aux études de médecine. Cependant, pour des facilités d'usage, nous continuerons d'utiliser la traditionnelle dichotomie entre médecins dit « généralistes » et médecins dit « spécialistes ».

Malgré un chiffre stable du nombre total de médecins depuis 10 ans, on constate, si l'on regarde plus précisément les médecins généralistes, une diminution de 9,1% de leur contingent entre 2007 et 2017, portant à 88 137 le nombre de professionnels de cette spécialité en activité régulière sur le territoire. Selon les projections, cette baisse du nombre de médecins généralistes continuera jusqu'en 2025 pour atteindre 79 262 professionnels.

Ce nombre constant observé de médecins sur le territoire s'explique par une augmentation du nombre de spécialistes compensant la baisse du nombre de généralistes. La densité de médecins généralistes est donc en diminution globale sur le territoire.

---

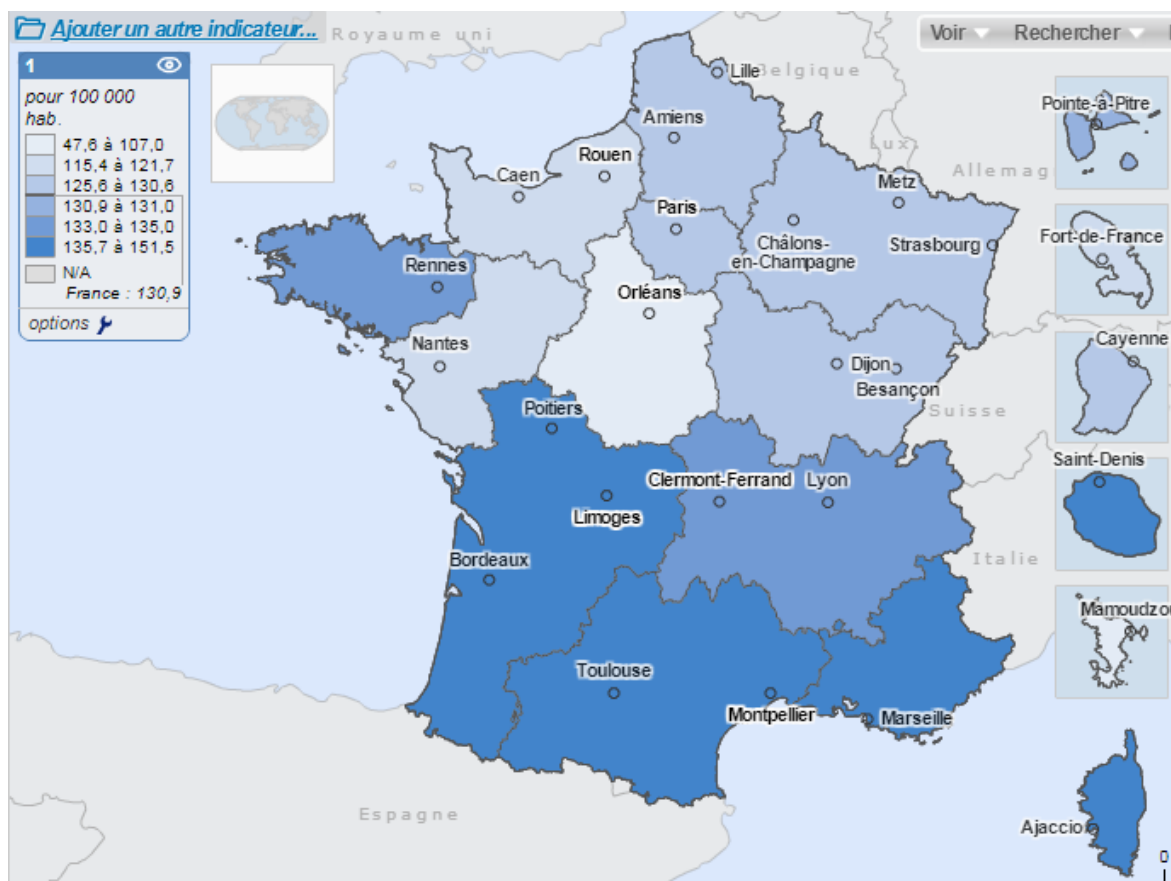
<sup>11</sup> « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », DREES, 2017

<sup>12</sup> « Panorama de la santé », DREES, 2017

Cette baisse de la densité ne se traduit toutefois pas de la même façon en fonction de la zone géographique. On peut remarquer des disparités frappantes que ce soit à l'échelle régionale, départementale, voire infra départementale.

Ainsi, alors que la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur compte une densité de 151,5 médecins généralistes en activité régulière pour 100 000 habitants, la région Centre-Val de Loire n'en dispose, elle, que de 107 pour 100 000 habitants. Plus généralement la distribution régionale des densités sur le territoire suit un gradient Nord-Sud, avec en filigrane une attractivité différentielle de certaines régions caractérisée par un héliotropisme (PACA, Nouvelle-Aquitaine) ou un thalassotropisme (Bretagne)<sup>13</sup>.

### Densités régionales des médecins généralistes en activité, tous types d'exercice



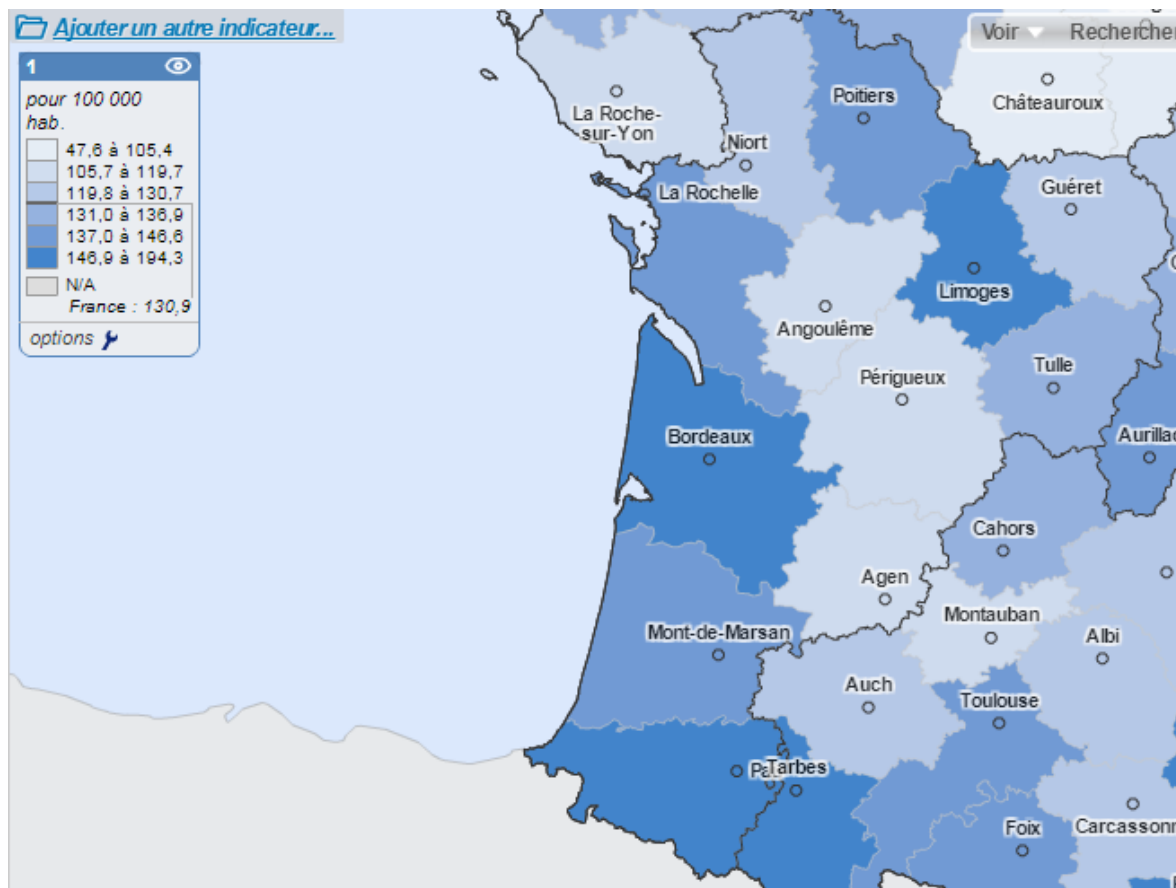
Source : « cartographie interactive de la démographie médicale », CNOM, données 2016

On retrouve ces mêmes disparités à l'intérieur des régions. Si l'on prend l'exemple de la Nouvelle-Aquitaine, les plus grandes densités de médecins généralistes se concentrent sur

<sup>13</sup> Tabuteau, Didier. « Éditorial », *Les Tribunes de la santé*, vol. 57, no. 4, 2017, pp. 5-6.

les départements littoraux (Pyrénées-Atlantiques, Gironde, Charente-Maritime) ou comprenant une ville de taille importante (Haute-Vienne avec Limoges).

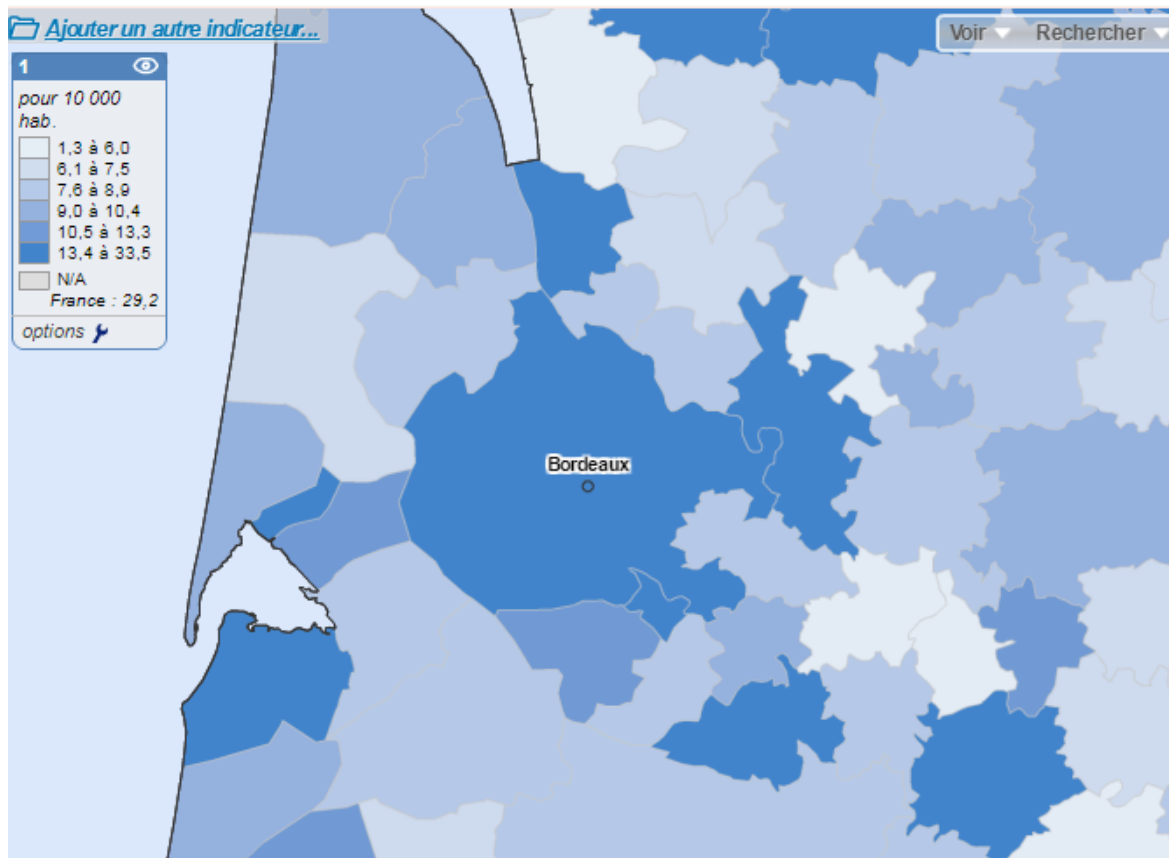
#### Densités départementales des médecins généralistes en activité, tous types d'exercice



Source : « cartographie interactive de la démographie médicale », CNOM, données 2016

Si l'on réalise un focus à une échelle infra-départementale, on retrouve encore des disparités notables au sein de zones appartenant à des ensembles territoriaux pourtant bien dotés en apparence à une échelle plus macroscopique. Dans le département de la Gironde, le bassin de vie de Bordeaux concentre 43,2% des médecins généralistes (tous types d'exercice) et un tiers de la population du territoire. Les densités de praticiens entre les bassins de vie peuvent alors varier du simple au sextuple. Plus on s'éloigne soit de la métropole bordelaise, soit du littoral et moins la densité de médecins généraliste est importante. Ainsi, les secteurs situés au Nord et Nord-Est du département peuvent avoir des densités autour de 5 généralistes pour 10 000 habitants (Saint-Ciers, Montendre, Coutras, ...) quand les bassins de vie de Bordeaux ou d'Arcachon affichent des niveaux beaucoup plus élevés de densité (respectivement 31,5 et 18 médecins généralistes pour 10 000 habitants).

## Densités par bassin de vie des médecins généralistes, tous types d'exercice



Source : « cartographie interactive de la démographie médicale », CNOM, données 2016

Le seul paramètre de la densité en médecins généralistes est nécessaire mais pas suffisant pour caractériser si une offre de premier recours est adéquate ou non avec les besoins de la population.

L'appréciation de l'insuffisance d'une offre de soins primaires sur un territoire ne doit pas uniquement se regarder à l'orée du simple indicateur de densité en médecin généraliste. D'autres critères doivent en effet être pris en compte pour caractériser ce qu'on appelle plus communément un « désert médical ».

La DREES et l'IRDES publient dans ce sens l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL). Il tient notamment compte des niveaux d'activité des médecins, de la distance d'accès, et de la répartition par classe d'âge de la population. L'APL est notamment utilisé

dans les nouveaux zonages institutionnels pour déterminer les territoires éligibles aux incitations financières à l'installation de médecins.

### **1.2.2 Le spécialiste de médecine générale : des modes d'exercices et des statuts de plus en plus variés**

Au sein même de la profession de médecin généraliste s'opèrent des changements qui tendent à modifier, pour une part d'entre eux du moins, l'implication dans ce rôle de pivot des soins primaires que les institutions souhaitent lui confier. La figure du médecin libéral de ville est en passe de devenir de moins en moins la norme au sein des nouvelles générations de médecins généralistes, pouvant ainsi remettre en cause le maillage territorial de proximité en offre de soins primaires.

Les statuts sous lesquels peut exercer un médecin généraliste sont nombreux et on peut supposer qu'ils reflètent indirectement le mode d'exercice et le secteur d'activité de ce dernier. Toutefois, l'Histoire des professions médicales en France va de pair avec celle de la médecine libérale si bien que ce statut précède de loin la création des premiers statuts salariés, hospitaliers ou non<sup>1415</sup>. Sans réelle définition juridique, le statut libéral peut se caractériser en négatif d'un statut salarié, dans le sens où un médecin libéral n'est pas subordonné à un employeur et ne signe pas de contrat de travail définissant ses conditions d'exercice (sauf contrat encadrant l'activité d'un médecin libéral en établissement de santé privé). Ainsi le médecin libéral français agit, sauf exception, sous sa propre responsabilité (qu'elle soit pénale, civile ou ordinale), décide du lieu de son installation et est rémunéré en fonction de son activité. A l'origine, existait également une entente directe sur le montant des honoraires entre le médecin généraliste et le patient, qui ne concernent actuellement que les médecins conventionnés en honoraires libres et les médecins non conventionnés, minoritaires chez les spécialistes de médecine générale. L'émergence du tiers payant, généralisé ou non, chez nombres de praticiens libéraux tempère également la notion de paiement direct des honoraires par le patient. Enfin, la rémunération à l'activité, originellement incarnée par le paiement à l'acte, est aujourd'hui de plus en plus complétée par d'autres modes de rémunération (capitation et performance notamment).

---

<sup>14</sup> Leicher, Claude. « Le médecin libéral en 2010 », Les Tribunes de la santé, vol. 28, no. 3, 2010, pp. 55-63.

<sup>15</sup> Herzlich C., « Libérale (médecine) », in : Lecour D. (dir.), Dictionnaire de la pensée médicale, PUF, coll. Quadrige, 2004, pp. 681-684.

Le médecin libéral peut se définir comme étant à la fois un médecin mais également un chef d'entreprise. Cette double casquette permet à ce dernier de jouir d'une certaine liberté et d'une indépendance dans sa manière de gérer son activité. Cependant, elle expose également à des contraintes administratives inhérentes à la gestion d'un cabinet. En outre, les libéraux ne bénéficient pas du même niveau de prestations sociales qu'un médecin salarié (congrés non rémunérés, prestations maladie moins protectrice en termes d'indemnités journalières ou lors d'un accident du travail, ...).

En 2017, la majorité des médecins généraliste exerçait en libéral (62,9%), principalement sur un mode exclusif et dans une moindre mesure en complément d'une activité salariée

Les spécialistes de médecine générale en activité régulière sont au nombre de 88 137 sur le territoire (ce nombre ne tient pas compte des médecins retraités gardant une activité et des médecins remplaçants) soit 44,5% de l'ensemble des médecins. Parmi eux, la majorité (56,3%) sont des médecins libéraux exclusifs. On compte cependant tout de même 37,0% de salariés, le reste ayant une activité mixte. La part des médecins libéraux sur le total des médecins tend à diminuer ces dernières années selon les données recueillies grâce aux répertoires RPPS et son prédécesseur ADELI<sup>16</sup>. On note en effet selon eux 70,6% de libéraux parmi les médecins généralistes en 2009 contre 66,6% en 2017. Cette légère baisse est compensée par une augmentation des médecins généralistes salariés hospitaliers qui passent eux de 14,8 à 18,2%.

Malgré une grande majorité d'exercice libéral chez les spécialistes de médecine générale, on constate une progression, certes légère mais tout de même palpable, des autres types d'exercice.

Les soins primaires sont en grande majorité assumés par ces médecins généralistes libéraux. Pour autant, la réciproque n'est pas toujours vraie. Ainsi, une proportion non négligeable de généralistes libéraux exerce tout ou partie de leur activité dans un champ n'entrant pas *stricto sensu* dans celui des soins primaires. C'est le cas des médecins généralistes à exercice particulier (MEP). Ce terme caractérise les médecins généralistes ayant obtenu une qualification dans un domaine plus spécifique. Ces domaines, reconnus par l'assurance maladie, recouvrent des compétences variées allant de la nutrition à l'allergologie, en passant par l'acupuncture ou l'homéopathie. D'après le rapport du CNOM de 2014<sup>17</sup>, environ 25% des médecins généralistes ont déclaré une activité complémentaire

---

<sup>16</sup> <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>

<sup>17</sup> « Atlas de la démographie médicale », CNOM, 2014

auprès de leurs conseils départementaux et 61% d'entre eux exercent selon un mode libéral ou mixte. Même si ces chiffres sont difficiles d'interprétation étant donné le flou autour de la part d'activité dédiée à ces domaines spécifiques sur le temps de travail des médecins libéraux concernés, il apparaît évident que cela diminue mécaniquement la part d'activité tournée vers les soins primaires de proximité.

### **1.3 Les jeunes médecins généralistes : entre nouvelles aspirations et continuité de pratique**

Devant la situation démographique de certaines zones du territoire et en absence de toute mesure coercitive à l'installation, il convient assez logiquement de s'intéresser aux facteurs d'attractivité pour les jeunes médecins. Les pouvoirs publics ont depuis longtemps tenté de mettre en place des mesures incitatives, essentiellement financière, dont l'efficacité tarde à montrer ses preuves (voir infra). Il convient donc d'actionner, en plus des arguments pécuniaires, d'autres leviers d'attractivité. Ces derniers doivent s'appuyer sur les aspirations des jeunes médecins généralistes, tant en termes de pratique que d'organisation du travail ou d'environnement, qu'il soit professionnel ou extra-professionnel. Le centre de santé de Coutras s'est construit autour de cette volonté d'offrir à ces médecins un cadre de travail qui puisse répondre à ces attentes.

#### **1.3.1 La fin de l'exercice isolé**

Selon les données de la DREES pour l'année 2017<sup>18</sup>, 25 415 médecins généralistes exerçaient leur métier dans un cabinet individuel, soit moins de la moitié des médecins libéraux installés (46,9%). Cette proportion diminue progressivement depuis quelques années. Ils étaient 28 088 en 2013 (49,5%). L'INPES a publié en 2009 un rapport portant notamment sur les évolutions des modes d'exercice en médecine général<sup>19 20</sup>. L'étude qui portait sur un échantillon de 1 855 médecins généralistes de secteur 1 a montré une augmentation de presque 11 points du taux de regroupement des médecins généralistes. Parmi eux, un quart exerçait dans des cabinets dans lequel travaillaient également des professionnels paramédicaux.

---

<sup>18</sup> <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>

<sup>19</sup> « Baromètre santé médecins généralistes », INPES, 2009

<sup>20</sup> Baudier, François. « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », Questions d'économie de la santé, no. 157, 2010, pp. 1-6.

Un des constats majeurs de cette étude réside dans le fait que cette hausse prédomine assez largement sur les médecins de moins de 40 ans avec une augmentation de 28 points en dix ans. Près de 80% des médecins de cette tranche d'âge avaient ainsi choisis un mode d'exercice regroupé.

Le nombre de médecins par regroupement est variable. Toutefois, on constate que près de la moitié des cabinets de groupe (48,7%) ne comportent que deux praticiens alors que seulement 9,2% des cabinets collectifs réunissent 5 médecins ou plus.

Ce constat réalisé en 2009 l'est tout autant, sinon davantage, à l'heure actuelle. En 2016, une étude<sup>21</sup> menée conjointement par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, l'Assurance Maladie, l'ISPED, et l'URPS Aquitaine a interrogé un échantillon de 3 532 médecins libéraux de l'ex-région Aquitaine. Sur les 1 796 répondants, près de 70% déclarait exercer en groupe avec près de la moitié d'entre eux dans une structure pluriprofessionnelle. Tout comme le rapport de l'INPES de 2019, cette étude met bien en lumière un gradient d'âge dans la préférence d'installation. En effet, plus les médecins sont jeunes et plus ils sont représentés dans les structures collectives, qui plus est quand elles sont pluriprofessionnelles. De même, 72% des médecins exerçant seuls avait plus de 55 ans contre seulement 44% des médecins en structure collective monoprofessionnelle et 39% pour ceux exerçant dans des structures pluriprofessionnelles. Ces résultats sont bien entendu à nuancer au vu de la méthodologie de l'étude, sujette aux biais inhérent à tout recueil déclaratif. Rien ne nous permet également d'affirmer que les non répondants aient le même mode d'exercice que les médecins qui ont répondu à l'enquête.

Dans cette même étude, les structures pluriprofessionnelles et les cabinets isolés étaient davantage représentés dans les zones rurales ou péri-urbaines par rapport aux structures collectives monoprofessionnelles, surreprésentées dans les villes de taille conséquente. Cet attrait pour les structures pluriprofessionnelles en milieu rural se reflète également chez les internes de médecine générale. En 2011, l'ISNAR-IMG, syndicat représentatif des internes de la spécialité, a publié les résultats d'une enquête réalisée auprès de 2 000 internes de médecine générale<sup>22</sup>. Dans cette étude, 69,5% des répondants pointent le fait qu'une aide à la construction d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un cabinet de groupe les inciterait à s'installer en zone déficitaire. En 2013, les résultats d'une enquête réalisée auprès des internes de médecine générale de la subdivision de Bordeaux

---

<sup>21</sup> « Etude sur les exercices collaboratifs des médecins généralistes en Aquitaine », ARS Nouvelle-Aquitaine - URPS NA - Assurance Maladie – ISPED - Université de Bordeaux, 2016

<sup>22</sup> « Milieu rural et souhaits d'exercice des internes de médecine générale », *Pour*, vol. 214, no. 2, 2012, pp. 131-138.



montraient une forte attraction de ces derniers pour un exercice de groupe (99 sur 118 répondants) dans une perspective d'installation en zone sous-dotée<sup>23</sup>.

De nombreux travaux ont donc permis de mettre en évidence un intérêt tout particulier des jeunes générations pour l'exercice regroupé, et a fortiori pluriprofessionnel. Ce facteur apparaît comme fondamental pour permettre aux zones déficitaires d'attirer des jeunes médecins. Ce facteur, bien que nécessaire, n'est toutefois pas suffisant pour rendre effectif leur installation.

### **1.3.2 Privilégier le temps médical au temps de gestion administrative**

Le médecin généraliste libéral s'est construit autour de la notion d'indépendance. Cela conduit mécaniquement le médecin libéral à être à la fois, un effecteur de soins, mais également un chef d'entreprise. Le temps de travail d'un praticien libéral est donc décomposé en un temps médical et un temps dit « administratif ». Ce dernier peut être divisé en deux grandes composantes : un volet lié aux dossiers des patients et relations avec l'Assurance Maladie (tenue des dossiers, télétransmission et gestion du tiers payant le cas échéant, demande d'ALD, ...) et un volet de gestion du cabinet (comptabilité et suivi financier, gestion des locaux, ...). La part liée à ces activités est difficile à évaluer tant elle varie d'un médecin à l'autre et est dépendante des modes d'organisations. Une étude de 2009 estimait toutefois ce temps non *stricto sensu* lié à des activités médicales à environ 12% de du temps de travail d'un médecin généraliste libéral<sup>24</sup>.

En 2015, l'ensemble des médecins inscrit à l'ordre ont été consulté par le CNOM dans l'optique d'établir un constat des points de vue des professionnels sur différents éléments de leur pratique<sup>25</sup>. Sur les 35 000 répondants, 97% estimait subir trop de contraintes réglementaires, économiques et administratives. Ce temps administratif dénommé plus couramment par le terme « paperasserie » cristallise aujourd'hui nombre des plaintes de la profession. Ce fut d'ailleurs un des éléments de l'argumentaire des détracteurs de l'entrée en vigueur de la généralisation du tiers payant. Les craintes d'ajouter à la charge administrative actuelle la gestion supplémentaire des impayés, tout comme la complexité technique liée aux télétransmissions ont eu raison à l'heure actuelle du dispositif qui ne devrait à terme uniquement concerner la part remboursée par l'assurance maladie. Les

---

<sup>23</sup> Texier, Hélène. « Étude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des maisons de santé pluriprofessionnelles auprès des internes et jeunes diplômés de médecine générale d'Aquitaine. », *Médecine humaine et pathologie*, 2013.

<sup>24</sup> Le Fur, Philippe « Le temps de travail des médecins généralistes », *Questions d'économie de la santé*, no. 144, 2009, pp. 1-8.

<sup>25</sup> « Pour l'avenir de la santé - de la grande consultation aux propositions », CNOM, 2015

textes censés le rendre obligatoire pour les professionnels n'entrera en vigueur que lorsqu'une solution technique sera trouvée pour le rendre moins chronophage afin « que le tiers payant ne représente pas de la paperasserie supplémentaire alors même que les médecins ont besoin de retrouver du temps médical », avait déclaré Agnès BUZYN en décembre 2017.

Cet exemple reflète bien le sentiment grandissant qui existe au sein des professionnels de santé d'un alourdissement de la charge de travail non médicale à proprement parlé, et ce d'autant plus que ce temps n'est pas rémunéré.

Ce critère doit absolument être pris en compte dans la façon dont on doit réfléchir les nouveaux modes d'organisation en soins primaires. Dans le cadre d'un exercice en zone déficitaire, la considération de ce facteur doit faire figure de levier d'action visant à renforcer l'attractivité de l'exercice dans ces endroits. Dans l'enquête réalisée par l'ISNAR-IMG précédemment citée, 90,8% des répondants souhaitaient que la gestion administrative soit déléguée à un tiers dans l'optique de leur futur exercice et ce tout en privilégiant le statut de libéral (80% envisage en effet ce statut en tant qu'installé, collaborateur, ou remplaçant après leur internat). « La gestion d'un cabinet nous fait peur », note Adrienne FRANCOPOULO, interne de médecine générale, tout en admettant préférer un exercice libéral après son internat.

Ce critère fut central dans la construction du projet de Centre de Santé de Coutras, se voulant concilier à la fois la liberté d'activité d'un médecin libéral et l'assurance d'un exercice allégé en charges administratives. Dans un contexte d'une offre en médecin généraliste tendue, la tenue compte de ce facteur est un élément majeur qui contribue à faire pencher le jeune praticien en faveur d'un exercice en milieu rural ou périurbain sous-dense. L'enjeu actuel reste de savoir comment et à qui cette charge administrative doit être déléguée, avec en filigrane la question de son financement.

### **1.3.3 La qualité de vie au centre des préoccupations**

Une vie professionnelle épanouissante sans pour autant négliger la qualité de vie personnelle et familiale est une des aspirations majeures des jeunes actifs. On imagine assez aisément que les professions médicales ne soient pas épargnées par ces évolutions sociétales. L'image d'Epinal du médecin de campagne, mélangeant son cabinet professionnel avec sa résidence personnelle, restant joignable de nuit comme de jour tous les jours de la semaine et multipliant les kilomètres pour effectuer à toute heure des visites

à domicile, est aujourd'hui en dehors de toute réalité imaginable pour un jeune praticien de médecine générale. Quand on interroge de jeunes étudiants en médecine sur les sources de motivation pour leur avenir<sup>26</sup>, 70% citent la volonté « d'avoir une qualité de vie satisfaisante », juste derrière « exercer un métier utile » (74%), et « aider/sauver les patients » (73%), sur un échantillon de 181 étudiants. Dans cette même enquête, la crainte d'un « sacrifice par rapport à la vie privée » revient chez 72% des étudiants interrogés. De même, dans une étude menée en 2013 auprès des internes d'Ile-De-France<sup>27</sup>, toutes spécialités confondues, 86% d'entre eux considèrent comme « très important » ou « extrêmement important » l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle dans leur projet futur.

Cette peur de la charge de travail est un frein majeur à l'installation en zone déficitaire. En effet, dans une zone sous-dense, en raison d'une offre faible en médecin généraliste, la crainte du jeune médecin de devoir affronter un afflux massif de patients est réelle. Cette suractivité potentielle liée à la demande forte est un élément qui n'est pas attractif, et ce même si la perspective de hauts revenus occasionnés par le nombre important de consultations peut être intéressante, la balance bénéfiques/risques penchant en effet assez nettement vers la droite de la barre oblique pour les jeunes générations.

Ce constat condamne encore davantage l'idée d'un exercice isolé de la médecine en zone déficitaire comme mode d'organisation d'avenir et rend également difficile d'attirer de façon individuelle un jeune praticien, et ce même si un tissu de médecins généralistes existe déjà dans ladite-zone. Les recrutements doivent donc cibler d'emblée des installations collectives. Cette volonté, via une annonce présentant dès le départ le dispositif comme destiné à plusieurs médecins, a été un choix délibéré du projet de Coutras, en partant du constat que cet aspect serait considéré comme rassurant et donc attractif pour des jeunes médecins généralistes en quête d'installation.

#### **1.3.4 L'attrait encore minoritaire mais grandissant pour le salariat**

La majorité des futurs médecins généralistes envisagent une carrière libérale une fois leur formation complétée. Toutefois, une proportion non négligeable et croissante se tourne vers le salariat. Derrière cette évolution se cachent en réalité plusieurs sources de motivation.

---

<sup>26</sup> « Les étudiants en médecine placent la qualité de vie au cœur des préoccupations pour leur avenir », appel medical search, 2017

<sup>27</sup> « Sondage SOFFRES de juin 2013 auprès de 1599 internes d'Ile-de-France », SIHP, 2013

Ainsi, il convient de différencier ce qui relève d'un intérêt pour le statut de ce qui est motivé par le type et le lieu d'exercice permis par le salariat.

Ainsi, le salariat peut offrir plusieurs avantages en termes de qualité de vie et de charge de travail. En effet, un salarié n'étant pour la majorité du temps non rémunéré à l'acte, son salaire ne dépend pas directement de son activité, à savoir de son nombre de consultations. En outre, au contraire de son homologue libéral, le médecin salarié n'est pas juridiquement son propre chef. Aux dépens probablement d'une perte relative de la liberté propre au statut libéral, le médecin salarié bénéficie d'un allègement des charges dites « administratives » par rapport à son collègue exerçant en cabinet. Il n'a en effet pas à en assumer la gestion quotidienne (comptabilité, locaux, ...) ni à s'occuper du suivi des facturations. Ainsi, il bénéficie en proportion d'une plus grande partie de son temps pour exercer la médecine que son confrère libéral. L'attrait pour le salariat peut donc en partie s'expliquer par les avantages en termes de conditions de travail que ce statut apporte. Comme déjà expliqué ci-dessus, les charges administratives constituent en effet un frein majeur à l'installation.

Dans d'autres situations, l'exercice salarié témoigne, au-delà du statut, d'un attrait pour le domaine d'exercice qu'il permet. En effet, l'exercice de la médecine est, au fil des décennies et au gré du progrès des connaissances, devenu de plus en plus spécialisé, et même hyperspécialisé<sup>28</sup>. La spécialisation est en effet un processus très ancien, si bien que même à la fin du moyen-âge où la « théorie des humeurs » semblait s'opposer diamétralement à la médecine d'organe, les spécialités chirurgicales commençaient déjà peu à peu à prendre place. Au fil des siècles, et ce d'autant plus que l'*Humoralisme* laissait sa place à la médecine anatomoclinique, les spécialités sont peu à apparues et ne cessent de s'affiner à mesure que les connaissances accumulées créent de nouveaux objets d'étude et en complexifient d'autres. La dernière réforme des études médicales<sup>29</sup> en est un reflet, avec la création de nouveaux DES, faisant d'anciennes aptitudes complémentaires des spécialités à part entières (maladies infectieuses, médecine d'urgence, médecine légale et expertise médicale, ...). Les médecins libéraux ne peuvent exercer que dans la spécialité dans laquelle ils ont été diplômés. Ainsi, un médecin généraliste nouvellement formé, ne peut en théorie n'exercer que dans le champ de sa spécialité. S'il souhaite avoir une valence particulière dans son exercice, il peut toutefois, grâce à l'obtention de diplômes supplémentaires, mettre en avant une compétence spécifique, pouvant s'inscrire dans le cadre des MEP cités précédemment. Grâce à des diplômes universitaires centrés autour, par exemple, des pathologies de l'enfant ou de la périnatalité, il peut également mettre en

---

<sup>28</sup> Pinell, Patrice. « Champ médical et processus de spécialisation », Actes de la recherche en sciences sociales, vol. 156-157, no. 1, 2005, pp. 4-36.

<sup>29</sup> Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

avant une aptitude spécifique dans sa pratique de la médecine générale. Une autre façon de valoriser ce type d'exercice particulier consiste à travailler dans une structure de soins spécialisés. Ainsi, il n'est pas rare que des médecins généralistes soient salariés d'établissements de santé. Dans ce cas, ils peuvent exercer dans des services de chirurgie afin d'assurer le suivi médical des patients mais aussi dans des services d'urgence, de médecine polyvalente ou même dans des établissements psychiatriques pour le versant somatique de la prise en charge de leurs usagers. Cette seconde possibilité n'est donc envisageable que sous la forme d'un mode d'exercice salarié.

Plusieurs éléments peuvent expliquer cet attrait pour l'« hyperspécialisation ». Premièrement, avoir des connaissances plus approfondies dans un domaine particulier est intuitivement valorisant pour le praticien. Deuxièmement, cette hyperspécialisation post-obtention du DES de médecine générale peut constituer parfois une voie de « rattrapage » pour ceux dont le souhait premier se tournait à l'origine vers une autre spécialité. Ainsi dans une autre enquête de l'ISNAR-IMG<sup>30</sup> auprès des internes de médecine générale, près de 20,5% affirmaient vouloir postuler à l'obtention d'un diplôme d'études spécialisé complémentaire (gériatrie et médecine d'urgence principalement). De même, dans l'enquête ISNAR-IMG premièrement citée, 15,8 % des internes de médecine générale répondants au sondage considèrent s'être orienté en médecine générale par défaut. Le choix d'une spécialité est en effet le fruit des résultats de l'examen classant national (ECN) sanctionnant les 6 premières années d'études de médecine. Ce concours, très compétitif, détermine l'ordre de choix de spécialité et de ville de formation des étudiants. Ainsi, les spécialités telles que la cardiologie, la radiologie, l'ophtalmologie, ou les spécialités chirurgicales nécessitent un rang élevé de classement. De fait, nombre d'étudiants ne peuvent pas avoir accès à leur spécialité de préférence et doivent se tourner vers la médecine générale, spécialité dont le nombre de postes ouverts permet d'être choisie à tous les rangs de classement. L'attrait pour une médecine de plus en plus spécialisée est aussi fortement lié à la formation des étudiants en médecine, qui effectuent la majorité de leurs stages pratiques, que ce soit pendant l'internat ou pendant l'externat, en milieu hospitalier, avec un lien fort avec les centres hospitalo-universitaires. La réforme du troisième cycle des études médicales vise d'ailleurs à inverser cette tendance en rendant obligatoire, pendant l'internat du DES de médecine générale, deux semestres chez le praticien exerçant en ambulatoire.

Enfin, la spécialisation est aussi un moyen de diversifier son activité. Toujours d'après l'enquête ISNAR-IMG de 2011, 81,7% des internes envisagent un exercice diversifié ou un

---

<sup>30</sup> « Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale », ISNAR-IMG, 2014

changement d'orientation au cours de leur carrière. Cette aspiration est sans doute un des avantages fondamentaux du mode d'exercice salarié. Le salariat permet en effet d'alterner plus aisément d'un lieu d'exercice à un autre ou d'un type d'exercice à un autre. Le médecin libéral est quant à lui dans l'obligation d'assurer la gestion d'un cabinet, avec parfois des salariés y travaillant (personnel d'accueil, secrétariat, ...), éventuellement des parts dans des sociétés en cas d'exercice de groupe, à revendre en cas de départ... A ces éléments peut s'ajouter la difficulté de devoir « abandonner » une patientèle avec qui des liens se sont tissés avec les années, et dont il n'est pas sûr, *a fortiori* en zone déficitaire que sa prise en charge soit reprise par un autre praticien<sup>31</sup>. Ces aspects sont logiquement moins prégnants dans les structures hospitalières, les équipes d'HAD ou dans d'autres structures (PMI, médecine scolaire, centre de dépistage, etc...) où à la fois les organisations professionnelles, les caractéristiques statutaires et le type d'exercice ou d'activité n'entraînent pas ce type de freins à la mobilité.

En conclusion, en dehors des aspects liés aux avantages sociaux et à la charge de travail plus régulière inhérent au statut de salarié, se cachent en réalité des aspects liés à la fois à la diversité des activités que permet ce statut mais aussi à une plus grande liberté de changement d'activité que le statut de libéral, assez paradoxalement, puisse autoriser.

En dehors de l'émergence du salariat chez les médecins généralistes, on assiste maintenant depuis deux décennies, à un phénomène encore plus important, qui semble au final être la résultante de tous les critères présentés précédemment, à savoir l'essor du remplacement libéral.

### **1.3.5 Le remplacement, mode d'exercice plébiscité par les jeunes médecins généralistes**

Un médecin libéral en indisponibilité (pour toutes raisons autre que disciplinaires ou judiciaires) a le droit de se faire remplacer temporairement par un autre médecin, thésé ou non. Ce dernier doit détenir la même qualification que le médecin qu'il remplace et doit être enregistré auprès du CDOM.

Sur les 99 236 médecins généralistes inscrits au répertoire RPPS, 7 869 (7,9 %) exercent en tant que remplaçant. Selon l'atlas du CNOM de 2017, la proportion de médecins remplaçants, toutes spécialités confondues, a augmenté de 24,6% entre 2007 et 2017 et cette augmentation devrait se poursuivre dans les années à venir. Toujours selon ce

---

<sup>31</sup> Vega, Anne « Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux », DREES, 2009

rapport, 66,8% des médecins remplaçants sont inscrits à l'Ordre comme exerçant la médecine générale. Ils sont âgés en moyenne de 41,5 ans et sont représentés à 62% par des femmes. La population des médecins remplaçants est donc une population à la fois plus jeune et plus féminisée que la population générale des médecins. Cet attrait des jeunes médecins pour le remplacement se reflète dans l'enquête de l'ISNAR-IMG de 2011, dans laquelle l'échantillon de répondants aspirait pour 55% d'entre eux à exercer la médecine générale sous forme de remplacements après leur internat alors que seulement 16% souhaitaient s'installer directement.

En 2015, l'association ReAGJIR (Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants) a réalisé une enquête nationale afin de déterminer le profil de ces médecins remplaçants<sup>32</sup>. 284 réponses à un questionnaire ont pu être obtenues. L'âge moyen des répondants était de 31,7 ans (une moyenne moins élevée que celle rapportée par le CNOM, probablement dû à un biais de sélection de l'enquête, l'association ReAGJIR étant essentiellement connue par les jeunes médecins généralistes, par conséquent plus répondeurs) et leur répartition en sexe était à 70% des femmes. Presque 20% d'entre eux avait une activité médicale diversifiée (autres structures ambulatoires ou de soins primaires en tant que salarié, salariat hospitalier, ...). Cette proportion monte jusqu'à 32% si l'on prenait en compte les médecins non thésés, par conséquent mêlant internat et activité de remplacement. Si effectivement la majorité des répondants exercent uniquement en tant que seul remplaçant, une grande partie d'entre eux (68%), aspire à s'investir dans des lieux ou types d'activités variés : missions de santé publique, formation universitaire, exercice en zones sous-dotées, participation à la permanence de soins ou dans une moindre mesure montage de structures de groupe et implication dans la recherche.

Plusieurs explications poussent les jeunes médecins généralistes à choisir le remplacement au long cours plutôt que l'installation. Tout d'abord, alors que toutes les autres spécialités médicales et chirurgicales comprennent au minimum quatre ans d'internat, l'internat de médecine générale ne dure, lui, que trois années. En outre, les internes d'autres spécialités peuvent bien souvent poursuivre leur formation à travers des postes de chefs de clinique ou d'assistants, dans un cadre hospitalo-universitaire ou hospitalier pur. L'assistantat reste lui très marginal en médecine général. La réalisation de remplacements en début de carrière permet alors d'entrer dans le plein exercice de façon plus rassurante et moins contraignante que l'installation directe. « On ne sent pas forcément prêt à s'installer », nous confirme A. FRANCOPOULO.

---

<sup>32</sup> « Remplact 3 », ReAGJIR, 2016

L'installation est un processus qui peut être perçu comme difficile pour un interne ou un jeune médecin généraliste ; ce d'autant plus que seulement une minorité considère avoir eu, en 9 ans d'études une journée de formation sur les aspects administratifs de l'entreprise médicale, en ce qui concerne notamment la création et la gestion d'un cabinet ou la fiscalité. Il a déjà été souligné, sur le même thème, que des aides à l'installation, qu'elles soient financières ou logistiques, constituent un préalable fondamental à l'installation des jeunes médecins en milieu déficitaire. En outre, l'avantage d'avoir une patientèle que l'on connaît mieux lorsque l'on est installé n'est pas forcément absent dans le cadre de remplacements. En effet, les médecins remplaçants ont l'habitude d'exercer régulièrement au même endroit, en lieu et place des mêmes médecins : « On tourne souvent sur les mêmes cabinets, à force on connaît bien les patients », note le Dr SCIAUX.

Une mobilité plus aisée, un choix dans le volume d'activité, de moindres tâches administratives, une possibilité d'exercice mixte plus facile, tout en gardant la liberté et l'indépendance propre au statut libéral sont autant d'avantages qui font du statut de remplaçant le choix privilégié des jeunes médecins généralistes. Toutefois, il est évident que ce type d'exercice ne dure, pour la majorité d'entre eux que quelques années, car la volonté d'une stabilité professionnelle, l'implantation dans une zone géographique à mesure que les projets familiaux se déterminent conduisent à un moment donné à s'installer dans son propre cabinet, ou bien dans tout autre structure en tant que titulaire.

Les aspects relatifs à la montée en puissance du salariat et au plébiscite des jeunes médecins généralistes pour les remplacements doivent être pris en compte dans les réflexions menées par les différents acteurs de santé. Les institutions, administratives ou universitaires, tout comme les représentants ordinaires ou syndicaux doivent participer à la construction de ces nouvelles organisations de soins primaires dans l'optique de rendre attractif l'exercice de la médecine générale, *a fortiori* en zone déficitaire. Le projet de centre de santé de Coutras s'est construit autour de ce *leitmotiv*, en essayant de réunir au maximum les critères d'un exercice attractif, tout en tenant compte également des contraintes économiques, logistiques et institutionnelles. Ce projet s'est voulu le résultat d'une co-construction longue et plurielle, qui nous allons le voir est en perpétuel ajustement.

## **2 D'un modèle conceptuel à la mise en pratique : l'expérimentation Coutras**



## 2.1 Un canevas de critères d'attractivité comme point de départ

### 2.1.1 Les résultats en demi-teinte des mesures d'attractivité existantes :

#### A) Des incitations financières multiples mais à l'efficacité incertaine

Qu'ils s'agissent d'indemnités spécifiques, d'avantages fiscaux ou d'exonérations de cotisations sociales, nombres de dispositifs d'intéressements financiers existent pour inciter l'installation de médecins généralistes dans des territoires déficitaires.

En 2009, la loi HPST instaure, à travers le « Pacte Territoire Santé »<sup>33</sup>, plusieurs types d'incitations financières à l'installation de médecins en zones sous-dotées. Lancé à la rentrée 2010, le contrat d'engagement de service public (CESP) prévoit pour les étudiants en médecine une allocation de 1 200 € brut par mois pendant toute la durée de leurs études et ce à partir de leur deuxième année. En échange, les étudiants s'engagent une fois diplômés à exercer dans une zone sous-dotée pour une durée égale au nombre d'années pendant lesquelles ils ont reçu l'indemnité. La liste des zones établies est fixée par le Centre National de Gestion sur proposition des ARS. Un accompagnement spécifique par les ARS est en outre prévu pour aider les médecins signataires du contrat dans leur projet professionnel. Le nombre de contrat signé chaque année augmente *crescendo*. Cependant, l'objectif annoncé par les pouvoirs publics de 1 500 contrats signés en 2017 est loin d'être rempli. Il est encore trop tôt pour établir un bilan définitif de cette mesure. Il est possible toutefois qu'un manque d'information ainsi qu'une rigidité trop importante du dispositif, d'autant plus qu'il s'adresse à un public étudiant, puissent en partie expliquer ce succès relatif<sup>34 35</sup>.

Une des autres mesures mise en place est l'instauration du praticien territorial de médecine générale (PTMG). A l'issue d'un contrat signé entre le médecin et l'ARS, une rémunération (sous condition d'un certain niveau d'activité) de 6 900 € bruts pendant deux ans est assuré au praticien qui s'engage à exercer en zone déficitaire, assortie d'une protection sociale améliorée. Depuis son lancement en 2013, 795 contrats de PTMG ont été signés (données de mars 2017). D'autres contrats, aux succès plus modestes, ont des objectifs et des

---

<sup>33</sup> « Pacte Territoire Santé, des mesures concrètes pour lutter contre les déserts médicaux », Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2010

<sup>34</sup> « Données sur les contrats d'engagement de service public-étudiants et internes en médecine », CNG, 2017

<sup>35</sup> Grassaud, Marie-hélène « Déterminants du choix du lieu d'installation en zone déficitaire pour les internes ayant souscrit au contrat d'engagement de service public », 2013

modalités comparables au PTMG (praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) et praticien territorial médical de remplacement (PTMR)). Ces contrats visent à rassurer le médecin généraliste nouvellement installé en lui garantissant un revenu, palliant un potentiel démarrage d'activité difficile. De l'aveu même des pouvoirs publics<sup>36</sup>, les compléments de rémunération sont finalement peu nécessaires. En effet, dans les zones sous tension, le problème majeur réside, de fait, plus dans un volume d'activité trop important que dans l'inverse.

La convention médicale de 2011 a également instauré deux types de dispositifs d'incitation : l'option « démographie » et l'option « santé solidarité territoriale ». Le premier dispositif propose une aide forfaitaire à l'investissement et une aide à l'activité pour les médecins qui s'installent en zone sous-dotée, à condition qu'ils exercent en structure collective pour deux tiers de leur temps. La deuxième option appuie par un complément financier lié à l'activité les médecins qui s'engagent à effectuer au moins 28 jours de vacances annuels dans une zone déficitaire. Selon les données de l'assurance maladie, ces deux dispositifs ont majoritairement été octroyés à des médecins déjà installés dans des zones sous-dotées. De plus, un non recours important des médecins pourtant éligibles à ces mesures a été observé, traduisant une méconnaissance probable de ces dispositifs par ces derniers. Des retards dans le versement de ces aides sont également soulignés.

La nouvelle convention médicale de 2016<sup>37</sup> a décidé de remplacer ces dispositifs par de nouveaux contrats : le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM), le contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM), le contrat de transition pour les médecins (COTRAM) et le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM). Par ces nouvelles mesures d'incitations financières, les institutions espèrent renforcer la présence médicale en zone sous-dotée en aidant à l'installation, en favorisant l'exercice coordonné, en appuyant les médecins dans la recherche d'un successeur au moment d'un départ en retraite et en encourageant les vacances ponctuelles dans ces zones de médecins, sans pour autant s'y installer.

- B) Les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels : des structures attractives mais perfectibles

---

<sup>36</sup> « Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires », Rapport du sénat, 2018

<sup>37</sup> Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

Le code de la santé publique définit une maison de santé comme « une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens ».<sup>38</sup> Cette définition, large, entraîne de fait un panorama de structures pouvant s'appeler « maisons de santé », aux types d'organisation et d'activité variées. La loi du 10 août 2011<sup>39</sup>, suivant la loi HPST de 2009, va modifier de façon notable le fonctionnement et le nombre de maisons de santé sur le territoire en créant une nouvelle forme juridique : la société interprofessionnelle de soins ambulatoire (SISA). La SISA, en plus de simplifier le regroupement de professionnels différents au sein d'une même structure juridique, permet surtout aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) de bénéficier de financements, aides et subventions publiques.

Les aides possibles peuvent être catégorisées en deux types, avec d'une part les aides à la création et d'autre part les aides au fonctionnement. Les aides à la création, provenant des fonds d'intervention régionaux (FIR) des ARS permettent de financer l'ingénierie du projet en amont et les frais liés à l'installation (aménagement des locaux, matériel médical et informatique, ...). Ces aides interviennent lors d'une implantation en zone sous-dotée et sont d'un montant ponctuel habituel de 50 000 €. Les aides au fonctionnement découlent de l'expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération (ENMR) lancée en 2011<sup>40</sup>. Ces aides figurent maintenant dans l'accord conventionnel interprofessionnel<sup>41</sup>, signé en 2017 entre l'union national des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les organisations représentatives des professionnels de santé. Ces dernières sont versées aux seules structures pluriprofessionnelles dès lors qu'elles respectent plusieurs critères organisés autour de 3 axes : l'accès aux soins, le travail en équipe et l'utilisation d'un système d'information partagé. A travers différents indicateurs objectivant le respect de ces critères, un calcul de points est réalisé. Ces points, convertis en financement, peuvent permettre un versement qui atteint en moyenne 66 000 € sur une année de fonctionnement<sup>42</sup>.

Toutefois la création d'une MSP doit respecter un nombre d'étapes afin de bénéficier de ces avantages. Elle nécessite une en effet une « labellisation » par l'ARS. Pour cela, la soumission d'un projet de santé est nécessaire. Ce projet de santé comprend d'une part, le

---

<sup>38</sup> Article L6323-3 du CSP

<sup>39</sup> LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>40</sup> « L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 », IRDES, 2014

<sup>41</sup> Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles

<sup>42</sup> « Forte hausse de la rémunération en maison de santé : 66 000 euros en moyenne par structure », Le quotidien du médecin, 04/06/2018

projet pluriprofessionnel définissant l'organisation entre chaque membre de la MSP, la façon dont sera formalisée la coordination entre chacun ainsi que les démarches autour de la qualité des soins, et d'autre part un projet de prise en charge des patients avec les modalités de continuité des soins, d'accueil des soins non programmés et des actions de santé publique (prévention, éducation à la santé, articulation avec les autres structures du territoire,...). Ce projet de santé doit être écrit en accord avec les orientations du volet ambulatoire du projet régional de santé publié par les ARS. Il doit également s'accompagner d'une étude de faisabilité comprenant un diagnostic territorial des besoins. *In fine*, la cosignature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'ARS et la SISA porteuse de la MSP permettra le versement des aides précédemment citées.

Ce processus long entre l'initiation du projet et l'ouverture de la MSP (en moyenne de 2 à 3 ans) suppose un dynamisme fort des professionnels. La réussite d'un projet est aussi fortement conditionnée par la façon dont l'équipe de professionnels est accompagnée tout le long du processus par les ARS. Les données issues de la littérature identifient plusieurs freins au montage d'une MSP<sup>43 44 45</sup>. Il nécessite une motivation initiale forte d'un noyau de professionnels de santé souhaitant travailler ensemble et porter le projet. Les projets ayant abouti étaient incarnés par un ou plusieurs professionnels assurant le *leadership* au sein de l'équipe. Une création de MSP peut émaner en premier lieu des collectivités territoriales mais sa concrétisation en une organisation professionnelle viable ne pourra se faire qu'avec une co-construction avec des professionnels de santé volontaires. Ainsi, « une MSP ne se résume pas à des murs, c'est avant tout des professionnels ». Cette volonté des médecins et autres professionnels de santé peut s'étioler à mesure que le projet avance, tant les étapes sont nombreuses et la temporalité longue, pouvant mettre en péril la finalisation du projet.

Les modalités administratives liées notamment au projet de santé peuvent être considérées comme lourdes. Le montage d'une MSP représente une charge non négligeable et ce même si une équipe médicale déjà constituée et rompue à travailler ensemble fonctionne déjà, comme l'évoque le Dr SCIAUX de par son expérience en tant que remplaçant dans des cabinets de groupe : « les médecins que j'avais l'habitude de remplacer se renseignaient pour le faire [monter une MSP], mais finalement ils trouvaient que les contraintes administratives étaient trop fortes même s'ils avaient conscience des avantages

---

<sup>43</sup> Cairey-Remonnay, Bruchon « Les facteurs favorisant et freinant le montage des maisons de santé pluriprofessionnelles en Franche-Comté », 2012

<sup>44</sup> De Haas, « Monter et faire vivre une maison de santé. Brignais (Rhône): Le Coudrier », 2010.

<sup>45</sup> Bourgueil Y, Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, Pierre A. « Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne », Questions d'économie de la santé, No 147

de la MSP une fois faite ». De même, les mêmes contraintes de gestion administrative précédemment citées pour les cabinets libéraux standards s'appliquent également aux MSP, et ce malgré les subventions de l'ACI. En outre, les mêmes contraintes de mobilité pour les praticiens s'observent en MSP, et ce d'autant plus que l'investissement humain pour initier sa construction a été fort.

« La MSP apparaissait comme l'organisation la plus attractive pour les jeunes praticiens, mais un certain nombre de contraintes nous ont poussé à réfléchir à de nouvelles évolutions », constate le Dr ELLEBOODE. L'objectif initial lors du montage du projet de Coutras était alors de résoudre ces deux limites des MSP, à savoir la gestion administrative et la mobilité difficile des praticiens en dehors de la structure.

### **2.1.2 Une volonté affichée de co-construction**

En partant du constat bien connu d'un déficit en ressources médicales dans certaines zones de son territoire, l'ARS Aquitaine (le début du projet ayant débuté avant la fusion des régions), sous l'impulsion du conseiller médical du directeur général, Dr Benoît ELLEBOODE, a décidé de réfléchir à un dispositif organisationnel de soins primaires innovant.

Ainsi, des groupes de travail, composés de différents acteurs, sont organisés. On retrouve alors autour de la même table des représentants de l'ARS, de l'URPS, du conseil de l'Ordre, et des représentants de jeunes praticiens, incarnés par l'association ReAGJIR et le SIMGA, association représentative des internes de médecine générale de la subdivision de Bordeaux.

L'idée initiale était de réfléchir au meilleur dispositif, sur le plan juridique et organisationnel, qui puisse permettre la réunion du plus grand nombre de facteurs d'attractivité dont on a précédemment parlé :

- Absence de contrainte administrative qui puisse être un frein tant sur l'installation que sur l'exercice en lui-même,
- Exercice de groupe,
- Mobilité du praticien et diversité d'activité possible si souhaitée par le praticien,
- À activité égale, rémunération similaire ou se rapprochant de celle d'un praticien libéral traditionnel.

En somme, les acteurs sont partis du principe qu'il fallait au maximum se rapprocher des conditions d'exercice d'un médecin libéral remplaçant, avec la pluriprofessionnalité des MSP et un dispositif qui permettrait de confier à un tiers la gestion des tâches administratives.

L'hypothèse initiale consiste donc à dire qu'en regroupant tous ces critères d'attractivité, il serait possible de recruter des médecins dans les zones déficitaires. Cependant, le défi majeur était de trouver le modèle qui pourrait être pérenne sur le plan économique tout en garantissant sur le long terme ces conditions d'exercice.

### **2.1.3 Les autres organisations de soins primaires : avantages et limites de chacune des structures existantes.**

Dès 2014, des réunions de travail sont organisées et sont l'occasion de mener une réflexion sur le montage organisationnel et juridique qui pourrait répondre aux critères précédents. En dehors de la MSP réunie autour d'une SISA, plusieurs types de structures juridiques existent pour l'exercice de la médecine générale avec pour chacune un mode d'organisation découlant qui sera propre à son cadre légal.

- A) Les cabinets de groupes libéraux : des structures diverses mais réunies autour de la même faiblesse.

De nombreuses formes juridiques régissent des organisations pluriprofessionnelles, on peut citer notamment :

- Les Sociétés Civiles de Moyen (SCM) : réservées aux professions libérales, elles permettent la mise en commun de moyens matériels, pouvant réduire de fait certains coûts d'exploitation. Elles ne facturent pas d'actes à l'Assurance Maladie, les revenus liés à l'exercice du praticien sont donc individuels.
- Les Sociétés d'Exercice Libéral (SEL) : sociétés de capitaux, elles exercent la profession de ses membres. L'exercice étant mono-professionnel (avant décret d'application modifiant cet aspect), cette forme juridique ne permet pas non plus de toucher les nouveaux modes de rémunération aujourd'hui pérennisés dans l'ACI. Les possibilités de sortie et d'entrée dans les SEL sont par ailleurs difficiles.
- Les Sociétés Civiles de Personnes (SCP) : similaires aux SEL, elles ne peuvent toutefois pas bénéficier d'investisseurs externes. Les bénéfices sont reversés entre tous les membres, elles ne sont par ailleurs pas soumises à l'impôt sur les sociétés.

Les entrées et sorties dans les SCP sont plus souple que dans les SEL. Tout comme les SEL, elles ne bénéficient pas des rémunérations de l'ACI.

- Les groupements de coopération sanitaire (GCS) : Plus récent, ce mode d'association permet à plusieurs types de professionnels de s'associer ensemble. Très souple, il permet également de bénéficier de subventions publiques et de contractualiser très facilement avec un établissement de santé. En revanche, à la différence d'une SISA, il n'est pas possible de bénéficier des nouveaux modes de rémunération..

Ces différentes structures juridiques peuvent être avantageuses dans le cadre d'une activité libérale, qu'elle soit individuelle ou de groupe. En revanche, elles deviennent beaucoup plus rigides lorsqu'il s'agit d'exercer une activité pluriprofessionnelle dans une structure collective<sup>46 47</sup>. Quand bien même les montages juridiques traditionnels le permettraient facilement, ils ne leur seraient toujours pas possible de toucher les nouveaux modes de rémunération de l'ACI, qui permettrait de faciliter la coordination au sein de la structure. Dans le monde libéral, seule une SISA, comme nous l'avons vu, peut permettre à une structure pluriprofessionnelle de soins primaire de bénéficier de ces aides. En dehors du monde libéral, seul un autre dispositif est aussi éligible à ces aides : le centre de santé.

#### B) Le centre de santé, un dispositif ancien mais adaptable aux contraintes actuelles

L'histoire des centres de santé<sup>48</sup> peut nous faire remonter plusieurs siècles auparavant, au temps où les congrégations religieuses, au nom de la charité chrétienne, prodiguaient aux infirmes, pauvres et orphelins l'assistance dont ils manquaient. Cet héritage bien que lointain se retrouve dans la construction des premiers centres de santé modernes d'après-guerre. Avec l'émergence de l'Assurance Maladie, la notion directrice d'accès égal aux soins favorise la création de ces structures de soins, rendant parfois conflictuelles et concurrentielles les relations avec le monde libéral. Les pouvoirs publics ont alors à cet égard une attitude prudente. Conscient que ces structures créées à la faveur d'initiatives locales assurent une offre de santé pour une population qui n'a pas accès au système libéral, il n'en demeure pas moins qu'en 1956, le ministre de la santé publique déclarait que les dispensaires « ne devraient pas exister ou [...] devraient disparaître dans un délai

---

<sup>46</sup> « Tableau comparatif des différents statuts juridiques existants », PAPS ARS Ile-de-France,

<sup>47</sup> Tixador, Jean-Christophe, « Clientèle médicale et exercice en société des médecins » Droit, Université d'Avignon, 2010.

<sup>48</sup> Colin, Marie-Pierre, et Dominique Acker. « Les centres de santé : une histoire, un avenir », *Santé Publique*, vol. vol. 21, no. hs1, 2009, pp. 57-65.

raisonnable, lorsque l'initiative privée, après un temps de carence devient à même de fournir les services demandés ».

Même si effectivement l'offre libérale ne cessait de s'étoffer au cours des années 60 et 70, cela n'empêchait pas le développement des centres de santé, appelés plus communément des « dispensaires », s'implantant alors préférentiellement dans des zones péri-urbaines ou rurales défavorisées, sous l'impulsion des collectivités locales soucieuses d'assurer une offre de santé à leurs administrés, mais surtout grâce à des structures associatives, des congrégations (encore) ou des mutuelles. Au-delà de l'objectif d'accès aux soins, c'est une médecine globale qui tend à être exercée, avec une prise en charge sociale attenante et des actions de santé publique privilégiées (prévention primaire, dépistage, vaccination, actions autour de la périnatalité, ...).

Les textes juridiques encadrant les centres de santé ont évolué dans le temps. Un premier décret paru en 1956 fixe les conditions de sécurité sanitaire auxquelles doivent se soumettre les centres de santé, auquel s'ajoute la circulaire du 24 août 1961, planifiant le développement de structures sanitaires et sociales, dont font partie les centres de santé.

Suite à un rapport de l'IGAS en 1990<sup>49</sup> pointant les difficultés économiques des centres de santé (voir infra), la loi du 8 janvier 1991 redéfinit les conditions d'agrément de ces structures ambulatoires et leur accorde certains avantages sociaux que l'on détaillera ci-après. Après la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2000, des conventionnements entre l'Assurance Maladie et les centres de santé sont instaurés, aboutissant à la signature de l'Accord National de 2003, qui sera renouvelé tous les 5 ans et qui a pour rôle de régir les rapports entre les caisses et les structures. Il définit en résumé un certain nombre de financements (notamment l'option coordination) en échange du respect par ces centres de différents engagements.

Les grandes lois sur le système de santé (HPST en 2009 puis LMNSS en 2016) et leurs décrets d'application vont peu à peu définir les cadres juridiques autour des centres de santé, en même temps que les conventions avec l'Assurance Maladie vont préciser la manière dont ils vont être financés.

Ainsi, les articles L6323-1 à L6323-1615 et D6323-1 à D6323-15 du code la santé publique ainsi que l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé constituent le squelette

---

<sup>49</sup> « Rapport sur la situation des centres de santé : fonctionnement et analyse financière », IGAS, 1990



juridique des centres de santé. Une instruction de la DGOS<sup>50</sup> parue le 28 juin 2018 explicitant ce corpus juridique fait office de guide, dont nous pouvons nous inspirer pour résumer ce qui doit définir actuellement un centre de santé.

Premièrement, la mission d'un centre de santé est avant tout d'assurer des soins de proximité comme le rappelle l'article L6323-1 du code de la santé publique. De même, ces soins doivent être remboursables par l'Assurance Maladie, du moins pour ce qui rentre dans le cadre de leur activité principale. Les dépassements d'honoraires sont donc prohibés. De même, la pratique du tiers payant sur la part remboursée par l'Assurance Maladie est obligatoire. En outre, il doit être ouvert à tout public, tant d'un point de vue populationnel (pas de sélection de patientèle) que d'un point de vue pratique (prise de rendez-vous et horaires d'ouverture rendant accessible, pour tous, la venue au centre de santé). Autrefois obligatoire, les actions de santé publique, sociales ou pédagogiques sont désormais optionnelles.

Ensuite, selon l'article L6323-1-3 du CSP, un centre de santé ne peut être géré que par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales, des établissements de santé (publics ou privés) et depuis plus récemment, des sociétés coopératives d'intérêt collectifs (sociétés commerciales mais d'intérêt collectif, d'utilité sociale et de gestion démocratique).

Avant toute ouverture d'un centre de santé, le gestionnaire doit remettre au directeur général de l'ARS un projet de santé ainsi qu'un engagement de conformité. Fixé par arrêté<sup>51</sup>, l'élaboration et le contenu du projet de santé sont une étape fondamentale avant la création d'un centre de santé. Selon la circulaire de la DGOS, l'élaboration du projet doit être accompagnée par l'ARS et doit faire intervenir les professionnels du centre, même si la charge de sa rédaction revient au gestionnaire. Son contenu, similaire aux projets des MSP, doit, en résumé, faire figurer le diagnostic territorial des besoins, les coordonnées du centre et de son représentant, les informations relatives à l'équipe professionnelle, leurs missions et activités, ainsi que la façon dont le dispositif de coordination sera organisé au sein du centre de santé, mais également la manière dont le centre de santé s'intégrera dans le paysage sanitaire du territoire. Doivent également figurer dans le projet les notions relatives à la protection des données des patients, mais également les mesures prises pour assurer la sécurité du site, les règles d'hygiène et les modalités de respect des droits du patient, qui constitueront en annexe le règlement de fonctionnement (jusqu'alors appelé règlement intérieur). L'engagement de conformité, lui, consiste en un document rédigé par

---

<sup>50</sup> INSTRUCTION N° DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé

<sup>51</sup> Arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé

le gestionnaire à destination du directeur de l'ARS, faisant état du respect des obligations légales qui incombent à un centre de santé.

Le statut du personnel travaillant dans les centres de santé est par ailleurs fortement réglementé. Le salariat est donc la règle pour tous les professionnels quels qu'ils soient. Le centre de santé peut toutefois faire appel à des bénévoles pour participer à des activités de la structure.

La gestion des bénéfices, est, pour finir, très encadrée car le but non lucratif est un des aspects fondamentaux des centres de santé. Selon l'article L6323-1-4 du CSP, un résultat d'exercice excédentaire ne peut pas être partagé entre les associés de l'organisme gestionnaire mais doit être obligatoirement réinvesti dans la structure.

Bien que minoritaires, les centres de santé sont aujourd'hui un élément incontournable du paysage sanitaire ambulatoire. Longtemps dépréciés, les centres de santé tentent aujourd'hui d'effacer l'image des "dispensaires" d'autrefois. Face à la problématique des inégalités d'accès aux soins, les pouvoirs publics et les financeurs du système de santé ont bien compris que ces structures pouvaient avoir une utilité, et ce d'autant plus que leur mode de fonctionnement semble réunir plusieurs critères d'attractivité pour de jeunes médecins généralistes. L'engouement actuel pour ce type d'organisation de soins primaires ne doit toutefois pas dissimuler des difficultés majeures que la majorité des centres en France peuvent rencontrer.

En 2016, 1 931 centres de santé étaient inscrits au répertoire FINESS. On en dénombrait environ 1 500 en 1996. Selon l'état des lieux issu des données de l'Observatoire national des centres de santé paru en 2017, 40% de ces centres sont exclusivement dentaires, 30% infirmiers et à peine 7% sont exclusivement composés de médecins. Le restant étant composé de centre de santé pluriprofessionnels avec ou sans personnel médical. La majorité de ces structures sont gérées par des mutuelles (34,5%) ou des associations (39,5%). Seul une dizaine de centres étaient gérés par des établissements de santé, même si plus de 40% des structures répondantes déclaraient avoir une convention avec un établissement de santé.

Les centres de santé sont donc très hétérogènes sur le territoire et même si leur nombre a augmenté, une offre de soins primaires assurée par des médecins généralistes en centre de santé reste marginale. Les explications à ce constat sont nombreuses mais il est évident que les centres de santé médicaux, exclusifs ou pluriprofessionnels, doivent faire face à des difficultés économiques qui remettent en cause leur fonctionnement sur le long terme.

En 2013, une enquête de l'IGAS<sup>52</sup> a mis en lumière ce constat et propose, en suivant, une série de mesures rectificatrices.

Cette enquête établit le constat suivant : la plupart des centres de santé ne peuvent pas atteindre l'équilibre économique avec les seuls financements de l'Assurance Maladie. Ainsi, 14% en moyenne du budget des centres médicaux et polyvalent nécessitent un complément de ressources annexe (contre 6% des centres infirmiers et dentaires). Plusieurs raisons sont mises en avant :

- Les dépenses de personnel (rémunérations et cotisations sociales), qui constituent la majorité des charges d'un centre de santé, sont fixes alors que les recettes sont, elles, aléatoires puisqu'elles dépendent de l'activité du professionnel. Il n'y a ainsi aucun mécanisme incitatif pour augmenter le volume d'activité.
- L'obligation du tiers payant, dont le coût serait d'en moyenne 4 euros par acte, est une contrainte économique majeure des centres de santé. Il se décompose d'une part par les coûts liés à l'accueil du patient appelé « *front office* » (comprenant la vérification des droits, la facturation individuelle et l'encaissement éventuel du ticket modérateur) et d'autre part les coûts liés au travail dit du « *back office* » (qui consiste à l'envoi des facturations aux différentes caisses, la gestion des rejets et la relance des impayés).
- L'absence ou la difficulté de financement des actions sociales ou de santé publique des centres de santé.
- L'absence de transposition adéquate des rémunérations forfaitaires ou des avantages sociaux des médecins libéraux aux centres de santé, ainsi que le non recours à certains forfaits par les centres en 2013 (option coordination notamment). Dans le même registre, les centres de santé, au contraire des représentants des médecins libéraux, ne prennent pas part aux négociations conventionnelles avec l'Assurance Maladie fixant la valeur des actes de la nomenclature.

Les inégalités de financement entre les centres de santé et les praticiens libéraux sont toutefois à relativiser, a fortiori depuis les évolutions récentes.

---

<sup>52</sup> « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain », IGAS, 2013

En effet, on peut citer deux dispositifs allant dans ce sens :

- La subvention « Teulade » :

Faisant suite à la loi du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales, la subvention dite « Teulade » est instaurée. Elle est définie ainsi par l'article L162-32 du code de la sécurité sociale : « les caisses primaires d'assurance maladie versent [...] une subvention égale à une partie des cotisations dues par les centres de santé [...] pour les personnels qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux mentionnés au premier alinéa. » D'après l'article D162-22 du CSS, « la partie des cotisations [...] pour la détermination de la subvention [...] est fixée à 11,5 points ». Ce dispositif se veut le pendant de la prise en charge d'une partie des cotisations maladie et vieillesse par la sécurité sociale pour les médecins qui s'engagent à respecter les tarifs conventionnels (secteur 1). Selon le rapport IGAS, cette subvention accordée aux centres de santé n'égalise pas totalement la différence de charges sociales entre le salariat des centres de santé et les médecins libéraux. Ce taux étant le même pour tous les centres de santé, calculé à partir des moyennes observées en libéral pondéré par la composition professionnel des centres de santé, il dessert finalement les centres médicaux polyvalent au profit des centres de santé dentaires et infirmiers. Pour exemple, un centre de santé médical polyvalent avec 2,7 ETP de médecins généralistes obtient une prise en charge de 11,5% de leur rémunération brute alors qu'elle serait de 17,5% en libéral.

- Les aides forfaitaires applicables aux médecins libéraux se sont peu à peu transposées aux centres de santé : la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) et les autres rémunérations forfaitaires :

Suite à l'expérimentation des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), la convention médicale de 2011 entérine sa généralisation pour les médecins libéraux sous la forme d'une rémunération sur objectif de santé publique (ROSP)<sup>53</sup>. La ROSP se définit comme une rémunération se rapprochant du paiement à la performance s'ajoutant au paiement à l'acte. Une valorisation financière est octroyée aux médecins en fonction de l'atteinte d'objectifs évalués par des indicateurs qui peuvent soit provenir des déclarations du praticien, soit des données issues de la base SNIIRAM. Initialement, les objectifs portaient sur l'organisation du cabinet (informatisation, télétransmission, information du patient...) et la pratique médicale (suivi de pathologies chroniques, actions de prévention, efficience...). A

---

<sup>53</sup> Chho, Carine « Les changements comportementaux induits par la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) », Université Paris XI, 2014

l'issu de la nouvelle convention médicale de 2016, la ROSP concernant l'organisation du cabinet est remplacée par le forfait « structure ». Le nombre d'indicateurs concernant la pratique médicale est quant à lui augmenté, passant de 24 à 29 indicateurs. En 2016, ces nouvelles rémunérations ont rapporté en moyenne 6 983 € aux médecins généralistes libéraux. Les conventions médicales de 2011 et 2016 instaurent également des forfaits inspirés du paiement à la capitation. Ces derniers (issus de la dernière convention) prévoient le forfait patientèle médecin traitant (FMPT) qui majore la rémunération du praticien en fonction du nombre et des caractéristiques de sa patientèle dont il est le médecin traitant (enfants, personnes âgées, patients en affection de longue durée) ainsi que la majoration pour personnes âgées (MPA) lorsqu'il n'est pas leur médecin traitant. Initialement réservées aux seuls libéraux, la ROSP et les autres rémunérations forfaitaires se sont depuis peu étendues également aux médecins salariés des centres de santé. L'accord national régissant les rapports entre les caisses d'Assurance Maladie et les centres de santé prévoit en effet que ces structures puissent aussi bénéficier de ces nouvelles rémunérations. Il est nécessaire de rappeler que, tout comme les produits de tarification à l'acte, ces nouvelles rémunérations sont versées directement au centre de santé et non aux médecins généralistes y travaillant.

- Les rémunérations spécifiques aux structures pluriprofessionnelles

Issue des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale de 2008, l'expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération vise à favoriser une meilleure coopération entre professionnels<sup>54</sup>, en particulier concernant le suivi des pathologies chroniques, et à favoriser l'innovation dans la prise en charge des patients. Initialement, ces nouveaux modes de rémunération se sont alors concentrés sur les axes suivants : accès aux soins, coordination interne des soins et externe, qualité de la prise en charge et éducation thérapeutique du patient. Ces incitations sont formalisées par des rémunérations forfaitaires liées à différents modules objectivant ces axes. L'expérimentation initialement restreinte à 147 structures sur la période 2010-2013, s'est poursuivie sur 2013 puis 2014 avec l'ajout de 150 nouveaux sites expérimentateurs. Ces derniers pouvaient être des maisons de santé, des pôles de santé ou des centres de santé à partir du moment où ils étaient composés de 2 médecins et d'un professionnel paramédical et qu'ils avaient contractualisé avec leur ARS.

---

<sup>54</sup> « L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 », IRDES, 2014

Suite à cette expérimentation, une généralisation à toutes les structures pluriprofessionnelles a pu voir le jour, d'abord grâce au règlement arbitral de 2015 (après échec du premier accord interprofessionnel) et dans un second temps par l'accord interprofessionnel du 20 avril 2017. En suivant, un avenant à l'accord national des centres de santé entérine spécifiquement pour les centres de santé les évolutions de l'accord interprofessionnel.

Les rémunérations sont donc accordées en fonction de la réalisation d'objectifs réunis autour de 3 axes :

- Accès aux soins,
- Travail en équipe,
- Système d'information.

Chaque axe dispose d'indicateurs dit « socles » qui doivent tous être réalisés pour déclencher le versement des rémunérations. Les centres de santé peuvent bénéficier de rémunérations supplémentaires s'ils réalisent d'autres indicateurs révélant l'atteinte d'objectifs dit « optionnels » pour chacun des axes.

Le dernier accord national met donc sur un pied d'égalité les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé autour d'un même mode de financement. En résumé, le centre de santé peut bénéficier, en sus de la tarification des actes, des financements suivants :

- Les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP médecin traitant enfant et adulte),
- Les forfait patientèles et médecins traitants,
- Les rémunérations liées à l'exercice pluriprofessionnel issues de l'ACI,
- Les contrats incitatifs à une activité en zone sous-dotée analogues des CAIM, COSCOM et CSTM pour les médecins libéraux.

La transposition inadéquate des aides réservées aux médecins libéraux, tel que soulevé par le rapport IGAS de 2013 a donc été fortement améliorée par les dernières évolutions conventionnelles.

Un autre point soulevé par le rapport IGAS concernait la gestion lourde du tiers payant. Des avancées visant à une simplification de la procédure figurent également dans l'accord conventionnel. On retrouve notamment la mise à disposition d'outils visant à consulter en ligne les droits des assurés (CDR et ADR), afin de fiabiliser les facturations, en cas de carte

vitale non présentée ou non mises à jour. En outre, les caisses d'assurance maladie s'engagent dans l'accord à une meilleure information sur le suivi des facturations, ainsi qu'un accompagnement dans les procédures liées aux rejets. Ces évolutions aideront à alléger le poids du tiers payant pour un centre de santé, mais pas à l'annuler complètement.

Même si des progrès ont été réalisés pour solutionner certaines remarques soulevées par l'IGAS, certaines questions restent toutefois en suspens. Le coût de la gestion administrative (y compris la gestion du tiers payant) et les volumes d'activités plus bas que ceux des structures libérales restent d'actualité, mettant en péril le modèle économique de ces centres. En outre, le flou autour du financement des actions de santé publique persiste, au-delà même des programmes nationaux ou conventionnels inscrits dans l'accord national et que les centres de santé s'engagent à diffuser.

Chacun des modèles de structures pluriprofessionnel expliqués ci-dessus sont donc contraignants pour des raisons diverses :

- Les cabinets de groupes sous formes juridiques traditionnels (SCM, SCP, SEL ou encore GCS) permettent difficilement l'association entre différents corps de métiers ou bien ne permettent pas de bénéficier des nouveaux modes de rémunération de l'ACI.
- Les MSP sont des structures attractives mais qui nécessitent une équipe de professionnels rompus aux parcours administratifs. De même, nous avons vu que ces structures nécessitent l'association en SISA, forme juridique ne pouvant être effective que par l'association de deux professionnels médicaux et un professionnel paramédical. Tout départ d'un soignant risque ainsi de mettre en danger l'existence même de la MSP. Cet engagement, freinant la mobilité, peut constituer un manque d'attractivité pour un jeune professionnel.
- Les centres de santé ont l'avantage d'offrir un mode d'exercice attractif, principalement dû au fait que le professionnel de santé est déchargé de toutes tâches administratives. Cependant, cette prise en charge du temps médical nécessite une équipe administrative pouvant être lourde d'un point de vue financier, et ce d'autant plus que la mise en place d'un centre doit obéir à un certain nombre de critères alourdissant ces coûts (gestion du tiers payant principalement). Le mode de rémunération n'encourage pas non plus l'activité, pouvant mettre en danger l'équilibre économique de ces structures.

La gestion administrative est donc toujours un point central autour du projet de Coutras, les MSP comme les centres de santé ne proposant, chacun pour des raisons différentes, de solutions idéales.

#### **2.1.4 Un établissement de santé pour prendre en charge le temps non médical de la structure**

La question de la gestion des charges administratives est prégnante. Nous avons vu qu'elle constitue un frein à l'attractivité dans les structures libérales et qu'elle est un facteur de déséquilibre économique pour les centres de santé.

Avant de décider de la forme économique, le choix s'est donc porté de confier cette gestion à un tiers. Le choix d'un établissement de santé apparaissait comme un choix logique, en permettant de répondre à différents enjeux, tant d'un point de vue pratique qu'économique.

Un rapport de décembre 2016 de l'ARS Île-de-France, mené conjointement avec les cabinets d'expertise CERCLH et CMS bureau Francis Lefebvre Lyon identifie également un certain nombre d'aspects positifs théoriques à choisir un établissement de santé comme porteur d'une structure de soins primaires (ici, il s'agissait des centres de santé) :

- L'amélioration du lien ville-hôpital par une meilleure coordination entre les médecins traitants de la structure et les spécialistes hospitaliers. Hypothétiquement, cela peut se traduire pour le patient par une fluidification du parcours de soins, incarné par un meilleur suivi extrahospitalier et un accès facilité aux ressources de l'hôpital via la structure de soins primaires.
- Un désengorgement possible des services d'urgences et des plateaux de consultations externes, dont une des causes est la raréfaction en aval de l'offre de soins de proximité.
- Un meilleur ancrage territorial favorisant la captation de la patientèle et l'adressage de ces derniers par les médecins de la structure vers les spécialistes de l'hôpital porteur. Un ancrage pouvant également être facilité par la réalisation de consultations de spécialistes de l'hôpital directement au sein de la structure, en présentiel ou à distance par télé médecine.

Dans le cas des centres de santé, un des arguments majeurs menant à choisir un établissement hospitalier pour porteur est la possibilité d'assumer, avec moins de coût qu'un centre de santé classique, les charges administratives. Ainsi, la gestion du tiers payant pourrait être mutualisée avec celle de l'hôpital dont les services administratifs sont



coutumiers de ce type de gestion via notamment la facturation des consultations externes. De même, le temps de direction du centre pourrait être assumé par l'hôpital avec l'avantage de faire bénéficier à la structure de son expertise en termes de gestion financière (comptabilité, paies, ...), logistique ou juridique. Un coût attendu moindre qui pourrait être un avantage dans cette recherche de modèle économique pérenne qui habituellement fait défaut aux centres de santé.

Dans le cadre d'une structure libérale, cet avantage serait moins important, du fait de la non obligation (à ce jour) de pratiquer le tiers payant. La délégation des autres charges administratives est en revanche une solution également avantageuse pour ce type de structure.

Avant même que le modèle juridique de la structure ne soit établi, il était clair pour les acteurs qu'un centre hospitalier devait être impliqué dans le projet, tant d'un point de vue économique, par sa capacité d'absorber les contraintes liées à la gestion administrative, que d'un point de vue « philosophique », de par l'amélioration du lien ville-hôpital attendu allant dans le sens d'un décloisonnement de l'hospitalier et de l'ambulateur et d'une territorialisation de l'offre de soins. De même ce rapprochement avec un établissement de santé peut également être considéré comme un facteur d'attractivité, au vu des aspirations des jeunes praticiens à garder ce lien.

Le choix d'une structure pluriprofessionnelle articulée dans son fonctionnement logistique avec un centre hospitalier proche est alors décidé.

## **2.2 Du portage hospitalier d'une structure pluriprofessionnelle au Centre de Santé de Coutras**

### **2.2.1 Un lieu d'implantation stratégique**

- A) S'assurer du soutien d'un établissement de Santé

Tout d'abord, il a fallu faire appel à un établissement de santé en capacité d'accompagner ce type de projet.

Deux critères principaux devaient être respectés :

- Une santé financière de l'établissement en adéquation avec les risques potentiels d'un projet dont on ne sait, *a priori*, s'il sera viable sur le plan économique. De même, l'établissement doit être suffisamment robuste en moyens humains pour pouvoir assumer le suivi et l'accompagnement nécessaire à ce type de projet.
- Un territoire d'influence comportant des zones en difficultés d'accès aux soins primaires.

Ces critères se retrouvent parfois en opposition. En effet, les établissements de santé souffrent souvent des mêmes problèmes d'attractivité que la médecine de ville<sup>55</sup>. Ainsi, des territoires en difficultés sur les soins primaires le sont également sur le second recours, ambulatoire comme hospitalier. Les problèmes d'attractivité médicale entraînent souvent des manques organisationnels dont les conséquences en termes de volume d'activité peuvent mettre à mal l'équilibre économique de l'établissement.

Sur la région Aquitaine, le Centre hospitalier de Libourne constituait un choix privilégié. Cet établissement de 1 301 lits et places assure une offre en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), en psychiatrie et en soins de suites et réadaptation (SSR). Il draine une population, certes essentiellement girondine, mais également provenant des départements limitrophes (Dordogne notamment, mais aussi Charente, Charente-Maritime et Lot-et-Garonne). En bonne santé économique, le Centre hospitalier de Libourne affiche des résultats excédentaires sur les exercices des précédentes années. Il est également moins touché par les problématiques d'attractivité médicale, du fait notamment de sa proximité géographique avec la métropole bordelaise, située à moins de 40 km de l'hôpital. Dans sa zone de recrutement, le Centre hospitalier de Libourne peut se targuer d'être le premier établissement de santé avec 40% des parts de marché. On retrouve ensuite, pour des raisons évidentes, le CHU de Bordeaux (14% des parts), puis un établissement privé, la Clinique du Libournais (11% des parts de marché)<sup>56</sup>.

Le CH de Libourne semble donc être en position pour assumer tant économiquement que logistiquement un projet innovant comme celui-ci.

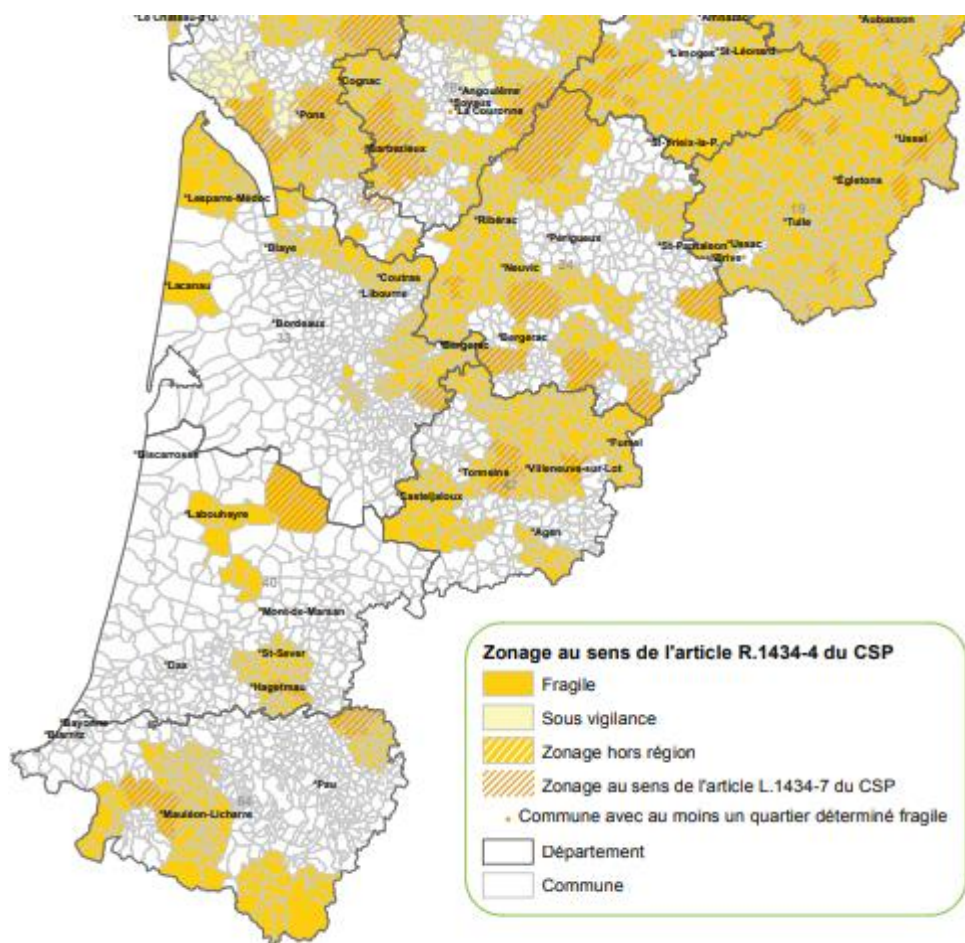
Le deuxième critère, à savoir un déficit en offre de soins primaires du territoire d'influence de l'établissement est également rempli. En effet, comme mentionné précédemment, l'Est

---

<sup>55</sup> Vigneron, Emmanuel. « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », *Les Tribunes de la santé*, vol. 38, no. 1, 2013, pp. 41-53.

<sup>56</sup> <https://www.scansante.fr/>, Données ATIH

et le Nord de la Gironde comportent nombre de zones déficitaires, comme le montre la carte ci-dessous<sup>57</sup>.



Une fois le centre hospitalier identifié, il restait à trouver le lieu d'implantation préférentiel de la structure, et s'assurer de l'engagement de ces nouveaux acteurs.

#### B) Coutras : le constat d'un besoin identifié en local et en régional

Coutras est une commune de 8 700 administrés, drainant un bassin de vie de plus de 23 000 habitants. Elle fait partie de la communauté d'agglomération du Libournais, avec 45 autres communes et dont le siège est basé à Libourne. « Nous sommes rattachés, au niveau de la circonscription avec Blaye, mais nous sommes naturellement et historiquement en lien avec Libourne » précise M. JAMBON, adjoint au maire de la ville.

<sup>57</sup> Source : ARS Nouvelle-Aquitaine, zonage avant 2016

Sa population est en moyenne plus âgée que sur le reste du territoire national. Les plus de 75 ans représentent en effet 12,4% de la population totale de la ville (contre 9,2% à l'échelle nationale). Les moins de 15 ans constituent, eux, 17,5% de la population totale, alors que la moyenne française est de 18,4%. Les retraités composent par ailleurs 32,7% de la population communale (26,9% en France)<sup>58</sup>.

La catégorie socioprofessionnelle active la plus représentée sont les employés (19,8%) suivi des ouvriers (17,8%). Ces chiffres sont supérieurs à ceux observés au national (respectivement 16,5% et 12,6%). A l'inverse, les cadres et professions intellectuelles supérieures ne représente que 3,2% de la population contre 9,2% sur le territoire. Le taux de chômage (13,7%) dépasse par ailleurs le taux national (10,5%).

La médiane des revenus, disponible par unité de consommation, est inférieure à la médiane nationale (18 406 € contre 20 566 € pour la France métropolitaine).

Les indicateurs de précarité sont par ailleurs plus marquants dans certains quartiers, dont le quartier du Centre, ciblé comme quartier prioritaire de la politique de la ville<sup>59</sup>. Sur les 1 250 habitants y résidants (soit près de 15% des administrés de la commune), 36% vivent en dessous de seuil de pauvreté.

La commune de Coutras affiche donc une part non négligeable de personnes âgées et de familles en situation de précarité en son sein. Une offre de santé de proximité est par conséquent d'autant plus nécessaire que ces deux types de population présentent des besoins accrus.

L'offre médicale au sein de son territoire n'est toutefois pas optimale au vu de ces besoins. Ainsi, en 2014, sur les 8 médecins généralistes exerçant sur la ville, 3 prévoient leur départ à la retraite. Le problème de déficit était alors déjà prégnant, dès lors que l'on considérait que la zone de recrutement de ces médecins s'étendait déjà sur tout le bassin de vie (Coutras et une quinzaine de petites communes adjacentes). « Si on faisait le compte, ça faisait 4 000 personnes sans médecins référents », avance M. JAMBON. Ce calcul, bien que contestable, ne doit toutefois pas masquer un constat bien réel de manque de médecin. Devant l'urgence, fin 2014, la mairie de Coutras prît l'initiative de réunir tous les professionnels de santé de la ville afin de trouver collectivement une solution. « Les

---

<sup>58</sup> [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

<sup>59</sup> Décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains

médecins partant à la retraite avait fait de leur côté tout ce qu'ils pouvaient pour trouver un successeur, mais sans succès ».

L'édile prit attache avec le CH de Libourne afin de relayer dans son établissement le besoin de la mairie de trouver de nouveaux praticiens. La sous-préfecture fut également sollicitée tout comme la presse locale. Les résultats étaient toutefois en deçà des espérances et aucun nouveau médecin généraliste ne se manifesta. C'est alors que l'ARS et la mairie de Coutras rentrèrent en contact.

Dans le même temps, l'ARS sollicitait le CH de Libourne pour prendre part à ce nouveau projet de structure pluriprofessionnelle de soins primaires. Coutras fut alors identifiée par les deux protagonistes comme étant une zone de choix. D'un côté, le territoire de Coutras avait été identifié comme une zone fragile par l'ARS au sens de l'article R.1434-4 du CSP. De l'autre côté, cette fragilité avait également été perçue par le CH de Libourne : « Selon les données recueillies par notre DIM, près de 20% des passages aux urgences du CH provenait d'habitants de la zone », note M. HUBERT, à l'époque directrice adjoint du Centre Hospitalier. L'idée sous-jacente supposait que certains de ces passages aux urgences pouvaient être évités si le tissu ambulatoire de médecine générale était plus important. De même, la direction avait la volonté « d'assurer la mission d'un établissement de servir un territoire, une population », et ce au-delà-même de ses murs, traduisant le souhait de l'hôpital de concourir au maillage sanitaire de sa zone d'influence, en sachant par ailleurs que près des 15% des patients hospitalisés au CH de Libourne sont des résidents de Coutras.

Pour se donner toutes les chances de réussite quant à une montée en charge de l'activité de la future structure, Coutras paraissait alors en bonne position. « On avait pour cible un territoire sur lequel il manquait au moins 5 médecins, de façon à ce qu'une équipe de 4 professionnels puissent rapidement démarrer leur activité, en sachant que l'objectif *in fine* à atteindre serait d'un médecin pour 1 000 habitants », ajoute le Dr ELLEBOODE.

Une fois la mairie de Coutras sollicitée, les premières réunions entre les précédents acteurs sollicités, auxquels s'ajoutent les deux nouveaux protagonistes, purent débuter. « Au début c'était très flou, on ne savait pas vers quoi on allait », note M. JAMBON.

Tandis que les contours de la future structure commençaient peu à peu à s'afficher, une expertise juridique, en la personne de Maître Maialen CONTIS, spécialiste du droit relatif aux professionnels de santé, fut également sollicitée pour appuyer le CH de Libourne dans la construction du projet.

## **2.2.2 Du groupe de travail à la formalisation des rôles respectifs et la mise en route d'un comité de pilotage**

A l'issu des discussions, il est venu à l'évidence qu'il fallait déterminer plus formellement les engagements pris par chacune des parties ainsi que la manière dont allait s'établir la coopération et la mise en œuvre du projet.

Ainsi, l'ARS, la commune de Coutras et le centre hospitalier de Libourne co-signaient fin 2015 le *Protocole partenarial de coopération pour la mise en place d'une structure de santé pluridisciplinaire dans la commune de Coutras*. Ce document avait également pour rôle celui de garde-fou pour qu'aucun des trois partenaires ne doivent « faire face à des charges indues non motivées par ses missions réglementaires ».

Dans ce protocole, les engagements pouvaient se résumer à :

- Pour l'ARS :
  - Informer les différents acteurs du projet de son suivi (URPS, CDOM, syndicat des internes, ReAGJIR Aquitaine, ...), ainsi que les professionnels de santé libéraux de la commune,
  - Accompagner le recrutement des médecins de la structure, via notamment l'appui de l'association REAGGJIR Aquitaine,
  - Accompagner le CH de Libourne dans l'élaboration du projet, tant logistiquement que financièrement,
  - Valider et évaluer le projet.
- Pour la commune :
  - Faire connaître, avec l'ARS, le projet aux médecins libéraux de la commune et son état d'avancement,
  - Participer à l'élaboration du projet,
  - Identifier et acquérir le site d'implantation de la future structure, et prendre en charge les travaux de mises en norme et d'accessibilité et les potentiels autres aménagements ; et mettre à disposition le lieu sous une forme juridique à définir le cas échéant,
  - Solliciter auprès de l'Etat et les autres collectivités des subventions d'investissement.
- Pour le centre hospitalier :
  - Participer conjointement à l'élaboration du projet et le présenter finalisé à l'ARS,

- S'assurer d'un accompagnement du projet par un cabinet juridique (formule juridique de la structure, contrat des médecins, ...),
- Equiper les locaux,
- Proposer un coût prévisionnel de redevance que chaque professionnel installé devra s'acquitter, et le communiquer lors du recrutement,
- Verser à la commune de Coutras un loyer pour l'occupation du bâtiment.

Ce protocole définit également la mise en place d'un comité de pilotage, réunissant toutes les parties prenantes, pour suivre l'élaboration du projet et sa mise en œuvre.

### **2.2.3 La forme juridique de la structure : un choix déterminant.**

Comme souligné précédemment, chaque structure juridique organisant la médecine générale ambulatoire comporte des avantages et des inconvénients. Puisqu'il ne fallait en retenir qu'une seule, le choix s'est porté sur celle qui optimiserait à la fois l'attractivité médicale, mais aussi l'intérêt du centre hospitalier. En considérant que les formes juridiques traditionnelles (SCM, SCP, SEL) ne favorisaient pas la pluriprofessionnalité et rendait difficile l'articulation avec un établissement publique, ces dernières furent très rapidement écartées.

Le groupement de coopération sanitaire (GCS) avait l'avantage d'être une organisation très flexible, offrant la possibilité, sous forme de conventions classiques, d'associer facilement un établissement de santé public avec des médecins généralistes libéraux. Le GCS offre également au médecin une libre mobilité, gage d'attractivité, tant les sorties et les entrées au sein de ce type de structure sont aisées. Le point noir de cette forme juridique est l'impossibilité de bénéficier des nouveaux modes de rémunération. A cause de ce dernier aspect, le GCS, un temps envisagé, dut être écarté au profit d'un autre type de structure.

La MSP faisait figure de modèle d'attractivité lors de leur lancement. Toutefois, comme évoqué précédemment, elle nécessite le montage d'une SISA et le portage du projet par deux professionnels médicaux et un paramédicaux. Ainsi, même si l'articulation avec un hôpital pouvait s'envisager, et même si cette forme juridique permet de bénéficier de tous les modes de financement, l'énergie que requiert ce type de montage pour des professionnels et l'engagement inhérent à la structure juridique peuvent constituer des freins à l'attractivité. « L'idée de Coutras était d'apporter à des médecins, un dispositif presque "clefs en main", et au sein duquel ils puissent se sentir libre de partir », précise

l'ARS. Ce critère est difficilement compatible avec une maison de santé pluriprofessionnelle. Ainsi, les acteurs du projet durent envisager une autre option.

Au final, le centre de santé apparaissait comme le dispositif le plus à même de réunir les critères d'attractivité évoqués. Il permet, en effet, la décharge du temps administratif à l'établissement de santé porteur de la structure mais dans le même temps de garantir aux médecins la possibilité de quitter la structure sans difficultés le cas échéant. Cette garantie peut seulement, dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle bénéficiant des nouveaux modes de rémunération, être permise par le statut de salarié, consubstantiel d'un centre de santé.

Toutefois, nous avons également souligné les difficultés d'ordre économique que doivent affronter la majorité des centres de santé en France, principalement du fait de deux facteurs :

- Une gestion administrative coûteuse, notamment du fait de la gestion du tiers payant.
- Un volume d'activité moindre pouvant possiblement s'expliquer par une déconnexion entre les recettes et les modes de rémunération des médecins.

Si le premier facteur est sensé avoir un impact limité en faisant l'hypothèse que l'articulation avec un centre hospitalier permettra des économies d'échelle, le deuxième point nécessite d'aller au-delà d'un modèle classique de centre de santé.

#### **2.2.4 Le centre de santé de Coutras : une association inédite**

Les salariés d'un centre de santé sont soumis aux règles de rémunération de la structure qui le porte. Ainsi dans le cadre d'un centre santé adossé à un établissement de santé public, tel que le CH de Libourne, les règles de rémunération des médecins doivent suivre les grilles de rémunération de la fonction publique hospitalière.

Or, cette grille ne prévoit pas la possibilité de rémunérer, au moins partiellement, le praticien en fonction de son niveau d'activité. Certains centres de santé ont, eux, introduit cette part d'intéressement, mais il s'agit essentiellement des centres mutualistes ou associatifs, non soumis aux mêmes règles de rémunération. D'après le rapport IGAS de 2013 sur les centres de santé, les centres médicaux polyvalents portés par des associations font partie des centres les plus excédentaires sur le plan économique (si l'on exclut les centres de santé exclusivement dentaires ou infirmiers). Les conclusions du rapport indiquent que ces



centres s'en sortent notamment grâce à un volume d'activité élevé par médecin et une large amplitude d'ouverture.

En partant de ce constat, le postulat d'un équilibre économique permis par un intéressement à l'activité de ses médecins était formé. Le choix a donc été de faire porter le centre par une association qui réunirait initialement le CH de Libourne et la mairie de Coutras en son sein. Cette association aurait légalement la possibilité, en tant que structure soumise au droit privé, de décider de façon plus libre de la rémunération de ses médecins. « Une association de loi 1901 est la forme juridique la plus simple qui existe, mais qui, également, en respectant certaines conditions, permet une liberté d'action importante », note Maître CONTIS.

Ce montage permettrait a priori, en rémunérant à l'activité le praticien, d'atteindre un équilibre économique via un nombre plus important de consultations. A ce postulat nous pouvons également ajouter deux facteurs allant positivement dans le sens du choix d'une association de loi 1901 :

- Cette association permet de se rapprocher du mode de rémunération d'un médecin libéral, ce qui constitue un autre critère d'attractivité.
- Ce montage fait reposer le risque financier et juridique sur une entité tierce, à la différence d'un centre porté par l'établissement de santé seul. « Ce fut un point déterminant dans notre soutien au projet, nous n'étions pas seul à assumer le risque d'une telle structure », confirme M. HUBERT pour le CH de Libourne.

L'association nécessitait un nom. Pour symboliser le partenariat entre le centre hospitalier et la mairie, le titre de « Centre de santé hospitalo-communale » a été arrêté. Le terme « communal » a été préféré à « municipal » pour, selon la mairie, symboliser le rayonnement souhaité du centre au-delà même des frontières de ville de Coutras et l'implication des autres collectivités locales, et particulièrement la communauté de commune du Libournais.

Dès lors que le choix d'un centre de santé fut arrêté, l'URPS fit le choix de quitter les discussions, au motif, compréhensible, que les médecins de la structure ne seraient définitivement plus des médecins libéraux.

## **2.2.5 Une association de loi 1901 comme support juridique au portage du centre**

Une association dite « de loi 1901 » est régie par la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association. Elle est définie par « une convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices ».

Pour être reconnue en tant que personnalité morale et acquérir la capacité juridique (donnant la possibilité d'agir en justice, de recevoir des subventions, d'établir des contrats, ...), l'association doit être déclarée en préfecture et publiée au Journal Officiel. Cette déclaration doit contenir :

- Le titre de l'association tel qu'il figure dans les statuts,
- Son objet,
- L'adresse du siège social,
- La date de l'assemblée lors de laquelle la création de l'association a été décidée.

Elle doit être accompagnée des statuts. Ce document précise les conditions de radiation et d'admission de ses membres, les règles d'organisation et de fonctionnement de l'association, la détermination des pouvoirs attribués aux membres chargés de l'administrer ainsi que les modalités régissant une éventuelle dissolution. La préfecture doit également disposer du procès-verbal de l'assemblée constitutive déterminant la création de l'association.

Ainsi, comme enregistré auprès de la sous-préfecture de Libourne, l'association porte le titre de « Centre de santé hospitalo-communale de Coutras » et a pour objet de « créer et gérer un, voire plusieurs centre(s) de santé sur la commune de Coutras visant à permettre à l'ensemble de la population de la commune et des alentours d'accéder principalement à des soins de premier recours, sans hébergement, au centre ou au domicile du patient, sans dépassements d'honoraires et en bénéficiant du tiers payant ainsi qu'à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales ; constituer un lieu de stages pour la formation des différentes professions de santé ; offrir à des professionnels médicaux et paramédicaux des conditions d'exercice propices à leur épanouissement professionnel. »

L'association est composée de personnes morales : le CH de Libourne, la mairie de Coutras, de la communauté d'agglomération du Libournais (CALI), et de l'EHPAD "Primerose" de Coutras rattaché au CH.

En termes de poids décisionnel, il est convenu que le CH de Libourne (impliquant l'EHPAD) dispose d'autant de voies que les représentants des collectivités locales.

A l'issue de l'assemblée constitutive, la présidence de l'association est assurée par la direction de l'hôpital, initialement par M. BRUBALLA, directeur général du CH. La trésorerie est également prise en charge par un représentant de la direction du CH. Le secrétariat de l'association est confié à un membre de l'opposition du conseil municipal de la mairie de Coutras. La gestion courante, et donc la direction du centre, est confié par mandat du président de l'association, à M. Hubert.

Concrètement, la gestion du centre de santé est donc principalement le fait du centre hospitalier, une volonté émanant également de la commune.

« Nous [la mairie] n'avions pas souhaité particulièrement se mettre dans le bureau ou prendre la présidence de l'association, on préférerait laisser la liberté à l'hôpital, probablement plus rompu à cet exercice... » précise M. JAMBON, en ajoutant : « Il y avait un peu d'inquiétude au départ étant donné les sommes d'argent qui transiteront par l'association, la gestion par l'hôpital était donc rassurante ».

Les questionnements autour des modalités de fonctionnement de cette association ont été lieu à de nombreuses rencontres entre les différents protagonistes.

### **2.2.6 L'établissement d'un budget prévisionnel**

Le CH de Libourne s'employa à concevoir un budget prévisionnel des recettes et des dépenses, l'objectif étant de se donner une vision à plusieurs années de la rentabilité potentielle d'un tel centre de santé.

Plusieurs scénarios furent envisagés, notamment sur le montant des rémunérations accordés aux médecins. Pour trouver un équilibre entre rentabilité économique et attractivité médicale, le schéma de rémunération suivant fut retenu :

- 4 000 € net mensuel les deux premières années

Ou

- Paiement à l'acte avec reversement de 50% du montant de la consultation ou de la visite au médecin, reversement de 60% des autres rémunérations (ROSP et forfaits médecins traitant).

Les charges tablaient entre autres sur :

- 0,1 ETP de temps direction
- 1,25 ETP de temps de secrétariat médico-administratives.

- Une gestion annuelle du tiers payant externalisé au CH estimé à environ 35 000 € annuel, comptant pour environ un quart des charges autres que personnelles.
- Un loyer de 2 300 €/mois

Pour atteindre l'équilibre économique sous cette hypothèse, certaines conditions devaient être respectées :

- Pour un effectif de 3,25 ETP de médecin, un taux de 3,25 consultation/heure/médecin est nécessaire.
- Les recettes se devaient d'être maximisées. Ainsi, le budget prévoit 50 000 € de revenus annuels liés aux aides de l'assurance maladie pour les structures pluriprofessionnelles. Les ROSP n'ont cependant pas été intégrés au calcul, tout comme les actes CCAM payés en sus.

Le budget prévisionnel met donc en lumière un niveau d'activité horaire important pour atteindre l'équilibre. A noter par ailleurs que ce budget prend également en compte pour les deux premières années les subventions accordées par l'ARS, à savoir 50 000 € d'aide à l'investissement puis 80 000 € annuel pendant 2 ans d'aide au démarrage. Ces aides peuvent paraître importantes mais restent à relativiser pour le Dr ELLEBOODE : « L'aide à l'investissement représente ce que l'on donne aux MSP habituellement, les aides au démarrage, elles, correspondent à ce qui est perçu par les structures pluriprofessionnelles dans l'accord interprofessionnel ». Selon la mairie également, le loyer serait « adaptable en fonction des capacités financières du centre de santé ».

### **2.2.7 Le recrutement des professionnels de santé et la rédaction du contrat de travail**

La condition *sine qua non* à la qualification du centre de santé en structure pluriprofessionnelle nécessite, nous le rappelons, la présence de deux professionnels médicaux et d'un professionnel paramédical. Cependant, au vu des besoins ressortant du diagnostic territorial, la décision a été de concentrer initialement la recherche sur les médecins. De même, l'offre paramédicale de la ville semblait suffisante, notamment en ce qui concerne les infirmiers ou les kinésithérapeutes. Le manque identifié à l'époque était l'offre en diététicien. La recherche de ce type de professionnel aurait lieu dans un deuxième temps et pourrait s'appuyer notamment sur les ressources du centre hospitalier. La possibilité d'un psychologue a également été envisagée.

L'offre en médecine spécialisée est également un problème majeur de la commune. Tout comme le diététicien, cette offre pourrait être complétée par des ressources du CH de Libourne.

Grâce à l'association ReAGJIR Aquitaine, une annonce précisant les conditions d'exercice de la future structure fut diffusée sur leur *mailing list*. « Nous avons été consulté dès le départ des réflexions sur ce projet auquel nous croyions beaucoup [...] Les modes d'exercice proposés semblait répondre aux enjeux d'attractivité que nous avons nous même identifié », affirme Le Dr Di Lorenzo-Kas, représentant l'association. Utiliser les moyens de communication de l'association paraissait donc « naturel » tant elle est un relai fort auprès des jeunes médecins généralistes, notamment remplaçants, constituant la cible principale de ces annonces.

Ces annonces ont insisté sur deux points :

- Le niveau de rémunération attendu : 4 000 € net pendant 2 ans puis paiement à l'acte lorsque le niveau d'activité le permettra. Le choix de ce montant correspondait à l'époque à une volonté de se rapprocher, selon le Dr ELLEBOODE de « ce qui était proposé aux libéraux dans le cadre des PTMG ».
- La promesse d'une gestion administrative déléguée à l'hôpital.

Parmi les premiers candidats, il y eut d'abord deux premiers médecins, dont un souhaitant travailler à temps partiel, puis 3. Après quelques défections, le nombre de 4 médecins (3 à temps plein et un à temps partiel) fut atteint, au prix toutefois d'un accompagnement fort des acteurs et notamment de l'ARS, comme nous rappelle le Dr ELLEBOODE « il y eut beaucoup d'échanges téléphoniques, afin de rassurer les candidats, mais aussi adapter le projet à leurs attentes ».

Les premiers médecins intéressés ont tout de suite volontairement été intégrés au comité de pilotage du projet. Ils purent ainsi participer aux échanges et réflexions sur l'organisation du centre. En sus des discussions relatives à leur futur mode d'exercice (aménagement des locaux, projet de santé, ...), une attention particulière a été portée par ces derniers à la rédaction du contrat de travail.

Le contrat de travail nécessite un focus particulier. Il nécessitait en effet de s'adapter aux critères d'attractivités souhaités par les médecins, mais également aux impératifs de rentabilité économique du centre tout en respectant les règles déontologiques s'appliquant à la profession. Un travail conjoint entre tous les acteurs, notamment entre les médecins,

le conseil de l'ordre et le CH de Libourne, aboutissait, sous la plume de Maître CONTIS, au contrat de travail, qu'on peut résumer grâce aux extraits suivants :

- « Le Docteur [...] est engagé moyennant une période d'essai de 4 mois ».
- « Le Docteur [...] est engagé pour un horaire hebdomadaire de 35H00 ».
- « La rémunération brute mensuelle [...] sera calculée exclusivement en fonction des éléments suivants [...] 50% de la valeur des consultations et visites effectuées et 60% des autres rémunérations perçues » et « la rémunération du Docteur ne saurait en aucun cas être inférieure, durant les deux premières années [...] à un montant de : 4 000 euros net mensuel »
- « Il aura droit aux congés payés légaux tels que définis et réglementés par les articles L3141-3 et suivants du code du travail ».
- « L'association [...] se gardera de toute atteinte à l'indépendance du Docteur... dans son exercice médical. A ce titre, le Docteur... ne saurait notamment être soumis, directement ou indirectement, à une quelconque norme de productivité ou de rendement horaire ».

Outre la validation par les membres du comité de pilotage, le contrat de travail devait être accepté par l'instance nationale du Conseil de l'Ordre. Un point d'attention particulier concernait notamment le respect de l'article 97 du code de déontologie<sup>60</sup> stipulant : « Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins ». Le respect de cette condition fut donc littéralement inscrit au contrat de travail, tel que montré ci-dessus.

### **2.2.8 Des échanges nombreux autour de l'organisation du centre**

Afin d'entériner la reconnaissance de la structure comme un centre de santé, il fallait, comme toute organisation de ce type, rédiger plusieurs documents dont le projet de santé et le règlement intérieur. Le comité de pilotage fut alors l'occasion de faire évoluer le contenu de ces documents à mesure que les contours du centre de santé se dessinaient. Chaque partie prenante avait donc la liberté de proposer ses corrections au fur et à mesure de la rédaction de chacun de ces objets.

---

<sup>60</sup> Article R4127-97 du code de santé publique

Le projet de santé réaffirme alors les points suivants :

- En ce qui concerne l'accès aux soins :
  - o Une ouverture du centre 52 semaines dans l'année, 6 jours sur 7, avec une amplitude horaire suivante : 8h30 à 19h30 en semaine et 8h30 à 12h le samedi matin,
  - o La possibilité de visite à domicile,
  - o La mise en place du tiers payant,
  - o La participation à la permanence de soins ambulatoire (PDSA).
  
- En ce qui concerne les actions de santé publique :
  - o Prévention des addictions,
  - o Education thérapeutique du patient diabétique,
  - o Education diététique et nutritionnelle et prévention de l'obésité en partenariat avec les écoles.
  
- En ce qui concerne la coordination interne et externe :
  - o Le rappel d'un fonctionnement en équipe se voulant pluriprofessionnelle,
  - o Possibilité d'accès à des consultations de spécialistes du CH de Libourne, sur place ou à l'avenir par télémedecine,
  - o Partenariat avec l'HAD ou le CMP de la commune.

Le règlement intérieur précise, lui, les principes généraux de l'organisation fonctionnelle du centre de santé, les règles d'administration du centre de santé, l'organisation financière du centre en termes de recettes et de dépenses, les règles d'hygiène et de prévention du risque infectieux et enfin, les modalités de gestion des dossiers des patients.

### **2.2.9 Le choix du site**

Le centre de santé de Coutras est installé au 87 rue Gambetta, situé près du centre-ville de Coutras. Il se situe sur le site de l'ancien centre médical "Laennec" fondé dans les années 60 par le Dr Jean-Pierre BONIMOND en association avec d'autres médecins. C'est d'ailleurs ce dernier qui donna son nom au centre de santé hospitalo-communal de Coutras, un choix de la mairie d'identifier la structure par le nom d'une personnalité connue des habitants de la commune.

En 2015, la mairie racheta les locaux de l'ancien centre, dépourvu de médecins depuis peu. La somme dépensée pour l'achat fut relativement faible (250 000 €) pour un bâtiment d'une telle superficie (400 m<sup>2</sup>). Des travaux de rénovation ont été réalisés afin de rendre le centre opérationnel pour un exercice moderne de la médecine et adapté aux nombres de praticiens qui y travailleront. Les coûts de rénovation sont estimés entre 250 000 et 300 000 €. Ces coûts d'acquisition et de travaux conséquents pour une collectivité locale ont pu être assumés partiellement grâce à l'obtention de subventions publiques :

- Subvention de la CALI,
- Subvention du Conseil Départemental,
- Subventions du Conseil Régional,
- Subventions de l'Etat via la dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR) et le fond de soutien à l'investissement local (FSIL),
- Subventions européennes (à ce jour non perçues par la commune).

L'installation du mobilier et du matériel médical ont été pris en charge par le CH de Libourne, facturant à un prix préférentiel au centre de santé, du fait des économies d'échelles permis par la mutualisation avec les achats du centre hospitalier.

Au total, ces investissements ont permis la rénovation et l'équipement complet d'un centre de santé pouvant accueillir au rez-de-chaussée de l'établissement les médecins dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017. L'inauguration de centre et son ouverture le 1<sup>er</sup> septembre 2017, en présence de tous les acteurs du projet, concrétisaient l'aboutissement d'un projet commencé dès 2015.

### **3 Du modèle théorique au fonctionnement pratique : état des lieux et perspectives**

#### **3.1 Des points de divergences entre le modèle imaginé et la réalité observée**

##### **3.1.1 Une réussite indéniable : une offre médicale retrouvée**



A l'ouverture du centre, 3 médecins à temps pleins étaient en poste. Un 4<sup>ème</sup> médecin à temps partiel (0,25 ETP) est venu compléter l'équipe quelque temps plus tard. L'objectif de 4 temps plein de praticien est donc presque atteint.

La Centre de Santé de Coutras apparaissait comme une structure offrant un mode d'exercice en accord avec les volontés des jeunes médecins généralistes. En effet, les profils des médecins recrutés correspondent à la cible souhaitée lors de la création du projet, c'est à dire jeune, non encore installés, et effectuant des remplacements depuis quelques temps.

« Je recherchais un peu de stabilité, notamment en termes de salaire mais sans pour autant s'engager sur 15 ans [...] Je ne prenais pas de gros risque à essayer », nous confie le Dr SCIAUX. Le dispositif de Coutras, permet donc de concilier à la fois sécurité de rémunération et liberté de mobilité. En tant que salarié, le départ du centre de santé est en effet conditionné qu'à un simple préavis de 3 mois. Une garantie de rémunération fixe mensuelle assure également au médecin une visibilité que permet moins le remplacement libéral. « J'aurais pu continuer à faire des *remplas*, mais ça me permettait de voir venir ».

L'exercice de groupe fut également un facteur fondamental dans l'attractivité du projet, comme nous le confirme un des médecins : « Si j'avais été tout seul dans ce type de structure, ça m'aurait fait peur ». Un besoin d'exercice groupé qui est d'autant plus nécessaire que la structure est expérimentale. Dans les relations entretenues avec la direction du centre, le fait d'être une équipe permet également « plus facilement » de se faire entendre selon eux.

« Coutras, c'est 30 minutes de train depuis Bordeaux, alors c'est pas un problème ». La proximité géographique avec la métropole régionale fut véritablement un élément déterminant. Sur les 4 médecins, deux y résident toujours (les deux autres médecins habitent Libourne et Saint-Emilion). La possibilité de concilier exercice en zone semi-rurale avec un mode de vie urbain est de toute évidence un aspect attractif du dispositif. Du fait d'une construction de vie à la fois professionnelle mais surtout personnelle, il est parfois difficile pour un jeune praticien de quitter les zones urbaines pour des territoires plus ruraux.

La décharge des tâches administratives fut également un critère majeur dans leur prise de décision. Actuellement, ils ont pour charges non directement médicales la tenue des dossiers, la gestion des courriers et lorsque la secrétaire médicale est absente, la prise en charge des règlements. Même si le projet, originellement, devait garantir aux praticiens la délégation de toutes les tâches à un tiers, ils bénéficient tout de même d'un allègement

conséquent. L'assistance médico-administrative s'occupe notamment de la prise de rendez-vous et des tâches liés à la gestion du tiers payant. En dehors de ses heures de présence, la prise de rendez-vous est assurée par un sous-traitant (via un site internet). Le reste de la gestion administrative est, elle comme prévu, l'affaire de la direction du centre de santé.

Un agrément du centre de santé en tant que terrain de stage pour les internes de médecine générale, et ce dès novembre 2018, viserait par ailleurs à renforcer plus encore l'attractivité de la structure.

Le mode de rémunération des médecins fut tout de même sujet à discussion et parfois source de tension. Des mésententes sur l'interprétation du contrat de travail et sur le calcul des rémunérations entre la direction du centre et les médecins durent à aboutir à des renégociations autour de modifications du contrat de travail en début d'année 2018. Ainsi, il a été reprecisé les modalités de passage entre la rémunération fixe et celle liée à l'activité de façon à rendre plus visible pour le professionnel le montant de son salaire et pour le centre les prévisions de dépenses. Plusieurs éléments furent l'objet de modifications comme la séparation du temps passé en garde lié à la PDSA et du temps de travail hebdomadaire, mais également l'adéquation en temps réel de la rémunération avec l'activité. La direction du centre avait en effet initialement prévu de lier les rémunérations avec les recettes perçues par le centre, source de décalage en raison des délais et des impayés occasionnés par le tiers-payant et ne reflétant pas momentanément l'activité du médecin.

Aux dires des acteurs, ces difficultés peuvent s'expliquer par la non connaissance réciproque du fonctionnement et des contraintes de chacun des protagonistes. En effet, un centre hospitalier public ne maîtrise pas encore les rouages du monde ambulatoire, et ce d'autant plus que la structure tend à se rapprocher d'un fonctionnement libéral. De l'autre côté, le médecin généraliste n'appréhende pas de la même façon que le gestionnaire les impératifs d'équilibre économique inhérent à ce type d'organisation. Ce sont donc des relations qui ont vocation à se construire dans le temps et à s'améliorer au fur et à mesure des adaptations organisationnelles. En outre, le risque qu'une course à la rentabilité et donc à une activité soit demandée par la direction aux médecins ne s'est heureusement pas réalisé. « On avait un peu peur au début, mais non, même si on sait que c'est important pour le centre » confirme le Dr SCIAUX, signe que d'une part, la direction du centre incarné par le CH de Libourne n'entend pas remettre en cause l'indépendance de ses médecins mais que d'autre part, les médecins savent tout de même que la pérennité de la structure dépend en partie de leur activité.

### **3.1.2 Une pluriprofessionnalité et une mise en réseau encore à développer**

A l'image de la vision actuelle de ce que doit être une structure de soins primaires, le centre de santé de Coutras s'est construit initialement dans une perspective de pluriprofessionnalité et de coordination, tant entre professionnels du centre qu'au niveau de leur articulation avec l'offre territoriale existante.

Après plusieurs mois d'activité, il faut bien reconnaître l'objectif est encore loin d'être atteint. En effet, les seuls professionnels de santé travaillant actuellement dans le centre sont des médecins généralistes. Il faut rappeler toutefois que selon les données recueillies lors du diagnostic des besoins, l'offre paramédicale sur la zone de Coutras était satisfaisante pour nombre de corps de métiers. Un solide réseau d'infirmiers libéraux couvre déjà la commune. De même, des kinésithérapeutes étaient déjà présents sur la zone, et quand bien même un recrutement serait opportun, « il n'y aurait pas la place » selon les médecins du centre. Le recrutement d'un diététicien, d'un tabacologue et même d'un psychologue ont été envisagés sans toutefois, à ce jour, avoir été concrétisé.

Cette absence actuelle de pluriprofessionnalité conduit à plusieurs écueils. D'une part, la perspective d'actions de santé publique spécifiques telle que mentionnées dans le projet de santé sont difficiles à réaliser dans l'état actuelle des ressources en personnel. Ainsi, les actions d'éducation diététique et nutritionnelle et de prévention de l'obésité chez l'enfant ne seraient possibles sans la présence d'un diététicien au sein du centre. De par sa composition professionnelle, les actions de santé publique du centre sont aujourd'hui concentrées autour de ce que permet l'exercice quotidien d'un médecin généraliste. Pour l'instant, le champ des activités possibles autour de ces axes ne va donc pas au-delà d'une structure de soins primaires classique. D'autre part, le manque de pluriprofessionnalité a possiblement conduit à l'absence de procédure autour de la mise en place d'outil de coordination au sein du centre. « On a des temps de réunions informelles, pendant la pause du midi, mais ce n'est pas formalisé », nous confie le Dr SCIAUX. Les échanges entre médecins sont nombreux et les discussions sur les prises en charge des patients sont réelles mais ne disposent pas d'un moment défini, déclaré au centre et pouvant être considéré comme un temps effectif de coordination par les financeurs.

La mise en réseau avec les autres acteurs du territoire doit également être améliorée. Aux dires des médecins, les contacts avec les autres médecins généralistes de la zone sont encore confidentiels. Toutefois, l'hostilité de certains ressentie à l'initiation du projet est

aujourd'hui moins sensible, chacun se rendant compte qu' « il y a suffisamment d'activité pour tout le monde ». Les échanges avec les paramédicaux de la commune se sont tissés peu à peu, notamment avec les infirmiers libéraux voisins. Au niveau médico-social, des contacts existent également avec le CCAS de Coutras. L'ancrage du centre au sein de la commune est, il est vrai, encore en construction mais peut s'envisager avec sérénité tant chacun des acteurs est conscient des besoins de la population.

Par contre, les liens entre le centre de santé et les ressources soignantes du CHU nécessitent, selon l'avis de tous, un développement plus conséquent. Le portage du centre de santé par un acteur hospitalier n'a à ce jour pas entraîné le resserrement du lien ville-hôpital escompté. Envisagé depuis le départ, la mise à disposition d'une offre en endocrinologie par le CH afin de réaliser de l'éducation thérapeutique chez le diabétique au niveau du centre n'est à ce jour pas formalisée. D'autres besoins de consultations avancées de spécialistes se font par ailleurs ressentir mais restent pour l'instant non concrétisés.

Parmi les raisons expliquant ce constat, les conditions organisationnelles, juridiques et économiques ne sont à ce jour pas suffisamment dessinées pour la direction du centre. De même, les ressources hospitalières, bien que correctes dans le cadre du CH de Libourne, sont déjà sollicitées pour effectuer des consultations avancées dans les établissements voisins, à Blaye et à Sainte-Foy-la-Grande notamment. Bien qu'attaché à cet ancrage territorial, le CH de Libourne doit également composer avec les besoins des autres territoires de sa zone tout en obtenant l'aval de ses praticiens pour une telle mobilité. Ces observations s'inscrivent également dans un contexte inédit pour le CH de Libourne, qui a dû faire face ces derniers mois à une réorganisation complète de son établissement en raison de la rénovation totale du site hospitalier et l'inauguration d'un nouveau bâtiment principal. Toutefois, on peut noter que le centre de santé accueille en son sein de façon hebdomadaire des permanences de la PASS, constituée en équipe réunissant du personnel médical et infirmier ainsi qu'une assistante sociale. Bien que n'agissant pas strictement pour le compte du centre de santé (uniquement une mise à disposition de locaux) et bien que prenant en charge une file active différente de patients que celle prise en charge par les médecins du centre de santé, cette permanence de la PASS, de par son rapprochement géographique avec l'équipe de soins primaires, a permis une orientation facilitée par les médecins du centre de patients relevant de ce type de prise en charge.

Un autre élément est venu porter atteinte au développement de ce lien ville-hôpital. Le centre de santé de Coutras, doté du même système d'information partagée que le CH, ne permet aujourd'hui pour les médecins du centre que « l'accès à l'annuaire des professionnels ». Les possibilités de consultation à distance des comptes rendus d'hospitalisation, des lettres de sorties ou des prescriptions réalisées à l'hôpital ne sont pas

possibles actuellement. La raison est avant tout technique. Les serveurs hébergeant les données de santé des hôpitaux sont majoritairement locaux et non accessibles à distance. Pour résoudre ce problème, deux solutions sont envisageables mais difficilement réalisables : soit établir une connexion physique via un câble reliant les deux sites, soit que l'entièreté des données hospitalières soit hébergée sur un serveur Web sécurisé. Pour des raisons évidentes de faisabilité technique et de coût, la perspective d'une interconnexion entre le centre de santé et le centre hospitalier est à l'heure actuelle au point mort. Egalement, le partage d'informations médicales ne peut se faire entre deux établissements sans la mise en place d'un serveur de rapprochement d'identité, dont l'objectif est de créer une identité informatique fédérée entre les deux établissements, élément nécessaire pour la création d'un « dossier médical partagé ».

### **3.1.3 Une visibilité encore imparfaite sur l'équilibre économique du centre**

L'analyse économique du centre ne pourra être totalement pertinente qu'une fois un exercice annuel pleinement réalisé, soit en janvier 2019. Toutefois, on peut émettre quelques remarques sur le différentiel entre ce qui était prévu et ce qui s'observe après 8 mois d'activité.

Dans un contexte où les centres de santé du pays présentent de grandes difficultés à équilibrer leur budget, le projet de Coutras avait mis en exergue deux caractéristiques censées faciliter cet objectif, à savoir :

- L'introduction d'un intéressement à l'activité dans la rémunération des professionnels,
- La mutualisation des coûts de gestion administrative avec ceux de l'hôpital.

Par rapport au premier point, l'activité des médecins fut estimée au mois de janvier 2018, premier mois bénéficiant de 4 médecins, à un taux de 2,45 consultations/médecin/heure. L'objectif calculé initialement pour atteindre l'équilibre économique était de 3,25 consultations/médecin/heure. Ce différentiel ne doit pas pour autant nous alarmer sur l'activité du centre. En effet, ce taux fut relevé alors que le centre de santé démarrait son activité depuis moins de 6 mois et depuis un mois en fonctionnement plein. On peut émettre l'hypothèse qu'après un an d'activité, ce taux aura augmenté, facilité par une meilleure connaissance de la patientèle par l'équipe médicale et une organisation du centre plus fluide. De même et surtout, le taux-cible de consultation-horaire avait été calculé pour un tarif moyen de consultation de 25 euros. Or, ce montant constitue la borne basse de ce que

vaut une consultation vu qu'il ne tient pas compte des majorations liées aux forfaits patientèle-médecins traitant, aux actes CCAM pratiqués en sus et des ROSP.

Le deuxième critère, à savoir, une baisse des coûts de fonctionnement par une mutualisation avec ceux de l'hôpital est lui sujet à plus de discussions.

Tout d'abord, la gestion du tiers-payant n'a pas pu, comme prévu, être confiée aux équipes administratives du Centre Hospitalier de Libourne. En raison de circuits de traitement du tiers-payant différents entre une structure hospitalière et une structure ambulatoire, sa gestion doit être séparée du reste de l'activité du centre hospitalier. Ainsi, les consultations pratiquées par les médecins du centre de santé et celles pratiquées en consultation externe, du fait de numéros FINESS d'établissements différents, ne peuvent pas être traitées comme un seul pool de consultations. En pratique, la gestion du tiers payant est réalisée au centre de santé par une assistante médico-administrative, qui s'occupe également de l'accueil des patients et de la facturation. En somme, il n'y a pas véritablement de mutualisation sur ce point, comme prévu au départ.

D'autre part, le temps de gestion administrative, prenant notamment en compte le suivi financier et la gestion des paies n'a pas pu être totalement mutualisé avec les services administratifs de l'hôpital. En effet, celle-ci a été sous-traitée à un cabinet comptable privé, prenant également en charge d'autres opérations pour le centre hospitalier. Le fait que ce cabinet travaille avec le CH sur d'autres pans de son activité a sans doute conduit à coût de prestation moindre à ce qu'il aurait été si le centre de santé avait fait appel à un autre sous-traitant, non familier du CH. Pour autant, la sollicitation d'un prestataire externe ne répond pas à l'idée originelle d'une mutualisation des ressources, source potentielle d'économie. Le contexte actuel du centre hospitalier de Libourne explique cependant ce choix. D'une part, l'ouverture du nouvel hôpital et les réorganisations découlant ont été très énergivores pour l'équipe directrice et d'autre part, les départs du directeur général du CH (et président de l'association du centre de santé) ainsi que de M. HUBERT, membre de l'équipe directrice du CH et directeur du centre de santé ont conduit à un nécessaire renouvellement de l'équipe de direction du centre. Ces changements nombreux, nécessairement consommateurs en ressources humaines, ont conduit l'équipe de direction à déléguer une partie des charges administratives du centre à un tiers.

Même si ces deux critères (activité suffisante et mutualisation des coûts de gestion administrative) ne sont que partiellement remplies, l'équilibre économique est selon les prévisions issues d'un rapport provenant du cabinet comptable toujours envisageable en fin d'année. Toutefois, ces prévisions prennent en compte les subventions accordées par

l'ARS (80 000 € annuel pendant deux ans). Du fait de la non pérennité de ces financements, le modèle économique du centre de santé devra nécessairement trouver d'autres sources de revenus. Comme dit précédemment, cette subvention se voulait similaire à celles obtenues par l'atteinte des critères des aides relatives aux structures pluriprofessionnelles de l'ACI. Du fait de l'absence de professionnels paramédicaux au sein du centre, le déclenchement de ces subventions conventionnelles n'est pas possible à l'heure actuelle. L'effort doit donc se porter sur le recrutement d'un professionnel paramédical à court terme, et dans un second temps sur la formalisation d'une organisation visant à maximiser l'atteintes des critères socles et optionnels de l'Accord national. Sans cela, l'objectif d'équilibre budgétaire ne pourra être atteint qu'au bénéfice de subventions institutionnelles ponctuelles. Dans l'hypothèse d'une reproductibilité du modèle, il apparaît important de maintenir une subvention d'aide au démarrage de 80 000 €, du moins pour la première année. Cette subvention permet d'une part d'accompagner à la mise en route progressive de l'activité du centre, mais également de pallier l'écart lié au tiers payant entre le moment où la consultation est effectuée et le moment où l'assurance maladie rémunère le centre (de 1 à 3 mois, soit l'équivalent pour le centre d'un manque à gagner initial égal à la subvention).

#### **3.1.4 Le rôle propre de chacune des parties prenantes encore à définir**

Même si un protocole de coopération entre les différents acteurs fut cosigné dès le début du projet, définissant les rôles et prérogatives de chacun des protagonistes dans la création du centre, une certaine confusion s'est installée une fois le centre en fonctionnement. En effet, il n'a pas été, selon les acteurs, évident de déterminer de ce qui relevait de la compétence du Centre Hospitalier de Libourne, de la mairie de Coutras ou du centre de santé en lui-même. Par exemple, certains éléments en lien avec des aspects purement logistiques (entretien du bâtiment et réparations diverses, ...) ont pu être source de mésententes. Il est tentant, du fait des particularités de la structure, de mettre à profit les ressources humaines et matérielles, soit du centre hospitalier, soit de la commune, pour régler les problèmes de fonctionnement quotidien. Or, Il convient de rappeler que le centre de santé répond juridiquement du droit privé et qu'il est par conséquent ni porté par le CH de Libourne ni par la Mairie de Coutras. C'est l'association nouvellement formée qui d'une part, loue les bâtiments à la commune et d'autre part, sollicite contre rétribution les moyens de l'hôpital pour sa gestion. Ainsi, ni l'hôpital ni la mairie ne devrait de façon bénévole, utiliser ses propres ressources pour assurer le bon fonctionnement de la structure. Pour aider la structure à son démarrage, il est forcé de reconnaître que chacun des deux protagonistes ont déjà effectué de nombreux efforts. Le CH n'a par exemple pas facturé au

centre toutes les prestations réalisées tout comme la mairie, bailleur du lieu d'implantation, n'a pas encore demandé de loyer au centre de santé.

Pour assurer la pérennité de l'association, il convient de séparer de ce qui relève de la responsabilité du bailleur (la mairie) et du prestataire de service (l'hôpital) de ce qui relève des prérogatives de l'association, et ce même si cette dernière est le fruit de la réunion des deux premiers.

## **3.2 Une reproductibilité soumise à de nombreuses conditions**

Le centre de santé de Coutras a su attirer des médecins généralistes de par une structure offrant des conditions d'exercice répondant aux volontés actuelles de pratique des jeunes générations de praticiens. Logiquement, on saurait attendre que ce modèle soit reproduit sur d'autres territoires présentant les mêmes difficultés d'offre de soins primaires. Toutefois, le contexte favorable à la mise en place de cette structure questionne sur sa reproductibilité dans d'autres zones de la région.

### **3.2.1 Un contexte local facilitant**

Le bassin de vie de Coutras présente des avantages certains. En effet, il bénéficie d'une proximité et d'une attraction préférentielle avec un centre hospitalier dont la santé économique permet le portage d'un dispositif innovant de ce type, ce qui n'est pas le cas de tous les territoires. De même, la commune est facilement accessible depuis Bordeaux, par voie routière ou ferroviaire. Cette caractéristique fut un critère d'attractivité majeur selon les médecins du centre. Situé à moins d'une demi-heure de train et à moins d'une heure de route, les temps d'allers-retours quotidiens sont suffisamment acceptables pour concilier une journée de travail à Coutras et un lieu de résidence dans la métropole. Cet aspect n'est, pour sûr, pas reproductible dans tous les territoires déficitaires.

« On a eu de la chance ». Par ces propos, M. JAMBON souligne le fait qu'en plus de ce contexte favorable, le lieu même du centre de santé fut une aubaine pour le projet. En effet, la mairie a pu pour un prix modique disposer d'un bâtiment, qui de par son ancienne utilisation, se prêtait naturellement à l'installation du centre. Dans d'autres territoires ne disposant pas de ce type d'installation, la construction *de novo* d'un centre de santé aurait considérablement alourdi la charge financière du projet pour la commune.

Véritable « parcours du combattant », la sollicitation de subventions publique a permis d'aider au financement des travaux nécessaires à la rénovation du centre. Selon M.



JAMBON, le peu de visibilité sur l'existence de ces dernières et sur la façon de les obtenir nécessite de sérieuses compétences en interne. La mairie de Coutras, de par la taille de son équipe administrative, avait en son sein les personnes disposant de cette capacité. Il est moins sûr que, pour des communes de taille moins importante, il eût été aisé de solliciter autant d'aides publiques, *a fortiori* dans un contexte de raréfaction des aides aux collectivités locales. La taille de la commune, ainsi que sa santé économique et les ressources administratives de sa mairie sont un critère important dans la réussite d'un tel projet.

De fait, la transposition d'un tel dispositif sur un autre territoire doit satisfaire des critères assez restrictifs qui sont donc d'une part une structure hospitalière en capacité de répondre à la gestion d'un centre de santé et d'autre part une collectivité territoriale assez importante pour accompagner ce type de projet.

### **3.2.2 Une implication importante de tous les acteurs**

Comme nous l'avons vu, le projet de centre de santé de Coutras a demandé de la part de toutes les parties prenante une dépense conséquente de moyens humains et financiers.

Les conditions d'une co-construction supposent de multiples rencontres des protagonistes et la rédaction de nombreux documents qui doivent sans cesse être amendés en fonction des contraintes et volontés de chacun. La communication est donc au centre de la réussite d'un tel projet. Cette dernière est d'autant plus difficile qu'elle met en relation des individus issus de mondes, sinon opposés, totalement différents. Que ce soit entre administratifs et professionnels de santé, acteurs de l'hôpital public et praticien issu du monde libéral, collectivités locales et institutions de santé, la communication peut parfois être difficile tant le langage, les contraintes, les aspirations et l'histoire de chacun diffère. Un des points qui selon les acteurs, a pu permettre une bonne cohésion tout le long du projet fut la présence de personnes dites « pont », capable de faire le lien entre chacune des parties. On peut citer, notamment, la présence d'un médecin au sein des représentants de l'ARS, disposé à faciliter l'adhésion des médecins généralistes du projet, tout comme figure parmi les adjoints au maire, un ancien directeur d'institut médico-éducatif, rompu au langage hospitalier, rendant plus aisé la communication entre l'établissement de santé et la commune. Il ne faut pas oublier non plus le dynamisme de chacun des acteurs, conscient de la nécessité d'une offre de soins primaires sur la ville, et disposé à utiliser leurs ressources interne pour favoriser la naissance du projet. Tout cela nous amène à supposer qu'au-delà des institutions, la volonté même des individus a concouru à l'ouverture du

centre de santé de Coutras. Une certaine crainte, de l'avis des personnes interrogées, ressurgit quand on évoque l'avenir du centre dans l'hypothèse où un changement s'opérerait à la tête de la mairie au gré des échéances électorales ou d'une réorientation de la politique de l'hôpital, ou bien d'un départ massif des médecins du centre. De même, on peut se questionner sur les capacités de l'ARS à réitérer avec la même ampleur, l'accompagnement à la fois humain, mais également financier sur d'autres projets similaires.

Pour finir, la reproductibilité du modèle de Coutras dépendra forcément de la réussite du projet père. En effet, le meilleur moyen de motiver les différents acteurs, institutionnels ou non, autour d'un projet similaire, repose avant tout sur l'existence d'un précédent dont le succès est effectif. Fort de ses premiers mois d'activité et conscient des améliorations à poursuivre, le centre de santé de Coutras a tout de même des chances de réussir le pari tenu plus de deux ans auparavant.



## Conclusion

Le centre de santé de Coutras, incarne l'aboutissement d'un projet issu d'une co-construction entre les institutions de la santé, le monde hospitalier, les professionnels de santé et les collectivités locales. Fruit de plus de deux ans de travail commun, l'ouverture du centre le 1er septembre 2017 symbolise la concrétisation de cette co-construction. La réussite majeure de ce projet est d'avoir pu recruter, alors que les initiatives précédentes étaient restées infructueuses, quatre médecins sur un territoire en difficulté. Pour cela, il a fallu cerner ce qui constitue aujourd'hui les conditions d'attractivité des jeunes médecins généralistes. En dehors de ce constat, cela supposait également une analyse poussée des raisons pour lesquelles les dispositifs existants n'apportent pas une réponse satisfaisante à la problématique des zones sous-dotées. Enfin, le centre a été réfléchi comme étant un exemple de dispositif incarnant le développement du lien Ville-Hôpital. En dévoluant, en pratique, la gestion du centre à un établissement de santé, le projet de Coutras confirme la volonté actuelle de confier à l'Hôpital le rôle d'acteur territorial. Cette démarche s'inscrit dans une conception des soins de type « parcours » traduisant la nécessité d'une action hors-les-murs de l'hôpital et d'une articulation des professionnels du monde hospitaliers avec ceux du monde ambulatoire.

Après plusieurs mois d'activité, force est de constater qu'un certain décalage existe entre le modèle annoncé et les réalités du fonctionnement quotidien. Si l'on ne peut douter de l'engagement sans faille des acteurs du projet ni des conditions d'exercice propices à un recrutement médical pérenne, des contraintes non prévues initialement doivent soulever quelques questionnements. Ainsi, l'équilibre économique apparaît comme un défi peut-être plus difficile qu'il n'y paraissait initialement. Parmi les éléments explicatifs, on peut souligner la porosité faible du monde hospitalier et du monde ambulatoire. Cette faible interconnexion apparaît comme le fruit de différences d'ordre juridique, économiques et organisationnelles de part et d'autre de cette frontière fictive rendant difficile la gestion d'un centre de santé par un acteur hospitalier, a fortiori dans un contexte macro-économique et démographique tendu au sein de chaque secteur. On peut citer également une certaine rigidité des modes de rémunérations, contraignant le centre à se fondre dans un carcan organisationnel parfois difficilement réalisable et non pertinent.

Dans ce sens, l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ouvre maintenant de nouvelles perspectives. Ce nouveau texte vise à favoriser des dispositifs innovant en dérogeant aux financements conventionnels dès lors que l'expérimentation vise à améliorer la pertinence et la qualité des prises en charge, la coordination des acteurs

et le parcours-patient, l'efficacité du système de santé ou l'accès aux prises en charge. Dans cette optique, des projets d'offre en soins primaires commencent à germer, notamment en région Nouvelle-Aquitaine. L'idée sous-jacente est de pouvoir permettre à certains hôpitaux de créer des plateaux de médecine général, pouvant être accessible à des médecins libéraux, tout en bénéficiant des financements relatifs à l'exercice pluriprofessionnel, et ce sans s'organiser en SISA ou en centre de santé. Contre redevance versée à l'hôpital par le médecin libéral, l'établissement s'occupe alors de la gestion des locaux et des charges administratives, facilitée par mutualisation plus aisée que pour le centre de santé de Coutras, et avec moins de charges sociales en raison du statut non salarié du praticien. Le praticien, tout en gardant l'indépendance du statut libéral, n'a pas les contraintes liées à la création et portage d'une MSP. L'article 51 ouvre donc la porte à des organisations moins rigides juridiquement et donc, plus adaptables aux contraintes locales et davantage favorables à des expérimentations diverses et des initiatives locales.

Par ailleurs, nous pouvons également prendre du recul sur cette nécessité absolue d'un équilibre économique pour une structure telle que celle de Coutras. En effet, les pouvoirs publics auraient peut-être intérêt à subventionner davantage ce type dispositif pour garantir à la population un accès au soin égal sur tout le territoire. Sur un plan médico-économique, les frais occasionnés par les retards diagnostics, les prises en charge interrompues et les hospitalisations évitables, conséquence d'une absence de maillage satisfaisant en offre de soins primaires ont des chances d'être supérieur à ce que les pouvoirs publics dépenseraient dans des dispositifs similaires à celui de Coutras.

Auparavant dénommé parcours de « soins », il est aujourd'hui plus correct de parler de parcours de « santé » et même de parcours de « vie »<sup>61</sup> à mesure que l'on prend la pleine mesure d'une vision globale de la santé, tant dans sa dimension environnementale que temporelle. Si les centres de santé, de par leur construction historique, affichent au cœur de la prise en charge de leurs patients le rapprochement des mondes sanitaires, médico-sociaux et sociaux, l'objectif semble en pratique difficile d'atteinte. Pour le projet de Coutras, la cible première était d'assurer une offre de soins primaires pour le territoire. Si l'offre de soins est en passe d'être garantie, la dimension de santé publique attenante au concept de soins primaires mettra encore du temps à se développer. Il serait par ailleurs inadéquat de confier intégralement ce rôle au médecin généraliste, tant les missions lui incombant sont déjà conséquentes. En dehors des seules professions de santé au sens du CSP, il apparaît donc pertinent que d'autres professionnels puissent participer aux missions dévolues à un centre de santé. L'unification du « *cure* » et du « *care* » passera véritablement par un

---

<sup>61</sup> « Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie », ARS, 2012

décloisonnement allant bien au-delà de la seule pluriprofessionnalité définie par les administrations de la santé et les financeurs du système de santé.

Enfin, le projet de centre de santé de Coutras s'est construit grâce aux apports d'acteurs issus de différents horizons, qu'ils soient administratifs, professionnels de santé, politiques ou professionnels du droit. Curieusement, un seul acteur n'a jamais été évoqué dans ce mémoire : le patient. Il convient donc de conclure ce travail par un questionnement autour de son point de vue, si tenté qu'il soit possible de l'évoquer au singulier. Les évolutions sociétales, les problématiques de démographie médicale, les impératifs économiques et bien d'autres facteurs ont conduit les organisations de soins primaires à évoluer de l'exercice d'un médecin isolé vers des dispositifs pluriprofessionnel collectifs. Bien qu'apportant une réponse à ce qui est perçu médiatiquement et populairement comme des « déserts médicaux », les nouveaux dispositifs ne sont pas sans modifier la relation soignant-soigné. En entraînant des changements réguliers d'interlocuteurs médicaux et en favorisant le partage des informations entre professionnels, le colloque singulier fondateur de la médecine française est en passe de laisser sa place à un colloque collectif, mettant en jeu un nombre croissant de professionnel, avec les risques que cela comporte en terme, même si paradoxal, de rupture de suivi et de brisement du secret médical. Plus que jamais, la consultation du patient, et plus généralement du citoyen, est impératif, afin de donner un sens au concept contemporain, encore un peu flou, de démocratie sanitaire.



---

# Bibliographie

---

## Articles

- Baudier, François. « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », *Questions d'économie de la santé*, no. 157, 2010, pp. 1-6.
- Bourgueil, Yann. « Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux », *Revue française des affaires sociales*, no. 3, 2010, pp. 11-20.
- Bourgueil Y, Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, Pierre A. « Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne », *Questions d'économie de la santé*, No 147
- Colin, Marie-Pierre, et Dominique Acker. « Les centres de santé : une histoire, un avenir », *Santé Publique*, vol. vol. 21, no. hs1, 2009, pp. 57-65.
- Crismer, André, Jean-Luc Belche, et Jean-Luc Van der Vennet. « Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne », *Santé Publique*, vol. vol. 28, no. 3, 2016, pp. 375-379.
- Hassenteufel, Patrick. « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les Tribunes de la santé*, vol. 18, no. 1, 2008, pp. 21-28.
- Herzlich C., « Libérale (médecine) », in : Lecour D. (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUF, coll. Quadrige, 2004, pp. 681-684.
- Le Fur, Philippe « Le temps de travail des médecins généralistes », *Questions d'économie de la santé*, no. 144, 2009, pp. 1-8.
- Leicher, Claude. « Le médecin libéral en 2010 », *Les Tribunes de la santé*, vol. 28, no. 3, 2010, pp. 55-63.
- Pinell, Patrice. « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 156-157, no. 1, 2005, pp. 4-36.
- « Milieu rural et souhaits d'exercice des internes de médecine générale », *Pour*, vol. 214, no. 2, 2012, pp. 131-138.
- Tabuteau, Didier. « Éditorial », *Les Tribunes de la santé*, vol. 57, no. 4, 2017, pp. 5-6.
- Vigneron, Emmanuel. « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », *Les Tribunes de la santé*, vol. 38, no. 1, 2013, pp. 41-53.

## Thèses

- Cairey-Remonnay, Bruchon « Les facteurs favorisant et freinant le montage des maisons de sante pluriprofessionnelles en Franche-Comté », 2012
- Chho, Carine « Les changements comportementaux induits par la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) », Université Paris XI, 2014
- De Haas, « Monter et faire vivre une maison de santé. Brignais (Rhône): Le Coudrier », 2010.
- Grassaud, Marie-hélène « Déterminants du choix du lieu d'installation en zone déficitaire pour les internes ayant souscrit au contrat d'engagement de service public », 2013
- Texier, Hélène. « Étude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des maisons de santé pluriprofessionnelles auprès des internes et jeunes diplômés de médecine générale d'Aquitaine. », *Médecine humaine et pathologie*, 2013.
- Tixador, Jean-Christophe, « Clientèle médicale et exercice en société des médecins » Droit, Université d'Avignon, 2010.

## Rapports et études

Romain GALLARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Sciences Po Rennes – 2017 - 2018



- « Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires », Rapport du sénat, 2018
- « Atlas de la démographie médicale », CNOM, 2014
- « Atlas de la démographie médicale en France 2017 », CNOM, 2018
- « Baromètre santé médecins généralistes », INPES, 2009
- « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », DREES, 2017
- « Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale », ISNAR-IMG, 2014
- « Données sur les contrats d'engagement de service public-étudiants et internes en médecine », CNG, 2017
- « Etude sur les exercices collaboratifs des médecins généralistes en Aquitaine », ARS Nouvelle-Aquitaine - URPS NA - Assurance Maladie – ISPED - Université de Bordeaux, 2016
- « La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille », WONCA-EUROPE, 2002
- « Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention », CNAM, 2009
- « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain », IGAS, 2013
- « Les étudiants en médecine placent la qualité de vie au cœur des préoccupations pour leur avenir », appel medical search, 2017
- « Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais », OMS, 2008
- « L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 », IRDES, 2014
- « Pacte Territoire Santé, des mesures concrètes pour lutter contre les déserts médicaux », Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2010
- « Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie », ARS, 2012
- « Panorama de la santé », DREES, 2017
- « Pour l'avenir de la santé - de la grande consultation aux propositions », CNOM, 2015
- « Rapport sur la situation des centres de santé : fonctionnement et analyse financière », IGAS, 1990
- « Remplact 3 », ReAGJIR, 2016
- « Sondage SOFFRES de juin 2013 auprès de 1599 internes d'Île-de-France », SIHP, 2013
- « Tableau comparatif des différents statuts juridiques existants », PAPS ARS Ile-de-France, Vega, Anne « Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux », DREES, 2009

### **Textes législatifs et réglementaires**

- Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine
- Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016
- Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles
- Arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé
- Article L6323-3 du CSP
- Article R4127-97 du code de la santé publique
- Décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains
- Instruction N° DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé
- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

### **Sites Internet**

- <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>
- <https://www.scansante.fr/>,
- <https://www.insee.fr/>,
- <https://www.lequotidiendumedecin.fr/>  
« Forte hausse de la rémunération en maison de santé : 66 000 euros en moyenne par structure », Le quotidien du médecin, 04/06/2018

### **Ressources internes aux centres de santé de Coutras**

- Projet de santé et règlement intérieur
- Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- Contrats de travail des médecins
- Budget prévisionnel
- Suivi financier
- Protocole de coopération et conventions
- Comptes rendus des comités de pilotage

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE I : Grille d'entretien médecin

ANNEXE II : Grille d'entretien Direction du Centre

ANNEXE III : Plan du centre de santé de Coutras

## **Guide d'entretien : Médecin**

### **I. Profil du médecin:**

- Quel âge avez-vous ?
- Quel a été votre parcours ?
  - Lieu d'étude
  - Précédents type et lieu d'exercice (remplacement, exercice libéral en cabinet ou MSP, centres de santé,)
- Ou habitez-vous ? Comment faites-vous pour venir au centre ?
- Quel est le métier de votre conjoint ? Où travaille-t-il ?
- Avez-vous des enfants ? Sont-ils scolarisés ?

### **II. Participation au projet**

- Comment avez-vous été mis au courant du projet de Coutras ?
- Que faisiez-vous alors ?
- Qui a été votre interlocuteur ?
- Quels sont les facteurs qui vous ont motivé à postuler ?
- Quels sont les points qui auraient pu vous démotiver ?
- Connaissiez-vous les autres candidats ?
- Comment jugeriez-vous la façon dont vous avez été impliqué dans le comité de pilotage ?
- Quelles ont-été vos relations avec l'ARS ? Le CH ? La mairie ? le Conseil de l'ordre ?

### **III. Exercice au centre de santé**

- Quelles sont vos horaires ?
- Quel est le temps moyen d'une consultation ?
- Avez-vous des plages de consultations non programmées ?
- Participez-vous à la PDSA ?
- Quelles sont les relations avec les autres médecins ? Avez-vous un temps dédié aux RCP ?
- Quelles sont vos liens avec les spécialistes du CH ? les professionnels de santé libéraux du territoire (IDEL, Kiné, dentistes, psy...) ? Avez-vous également des liens avec l'EHPAD de Coutras ? Avec le CMP ?
- En cas de soucis d'ordre logistique, qui est votre interlocuteur ?
- Qui s'occupe de votre rémunération ? Comment sont gérés les congés ?
- Quel est votre système d'information ? Est-il le même que le CH de Libourne ? Qu'en pensez-vous ?
- Comment sont pris les rendez-vous ?
- Est-ce vous qui facturez les actes ? Comment gérez-vous le tiers payant ? les ROSP ?
- Que pense votre patientèle du centre ?

### **IV. Perspectives**

- Où vous voyez-vous dans 3 ans ?

- Comment voyez-vous votre pratique évoluer ? Le centre de santé vous semble-t-il adapté à ces types de changement de pratique.
- Quels types de professionnels vous semble-t-il manquer actuellement dans le centre ?
- Recommanderiez-vous aux futurs professionnels de médecine générale de choisir ce type d'exercice ?
- Votre pratique est-elle adaptée à des objectifs de santé publique ?

1. Genèse et construction du projet :

- *Comment avez-vous été sollicité pour co-porter le projet de centre de santé de Coutras ?*
- *Comment avez-vous identifié le besoin à Coutras ?*
- *Quels bénéfices et quelles contraintes avez-vous tout d'abord visualisé ?*
- *Quel rôle avez-vous joué dans le comité de pilotage ?*
- *Comment êtes-vous rentré en contact avec la mairie ? Sous quelle forme ?*
- *Quels ont été les liens avec l'ARS quant à la genèse du projet ?*
- *Comment les médecins ont-ils été recrutés ? A quel moment ?*
- *Quelle communication a été faite auprès de la population ?*

2. Suivi du projet:

- *Gestion du tiers payant*
  - *A quel niveau se situe-t-il ? CdS ou CH ? Cb d'ETP alloué ? Quel logiciel/équipement nécessaire ? Quels sont les contraintes ?*
- *Accueil*
  - *Statut personnel d'accueil ? Cb d'ETP ? Quel est le rôle ? Qui s'occupe du standard ?*
- *Mise à disposition des services de direction*
  - *Qui s'occupe au quotidien de la gestion du centre ? Quel est le rôle du DAM ? Du DFIN ? De la Direction générale ?*
- *Gestion des paies*
  - *Est-elle mutualisée avec les gestionnaires du CH ?*
  - *Quelles sont les contraintes liées au particularisme du CdS Vs salariés du CH ?*

## 2. Relation avec les partenaires :

e. *Professionnels de santé*

*Comment est formalisé le dialogue avec les professionnels de santé ? Quel est l'interlocuteur du CH ?*

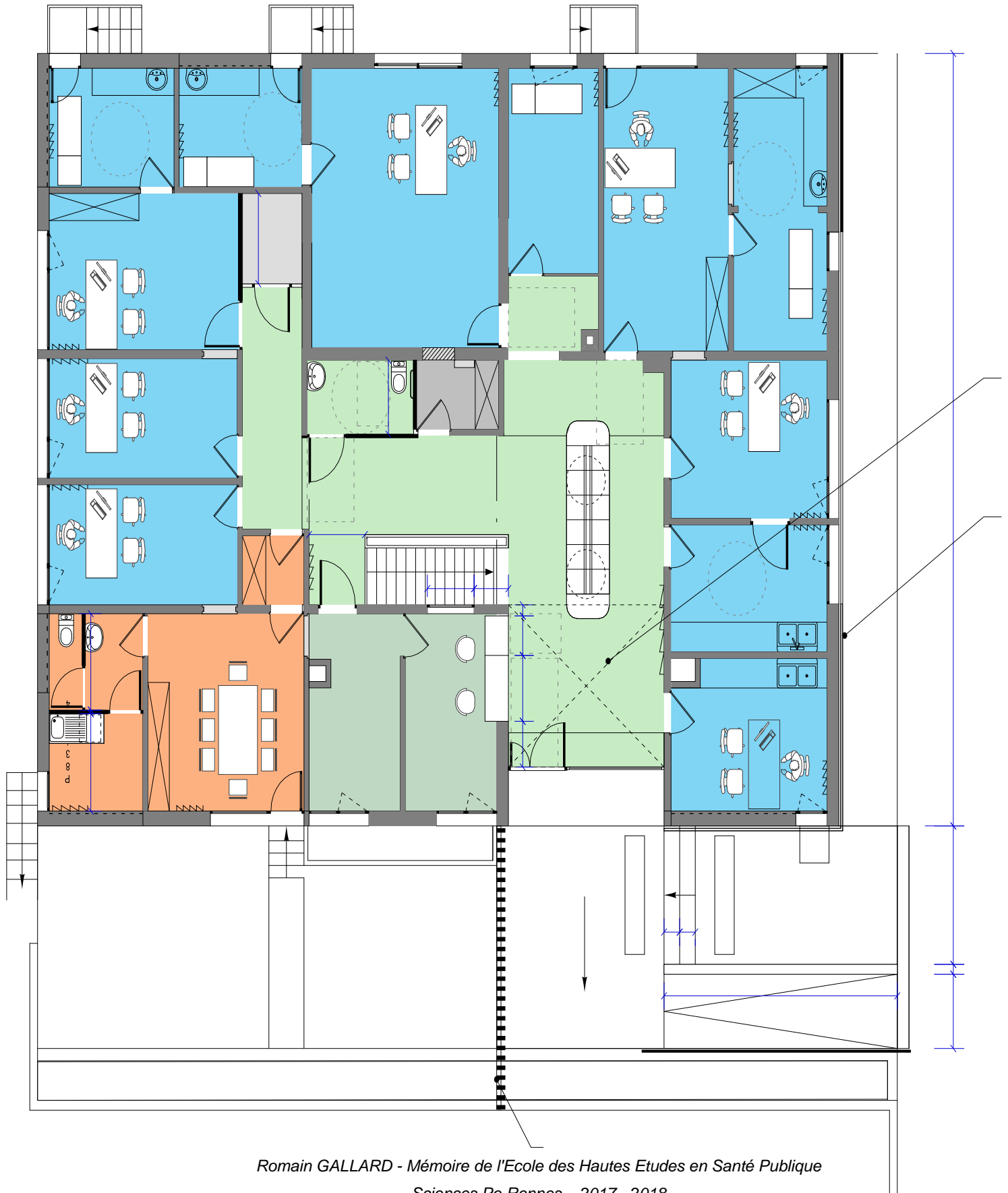
a. *Services de la mairie*b. *Autres Partenaires institutionnels (ARS, Sous-préfecture, Conseil départemental, CDOM)*3. Avantages et contraintes pour l'hôpital :

- *Viabilité économique*
  - *Le centre est-il viable économiquement ?*
  - *Sinon, quels sont les charges non compressibles ? Celles compressibles ?*
  - *Quelles sont les aides perçues par le centre de santé ?*
  - *Aides ARS*
  - *Subvention CPAM dans le cadre de l'accord national ? Contrat incitatif ? Calcul des ROSP ?*
  - *Quel niveau d'activité doit atteindre le centre selon vous ?*
- *Lien-ville hôpital*
  - *Avez-vous observé une augmentation de l'adressage des patients du territoire*

- *Communication et visibilité*

*Romain GALLARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

- *Y'a-t-il un numéro unique pour appeler le centre ? Quelles sont les horaires d'ouverture du standard ? Y'a-t-il un site internet ?*
- *Perspective de reproductibilité*
  - *Quels autres professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) sont susceptibles d'intégrer le centre ?*
  - *Quels autres types d'activité sont possibles pour le centre ? HdJ ou Éducation thérapeutique ?*
  - *Avez prévu d'ouvrir d'autres centres de santé selon le même modèle ?*





---

## Note réflexive

---

Avant développer mon ressenti sur le déroulement du stage et sur les éléments freinant ou facilitant la rédaction du mémoire, il convient de faire une brève présentation de mon parcours, afin d'expliquer ce qui m'a amené à postuler au Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique de l'EHESP.

Interne de santé publique et médecine sociale, j'ai choisi cette spécialité car elle me permettait d'approcher la santé dans sa globalité et de développer des compétences dans des domaines différents de la médecine anatomoclinique qu'on m'avait enseigné durant mes 6 premières années d'étude. Toutefois, ma connaissance de cette spécialité était partielle et superficielle, tant les possibilités de toucher à ce domaine pendant mes études ont été rares. Elles se résumaient à des enseignements en épidémiologie et en recherche clinique, symbolisés par l'épreuve de lecture critique d'article scientifique à l'examen classant national, et à un stage de 3 mois au sein du service d'hygiène hospitalière au CHU Henri-Mondor de Créteil. Pour exemple, je ne connaissais les ARS que par le fait qu'il faille leur envoyer les déclarations de maladies obligatoires lors de leur diagnostic. Je n'avais alors aucune idée de leurs rôles et leurs missions, tout comme celles d'aucune autre institutions du monde de la santé.

Ainsi, je débarquais en 2015 à Bordeaux dans l'esprit de me spécialiser en épidémiologie et en recherche clinique grâce au DES de santé publique. Ma volonté, à ce moment, était de réaliser une carrière hospitalo-universitaire dans ce domaine, étant particulièrement intéressé par la recherche et l'enseignement. Très vite, je fis la rencontre de Dr Benoît ELLEBOODE, conseiller médical du directeur général de l'ARS, qui lors d'une session de présentation des stages agréés en santé publique pour la subdivision, nous exposa le rôle d'un médecin dans une agence. Après cela, j'ai pu assister à de nombreux cours dispensé par ce dernier sur des thèmes diverses : Compétences et missions des ARS, acteurs du système de santé, micro et macro-économie du système de santé, grandes problématiques de santé publique, ... Mon intérêt pour les politiques de santé prenait alors forme.

Dans le même temps, il apparaissait que les débouchés professionnels pour les médecins de santé publique n'était pas aussi large qu'espérés<sup>62</sup>. Les études montrent que la majorité

---

<sup>62</sup> « Enquête sur le devenir des médecins spécialistes de santé publique », CLISP, 2012  
*Romain GALLARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

optent en effet pour une carrière hospitalière en médecin du département d'information médicale (DIM). En outre, les débouchés dans la voie hospitalo-universitaire semblaient flous tant les postes sont rares et *a fortiori* déjà pourvus.

A l'inverse, une filière de recrutement de médecins s'est construite à l'ARS Nouvelle-Aquitaine sous l'impulsion du Dr ELLEBOODE, après avoir pris conscience que les problématiques de démographie médicale, prégnantes chez les médecins cliniciens, touchaient également les administrations de la santé.

Après avoir effectué deux semestres d'internat à l'ARS Nouvelle-Aquitaine, la certitude de poursuivre dans cette voie était acquise. Comme tous mes co-internes de santé publique bordelais souhaitant se spécialiser dans les politiques de santé, je décidai de réaliser un master 2 dans ce domaine à l'école des hautes études en santé publique.

6 mois de cours à Rennes furent enrichissants. Habitué à évoluer dans mon parcours universitaire médical à côté d'étudiants partageant le même cursus, ce master me permit de me confronter avec des gens issus d'horizons radicalement différentes. Les travaux de groupes, incontournables dans cette formation, ont l'avantage de nous habituer à ce qu'est le quotidien d'une ARS. En effet, travailler dans une agence régionale de santé implique de savoir œuvrer de concert avec des professionnels différents, qu'ils soient professionnels de santé, directeurs d'hôpitaux, inspecteur des affaires sanitaires et sociales, professionnels du droit, personnes issues du milieu associatifs, etc. Cette pluriprofessionnalité fait par ailleurs écho à celle qui a dû s'imposer, non sans difficultés, dans le cadre du projet du centre de santé de Coutras. Preuve est que ce mélange des univers n'est pas sans heurts tant les codes de langage, les cadres cognitifs et les façons de concevoir le travail peuvent varier d'une profession à l'autre. Ces dissensions sont observables régulièrement au cours des différentes réunions auxquelles j'ai pu participer, tant pour celles conviant des acteurs extérieurs à l'ARS que pour des réunions internes. Il est ainsi important de remarquer que la pluriprofessionnalité que l'on souhaite imposer aux professionnels de santé dans leur exercice n'est pour autant pas complètement intégré dans les institutions, ceux-là même qui souhaitent la promouvoir.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine offre des conditions d'accueil pour les internes de santé publique très satisfaisantes. Nous étions trois internes dans le même bureau, disposant chacun d'un espace de travail offrant le nécessaire : Eléonore, avec qui je suis parti à Rennes pour le Master et Simon, interne de santé publique de Nantes ayant également effectué le Master

PPASP l'année précédente. D'autres internes effectuaient également leur semestre au sein de l'agence, mais dans des bureaux distincts. Un interne était par ailleurs présent au sein de la cellule d'intervention en région (CIRE) de Santé Publique France, dont les bureaux sont situés au sein du même bâtiment que l'ARS.

Il m'a toujours semblé important de rester transversal dans ma manière d'aborder mes stages au sein de l'ARS. Ainsi, dans une perspective de travail au sein d'une délégation départementale, il est préférable de connaître toutes les missions relatives à la fonction de médecin :

- Les missions très régaliennes d'inspection, de contrôle et d'évaluation. La présence d'un médecin est particulièrement requise pour celles nécessitant la consultation de dossiers médicaux.
- Les instructions de dossiers d'autorisations délivrés par l'ARS, et les visites de conformité à réaliser en suivant.
- Les coupes PATHOS (Outil d'évaluation des besoins de soins techniques pour les personnes âgées) qui s'apparentent à un contrôle de l'adéquation entre les prises en charge dont ont besoin les personnes âgées dépendantes et les moyens dont bénéficient les EHPAD
- L'analyse de l'activité des établissements et leur suivi.
- La veille sanitaire
- La gestion des plaintes, des réclamations et des événements indésirables remontant à l'Agence
- La participation à l'organisation du premier recours, à travers l'accompagnement des MSP et des centres de santé
- L'accompagnement de contrats locaux de santé.
- La réalisation et le suivi d'appel à projet, dans le secteur sanitaire, médico-social, ou en prévention et promotion de la santé.

Ainsi, mon activité ne s'est pas restreinte à mon sujet de mémoire. On peut, par exemple, souligner que notre passage à l'ARS coïncidait avec l'épidémie majeure de rougeole sur la région Nouvelle-Aquitaine. Ainsi, nous fûmes logiquement mis à contribution pour sa gestion. Il s'agissait notamment de contacter tous les cas, pour limiter la propagation du virus et protéger les populations à risque de complication. Nous dûmes également participer à la mise en place d'une campagne de vaccination sur toute le Campus Universitaire de Talence-Pessac, point de départ potentiel de l'épidémie, et dont la population étudiante présente une couverture vaccinale non satisfaisante.

Durant mon stage, j'ai initialement été encadré par Benoît ELLEBOODE avec qui j'étais notamment en lien sur le projet de Coutras. Après son départ de l'agence pendant le stage, j'ai pu être accompagné par Xavier BEILLEVAIRE, IASS au sein de la délégation départementale de Gironde, également en charge du suivi du centre de santé de Coutras. Pierre-Antoine FOUGEROUSE, ancien étudiant du PPASP et actuellement médecin au sein de la direction de l'offre de soins et de l'autonomie à l'ARS Nouvelle-Aquitaine, prît également le relai en tant que responsable médical du stage. Il n'y pas eu de souci majeur à ce changement. En effet, le Dr ELLEBOODE continuait d'être disponible après son départ de l'agence tandis que Xavier BEILLEVAIRE et le Dr FOUGEROUSE se sont rendus directement disponibles et bienveillants à mon égard.

J'ai pu bénéficier d'un accompagnement adéquat pour appréhender mon sujet de mémoire. J'ai pu alors débiter les entretiens avec les différents protagonistes.

Le déroulement des entretiens, bien que satisfaisant dans l'ensemble, présentèrent tout de même quelques difficultés.

Ainsi, j'ai pu par moment ressentir un problème de positionnement dans mon approche avec les acteurs. En effet, il est parfois difficile d'apparaître comme tout à fait neutre auprès de son interlocuteur lorsqu'on est « étiqueté » comme travaillant pour l'institution qui finance le projet. Ainsi, il me fut difficile, par exemple, d'enregistrer l'entretien collectif avec les trois représentants du CH de Libourne, en charge de la gestion du centre de santé. La raison fut ma peur, peut être non fondée, que cet enregistrement n'encouragerait pas mes interlocuteurs à une parole libre. Etant donné que ma position d'« émissaire » de l'ARS constituait déjà un frein, il me semblait à ce moment qu'il ne fallait pas davantage les inquiéter. D'un autre côté, être stagiaire au sein de l'ARS a pu m'ouvrir les portes plus facilement. En effet, il m'a été facile de rencontrer les protagonistes et ces derniers m'ont mis à disposition tous les documents dont j'avais besoin pour la rédaction de ce mémoire. Je ne sais pas si cela aurait été aussi aisé en tant qu'étudiant en stage dans une autre structure. En outre, d'un point de vue personnel, la quête d'une neutralité nécessaire à réalisation d'un travail universitaire me parut difficile dans la mesure où je faisais partie d'une institution partie prenante du projet. De mon avis, un mémoire de master de ce type a constitué un défi difficile, tant il fallait osciller entre la nécessité de rendre un travail se voulant utile à l'institution m'ayant mandaté et le recul fondamental à la réalisation d'un mémoire universitaire se voulant le plus objectif possible.

Plus largement, le positionnement adéquat est une difficulté majeure d'un médecin d'agence régionale de santé. En effet, il est nécessaire de prendre conscience que, comme

tous les agents, le médecin doit se mettre au service de l'intérêt général. Ainsi, cela implique parfois d'aller à l'encontre de son avis personnel et de suivre les prises de décision de l'institution. Or, comme souligné dans le mémoire, la profession médicale s'est construite autour du colloque singulier et de la prise de responsabilité individuelle. Il est donc difficile parfois pour un médecin d'ARS, de se conformer avec l'avis de l'agence, et ce d'autant plus qu'il n'est pas en responsabilité directe mais officie bien souvent en tant que conseiller. Ce positionnement est d'autant plus difficile qu'il doit parfois aller à l'encontre de l'intérêt de confrères. Dans un cursus où le corporatisme est prégnant, cela peut parfois être problématique.

Au début de mon cursus, je redoutais quelque peu le jugement du reste de la profession. Si certains médecins, hostile idéologiquement à toute intervention de l'Etat dans l'organisation du système de santé, considèrent qu'un médecin ne doit pas travailler en ARS, d'autres au contraire, apprécient le fait qu'il y ait un relai de confiance dans l'institution. D'une manière générale, il me semble que les jeunes générations de soignants ont conscience, dans le contexte économique actuel, de la nécessité d'une régulation du système, sans pour autant porter atteinte à la qualité des soins. Ainsi, la présence médicale dans les administrativement est perçue dans l'ensemble comme un gage de sécurité par la plupart des cliniciens

La perte de l'aspect clinique constitue également une difficulté pour les médecins d'ARS, *a fortiori* pour ceux ayant déjà exercé par le passé. De mes observations, l'écueil le plus perceptible est incarné par le refus de participer aux missions ne présentant pas de dimension clinique pure (comprendre les missions où il n'y aurait pas de consultations de dossier de patients, d'expertise médicale spécifique, de veille sanitaire, ...). Or, de mon avis, il convient de considérer la profession de médecin d'ARS de la même façon que tout autre médecin de santé publique, à savoir une spécialité d'interface. Le médecin de santé publique n'est pas un expert. Par contre, il doit savoir comprendre les contraintes de chacun des protagonistes du système de santé, les mettre en articulation et faire des liens entre les professionnels. Il doit ainsi être à l'aise, de par les compréhensions de tous les langages, médicaux ou non, dans chaque secteur du système de santé français. C'est sa capacité à comprendre les enjeux du secteur hospitalier, des soins de premier recours, du monde médico-social et de la prévention/promotion de la santé, qui lui permettra d'avoir un impact positif sur le système de santé, avec pour objectif asymptotique une égale prise en charge de la population sur tout le territoire et indifféremment de sa catégorie socio-économique.

Si le système de santé peut s'apparenter à un corps humain avec pour organes les différents acteurs et pour physiologie les textes de lois régissant les rapports des acteurs entre eux, on peut également comparer le fonctionnement des ARS avec celui des établissements de santé publics. Premièrement, leur composition est relativement similaire même si les proportions diffèrent sensiblement. Ainsi dans les ARS comme dans les hôpitaux, on retrouve des directeurs (DH, D3S), des attachés et d'autres agents administratifs, mais également des médecins, des infirmiers et des pharmaciens. Le même fonctionnement en « silo » caractérise l'organisation des deux types de structures, avec pour les ARS des directions et des pôles (offre de soins et autonomie, santé publique, financement, direction des territoires, ...) et pour les hôpitaux des pôles et des services. De la même façon que les hôpitaux publics, les ARS sont soumis à des contraintes économiques menant à des réductions d'effectifs conséquentes. Ainsi, pendant mon stage à l'ARS, le directeur général a dû annoncer une baisse des effectifs de 20% en deux ans. Ainsi, nombre de départs en retraite ne seront pas remplacés et nombre de contrat temporaires ne seront pas renouvelés.

Cette situation aboutit, de mon avis, aux mêmes tensions que celles observables dans les établissements de santé, à savoir un épuisement chez certains agents ainsi qu'une perte du sens de leur travail chez d'autres. Ce dernier sentiment est particulièrement présent chez ceux qui ont connu le temps des DDAS et qui par conséquent ont assisté à de nombreuses évolutions et réorganisations, influençant de fait l'étendue de leurs missions. Cette baisse d'effectif risque à nouveau de redistribuer les cartes de par l'abandon de certaines missions et la création de nouvelles.

Dans ce contexte de baisse d'effectif, la filière attractive mise en place pour recruter des médecins au sein de l'ARS Nouvelle-Aquitaine peut parfois être mal vécue au sein de l'agence, tant la situation pour d'autres corps de métier est difficile.

De même, les ARS ont été créées dans le but de rassembler dans la même institutions certaines missions autrefois prises en charge par les services déconcentrés de l'Etat et par les organismes de l'assurance Maladie. Ainsi, de par le fait qu'elles soient venues se substituer à différentes institutions publiques, comme privées, les ARS disposent de la capacité de recruter ses agents selon différents types de contrats. Notamment, elle a le droit d'avoir dans son effectif une proportion d'agents sous contrat-Assurance Maladie et ce pour tout type d'agents (administratif comme médecins). Ces contrats étant particulièrement avantageux, tant sur la rémunération que sur les avantages en nature, cela peut susciter certaines tensions entre ceux qui en bénéficient et ceux qui n'en bénéficient pas, qui plus est à poste égal.

A l'inverse de l'hôpital, les directions et les pôles à l'ARS Nouvelle-Aquitaine sont rarement occupés par des médecins. Par ailleurs, il n'y a logiquement pas d'équivalent de commission médicale d'établissement. En outre, il ressort après mes différents stages au sein de l'agence, que peu d'espaces existent pour que les médecins puissent partager leur pratique. En effet, l'exercice de groupe n'a pas encore fait son chemin dans les administrations de la santé.

En outre, du fait d'une taille de région conséquente, nombres de missions doivent être assurées par les délégations départementales, avec un appui du siège. Or, la démographie médicale est d'autant plus difficile dans ces endroits, comme dans toutes les disciplines médicales. Ainsi, des manques de médecins sont tangibles dans les délégations de la Dordogne, du Limousin, des Landes, de la Charente, etc. Ainsi, les médecins sont souvent seul à officier dans ces territoires. Le manque de contact avec les confrères du siège est un réel problème car il ne permet pas d'une part, de concourir à améliorer les compétences de ces médecins, et d'autre part, de rassurer un jeune spécialiste de santé publique voulant travailler au sein de l'ARS.

Dans ce sens, la filière de recrutement d'internes de santé publiques, ayant eu le même parcours et la même formation aidera probablement à construire un réseau de partage des pratiques au sein de l'agence. Toutefois, il faudra veiller à bien intégrer les autres médecins dans cette réflexion de façon à ne pas créer une séparation, au sein même du corps médical. Il faut ainsi mettre en lumière cette complémentarité entre d'une part, les jeunes médecins de santé publique et d'autre part, les anciens cliniciens reconvertis en médecin d'administration. De la même manière que la pluriprofessionnalité promue actuellement, la diversité des parcours est une plus-value dont chacun doit se nourrir.

---

# Bibliographie

---

« Enquête sur le devenir des médecins de santé publique », CLISP, 2012



<b>GALLARD</b>	<b>Romain</b>	<b>&lt;Date du jury&gt;</b>
<b>Master 2</b>		
<b>Pilotage des politiques et actions en santé publique</b>		
<b>Des nouveaux modes d'organisation en soins primaires pour répondre aux problématiques de démographie médicale : l'exemple du centre de Santé de Coutras</b>		
<b>Promotion 2017-2018</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Les problématiques de démographie médicale conduisent à proposer des nouveaux types d'organisations de soins primaires, attractifs pour les professionnels de santé. Le centre de santé de Coutras, ouvert en septembre de 2017, s'est construit autour cette volonté d'offrir des conditions d'exercice en adéquation avec les aspirations des jeunes générations de médecins généralistes.</p> <p>L'objectif de ce mémoire est de réaliser un état des lieux des facteurs d'attractivité des jeunes praticiens de médecine générale, d'analyser les différents dispositifs mis en place pour solutionner la pénurie d'offre de premier recours dans les territoires les moins dotés et d'étudier, à travers l'exemple du centre de santé de Coutras, la mise en place d'une structure innovante.</p> <p>En s'appuyant sur des entretiens réalisés auprès des acteurs du projet et sur données issus de la littérature et des documents connexes à la mise en place de la structure, nous pouvons montrer que le Centre de santé de Coutras demeure une réussite en termes de recrutement médical. Toutefois, il convient également de mettre en lumière les améliorations nécessaires à la pérennité du modèle, sur le plan économique et organisationnel.</p>		
<p><b>Mots clés :</b> Soins primaires, centre de santé, démographie médicale, attractivité médicale, exercice coordonné</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		