



---

**Master 2**

**Promotion de la santé et prévention**

**Promotion : 2018-2019**

---

**Le paradoxe des centres de santé :  
Comment un modèle qui semble idéal  
reste-t-il marginal ?**

---

Mélanie PLAS

Juillet 2019

*Sous la direction de  
François-Xavier SCHWEYER*



---

## Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier la direction du Master 2 Promotion de la santé et prévention, et particulièrement Mme Guével, de m'avoir permis de me réinscrire cette année pour terminer mon cursus.

Un grand merci à Solène d'être à mes côtés depuis deux ans dans cette reprise d'études et de m'avoir permis, dans les embouteillages de sortie de plage de Cancale, d'élaborer sur ce que j'étais venue chercher dans ce Master 2 et ce qui me restait à creuser. C'est grandement grâce à toi que je termine ce diplôme, contente d'avoir pu travailler sur un sujet qui me tient à cœur.

Je remercie l'association du centre de soins Joséphine Le Bris à Combourg de m'avoir accueillie en stage et de m'avoir permis de découvrir les centres de santé. Merci également à toutes les personnes que j'y ai rencontrées, avec lesquelles j'ai pu échanger et qui ont nourri mes réflexions et mon mémoire.

Merci encore à Mme Guével ainsi qu'à Mme Sopadzhyan de m'avoir accordé du temps pour échanger sur mon pré-projet de mémoire.

Merci à M. Schweyer d'avoir accepté de diriger mon mémoire, malgré des délais serrés. Merci de m'avoir permis de progresser dans ma réflexion et de m'avoir encouragé dans la rédaction. Vous avez su trouver les mots pour que l'élaboration de ce mémoire soit un plaisir, ce qui était mon objectif.

Merci à tous ceux qui ont pris le temps de me lire pour m'apporter leurs impressions, corrections et remarques : Virginie, Solène, papa, Maxime, Raphaëlle et Guigui. Merci à Léo-Paul et Mme Garond pour l'aide dans la pagination.

Merci enfin à Fred et Léon de m'avoir entourée et à Jimmy d'avoir attendu que j'aie fini mon mémoire pour venir au monde.



---

# Sommaire

---

1	Introduction.....	1
1.1	Les centres de santé dans le paysage actuel de transformation du système de santé en France .....	1
1.1.1	Une nouvelle attention pour les soins de ville .....	1
1.1.2	Présentation de deux offres de soins de ville .....	2
1.1.3	Les centres de santé dans le paysage de l'offre de soins de ville .....	3
1.1.4	Les exigences concernant l'offre de soins de ville dans le cadre du Plan « Ma santé 2022 » .....	3
1.2	Mon stage au sein d'un centre de santé : mission et questionnements .....	4
1.2.1	L'association du centre de soins Joséphine Le Bris et son territoire .....	6
1.2.2	Premiers enjeux concernant les centres de santé.....	7
1.2.3	Les apports des centres de santé à la population .....	8
2	Méthodologie de l'étude.....	10
3	Les centres de santé : la découverte d'un objet spécifique .....	13
3.1	L'objet « centre de santé » .....	13
3.1.1	Les types de centres de santé et leurs missions.....	13
3.1.2	Les implantations géographiques des centres de santé.....	15
3.2	Les spécificités des centres de santé .....	21
3.2.1	L'exercice salarié en ambulatoire.....	21
3.2.2	La gestion non lucrative des centres de santé .....	22
3.2.3	Un accès aux soins possible pour tous et partout .....	22
3.2.4	Une mission au-delà du soin.....	24
4	Les centres de santé : un modèle qui semble fragile .....	29
4.1	Un objet méconnu ? .....	29
4.1.1	Un ensemble très hétérogène.....	29
4.1.2	Une image floue .....	31
4.1.3	Un poids faible.....	33
4.2	Un modèle économique fragile .....	37
4.2.1	Un financement par le remboursement des soins .....	37
4.2.2	Un complément possible par l'Accord national de 2015.....	39
4.2.3	La recherche de financements complémentaires.....	42
5	Des leviers pour l'avenir des centres de santé : la mise en valeur de leur contribution à la réduction des inégalités de santé .....	47

5.1	Garantir l'accès aux soins de toute personne sollicitant une prise en charge ...	48
5.1.1	L'application systématique du tiers payant.....	48
5.1.2	L'abstraction de la rentabilité des actes .....	49
5.1.3	Une prise en charge globale et complémentaire .....	50
5.2	Garantir l'accès aux soins partout.....	52
5.2.1	La création de centres de santé polyvalents en territoire sous-doté.....	52
5.2.2	Des financements pour ces initiatives .....	54
5.2.3	Un recrutement facilité par l'attrait de l'exercice salarié .....	55
5.2.4	Un soutien politique .....	56
5.3	Développer les actions de santé publique .....	57
5.3.1	Une mission inhérente aux centres de santé .....	57
5.3.2	De l'artisanat bénévole au professionnalisme subventionné .....	58
5.3.3	Un moyen d'attirer de nouveaux patients et d'asseoir leur légitimité .....	60
6	Conclusion.....	63
	Annexe 1 : Méthodologie employée par E. Vigneron et son équipe pour recenser les 1842 centres de santé répertoriés en 2014 pour son ouvrage sur les centres de santé. .....	72
	Annexe 2 : Carte des 1842 centres de santé répertoriés en 2014 par E. Vigneron pour son ouvrage sur les centres de santé.....	73

---

## Liste des sigles utilisés

---

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel  
ADMR : Aide à domicile en milieu rural  
AIS : Acte de soins infirmiers  
ARS : Agence régionale de santé  
C3SI : Confédération des centres de santé et des services de soins infirmiers  
CDS : Centre de santé  
CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie  
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés  
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé  
CSI : Centre de santé infirmier  
DGOS : Direction générale de l'offre de soins  
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
ETP : Equivalent temps plein  
FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux  
FNCS : Fédération nationale des centres de santé  
HAS : Haute autorité de santé  
IGAS : Inspection générale des affaires sociales  
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques  
Loi HPST : Loi « Hôpital, patients, santé et territoire »  
MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie  
MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
RNOGCS : Regroupement national des organisations gestionnaires de centres de santé  
ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique  
SCIC : Société commerciale d'intérêt collectif  
SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile  
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile  
UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie  
USMCS : Union syndicale des médecins de centres de santé  
URIOPSS : Union régionale interfédérale des œuvres privées sanitaires et sociales  
URPS : Union régionale des professionnels de santé



# 1 INTRODUCTION

---

Dans son édition du vendredi 12 avril 2019, le journal de presse quotidienne régionale Ouest-France consacre un article aux centres de santé intitulé « Face aux déserts médicaux, des médecins salariés ». Qu'est-ce que ce type d'offre de soins présenté aujourd'hui comme un remède à cet enjeu national ?

## 1.1 Les centres de santé dans le paysage actuel de transformation du système de santé en France

### 1.1.1 Une nouvelle attention pour les soins de ville

A l'heure d'une nouvelle loi de santé ayant vocation à transformer le système de santé en France, il est intéressant de se pencher sur l'offre de soins ambulatoires ou de ville. La dernière loi de santé datait de 2016 et visait, elle, à « moderniser » le système de santé. On parle de soins ambulatoires ou soins de ville pour désigner « les soins effectués en cabinet de ville, en dispensaire, centres de soins ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés<sup>1</sup>. » Dans un pays historiquement centré sur l'offre hospitalière, ce qu'on appelle le « virage ambulatoire » en matière de soins hospitaliers amène les politiques à s'intéresser aux modalités des « soins de ville » afin de sécuriser les parcours de soins de la population. En effet, l'hospitalisation devant devenir l'exception, il est nécessaire que les personnes nécessitant une prise en charge sanitaire bénéficient d'une offre de soin en proximité. La transition épidémiologique à laquelle on assiste depuis plusieurs années explique ce mouvement : en effet, à l'époque où l'hôpital répondait à des épisodes aigus, la montée des maladies chroniques, au long cours, modifie les besoins en soins de la population. Les personnes souffrant de pathologies chroniques voient leur vie quotidienne impactée par cette nouvelle : ils doivent apprendre à vivre avec cette pathologie, qui peut avoir des incidences sur leur vie familiale, professionnelle et de loisirs, ainsi qu'affecter leur moral. C'est pourquoi, plus que de soignants formés et d'un plateau technique équipé pour faire face aux épisodes aigus d'une maladie, la personne a besoin de professionnels de proximité, pluriprofessionnels et coordonnés, aptes à avoir une vision globale de sa pathologie et de ses conséquences afin de l'étayer au maximum pour lui faciliter l'appréhension de cette nouvelle vie. L'explosion des maladies chroniques rend donc nécessaire la coordination entre l'hôpital et les professionnels de santé de ville ainsi que l'articulation entre le

---

<sup>1</sup> Définition de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) reprise par la Haute Autorité de Santé (HAS)

sanitaire, le social et le médico-social. Le défi démographique du vieillissement de la population française, associé à la perte d'autonomie oblige également à une action pluriprofessionnelle et plurisectorielle coordonnée à domicile, pour rendre possible la réalisation du souhait des personnes âgées de rester à domicile<sup>2</sup>.

### **1.1.2 Présentation de deux offres de soins de ville**

La désertification médicale qui fait les gros titres des journaux et rend l'accès au médecin traitant compliqué ajoute à l'attention actuelle sur l'offre de soins de ville. C'est ainsi que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont devenues ces dernières années le moyen mis en avant pour à la fois remédier aux déserts médicaux et améliorer la qualité des soins dispensés aux patients. Très présentes dans les médias et les discours politiques, le nombre de MSP créées chaque année a augmenté jusqu'en 2014 (180 nouvelles MSP cette année-là) pour ralentir depuis (autour de 90 nouvelles MSP chaque année)<sup>3</sup>. En comparaison, on trouve peu d'écrit sur un autre type d'offre de soin de ville, celui offert par les centres de santé. On peut néanmoins citer l'article publié dans la rubrique « Point de vue » du journal de presse quotidienne régionale « Ouest France » le 22 janvier 2019, par Daniel Hardy, ancien président de l'Union régionale interfédérale des œuvres privées sanitaires et sociales (URIOPSS) de Bretagne intitulé « Contre les déserts médicaux, les centres de santé », dans lequel il enjoint les élus à « prendre des initiatives innovantes de création de centres de santé. » Il y indique également que ces structures sont encore trop méconnues. Et pourtant, elles existent depuis le début du 20<sup>ème</sup> siècle. Dr Hazemann, un médecin de région parisienne, conçoit, dès 1925, les centres de santé comme des structures rapprochant les services sociaux, de prophylaxie et d'hygiène d'un secteur géographique déterminé, et dans lesquelles les professionnels de ces services se réunissent régulièrement pour échanger sur les situations rencontrées. La création d'un centre de santé sur un territoire a souvent été justifiée par un déficit de l'offre de soin pour répondre aux besoins de la population. Pourquoi n'entend-on parler que de façon récente des centres de santé comme solution à la désertification médicale et paramédicale, aux côtés des maisons de santé pluriprofessionnelles ?

---

<sup>2</sup> « Face à un véritable défi démographique, -en 2060, le nombre de personnes en perte d'autonomie atteindra 2,45 millions, contre 1,6 million en 2030-, notre ambition est de transformer en profondeur la manière dont est reconnu et pris en charge le risque de perte d'autonomie lié au vieillissement » Communiqué de presse de la concertation Grand âge et autonomie, octobre 2018

<sup>3</sup> Lopez R., « Place des centres de santé dans la médecine de ville », *Les cahiers de santé publique et de protection sociale*, 2018, volume 30, p. 22-31, p. 27

### **1.1.3 Les centres de santé dans le paysage de l'offre de soins de ville**

Un centre de santé est une structure d'exercice regroupé de premier recours pratiquant des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre ou à domicile. Il est ouvert à tout public et pratique le tiers payant sans dépassement d'honoraires. Quatre types de centres coexistent sous cette appellation : les centres polyvalents, les centres dentaires, les centres infirmiers et les centres médicaux. Tous les professionnels de ces centres sont salariés. Les MSP ont pour leur part été créées par la loi de 2009 « Hôpital, patient, santé et territoire » portant réforme de l'hôpital : elles regroupent des professionnels de santé libéraux, médicaux et paramédicaux, sur un même territoire.

On voit là une première originalité des centres de santé par rapport aux MSP : le salariat, d'un côté ; l'entrepreneuriat par l'exercice libéral de l'autre.

Les centres de santé n'ont fait leur entrée dans le Code de la Santé Publique qu'en l'an 2000 à l'article L6323-1 dans la catégorie « Autres services de santé » au Titre II ; ils dépendaient auparavant du Code de la Sécurité Sociale, à l'article L162-32, et ce n'est qu'en 1991 que l'appellation « centre de santé » y a remplacé celle de « dispensaire ». En 2018, ils ont connu une réforme : l'article unique qui les régissait dans le Code de la santé publique s'est mué en 15 articles suite à l'ordonnance du 12 janvier 2018<sup>4</sup>. Cette ordonnance a été complétée par un décret et un arrêté d'application publiés le 1<sup>er</sup> mars de la même année. Ces dispositions viennent renforcer le contrôle des Agences régionales de santé (ARS) sur les activités des centres tout au long de leur existence<sup>5</sup> et rappellent que leur gestion doit être non lucrative.

### **1.1.4 Les exigences concernant l'offre de soins de ville dans le cadre du Plan « Ma santé 2022 »**

Lors du discours du président de la République sur les grandes orientations de la stratégie de transformation de notre système de santé le 18 septembre 2018, aussi intitulé « Ma santé 2022 », il n'est fait allusion aux centres de santé qu'une fois, pour annoncer la « création » de 400 postes

---

<sup>4</sup> Ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé

<sup>5</sup> Le contexte du scandale de Dentexia, des centres de santé dentaires à bas coût, est souvent avancé comme explication de ce renforcement du contrôle

de médecins généralistes salariés. Et pourtant, un des chantiers annoncé est la structuration territoriale des soins de proximité, afin d'« organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité<sup>6</sup>. » Les centres de santé sont pourtant, comme on l'a vu plus haut, un des maillons de cette offre de soins en proximité. Ils ont l'expérience de longue date de la prise en charge globale par un travail en équipe pluriprofessionnelle et/ou en partenariat ainsi que de l'adaptation pour répondre aux évolutions des besoins de la population et du territoire où ils sont implantés. L'accent est mis dans ce discours programmatique sur le décloisonnement et les coopérations entre les différents secteurs afin de faciliter les parcours de soins de la population. Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) font ainsi leur apparition publique bien qu'elles préexistaient à ce discours ; en effet, l'article 65 de la Loi de modernisation de notre système de santé ouvrait la possibilité aux professionnels de santé de se constituer en CPTS. Les centres de santé peuvent faire partie d'une CPTS<sup>7</sup> et leurs représentants peuvent, aux côtés des Unions régionales des professionnels de santé (URPS), être consultés par les Agences régionales de santé (ARS) en vue de la constitution de telles communautés sur les territoires<sup>8</sup> (et à défaut d'initiative des professionnels de terrain). L'exercice coordonné est également vanté dans ce discours et conditionnera l'octroi de financement aux cabinets médicaux souhaitant embaucher des assistants médicaux. On en déduit donc que les centres de santé ont des cartes en main pour mettre en avant leur rôle d'offreur de soins, mais que s'ils ne se montrent pas proactifs, l'attention ne se portera pas naturellement sur eux.

En France, on compte 1 842 centres de santé dont 589 centres de santé infirmiers<sup>9</sup>. C'est dans ce type de centre de santé que j'ai effectué un stage de 4 mois et demi d'octobre 2018 à mars 2019.

## **1.2 Mon stage au sein d'un centre de santé : mission et questionnements**

Après des études de droit spécialisé dans la protection des personnes en situation de vulnérabilité et un premier parcours professionnel dans la gestion d'établissements d'hébergement et

---

<sup>6</sup> De Montalembert P., « Ma santé 2022 : L'ambition... mais quels moyens ? », *Gestions hospitalières*, 2018, n° 579, p.494

<sup>7</sup> Article L6323-1-6 du Code de Santé Publique, issu de l'ordonnance du 18 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé

<sup>8</sup> Article 65 de la Loi de modernisation de notre système de santé

<sup>9</sup> VIGNERON E., *Les centres de santé, une géographie rétrospective*, Paris, Fédération des établissements hospitaliers d'assistance privés (FEHAP), 2014, 247p.

d'accompagnement sociaux, il me manquait des outils pour accompagner les personnes prises en charge à prendre soin d'eux. Ayant fait le constat que le décloisonnement tant mis en avant dans les paroles était encore largement absent dans la pratique, je souhaitais devenir interdisciplinaire afin de pouvoir, comme un pivot, apporter une continuité entre l'approche sociale et l'approche sanitaire. C'est pourquoi j'ai repris des études en Master 2 Promotion de la Santé et Prévention. Mon objectif était de mieux comprendre les ressorts du recours au soin des populations précaires et de trouver quelles réponses inventer ou mettre en avant pour en faciliter à chacun le recours<sup>10</sup>. L'approche communautaire et notamment le modèle des Centres locaux de santé communautaire au Québec m'ont ainsi interpellée pendant cette année d'étude. Cela me paraissait être une approche intéressante pour permettre à tous de franchir la porte vers la prise en compte de sa santé. Une approche ancrée sur le territoire, en phase avec son environnement, ouverte sur les autres acteurs locaux. Je me suis alors penchée sur ce qui y ressemblait en France et c'est alors que j'ai découvert les centres de santé. J'avais également été interpellée par un centre de santé qui menait des actions de prévention en camping-car à Saint-Nazaire, s'installant dans les différents quartiers de la ville, travaillant en lien étroit avec les maisons de quartier et y proposant des dépistages<sup>11</sup>. Les centres de santé m'apparaissaient comme des dispositifs souples, pouvant permettre l'innovation, au plus près des besoins du territoire. J'ai donc cherché un centre de santé pour y envoyer une candidature spontanée de stage et découvrir ce type de dispositif. Le centre de santé infirmier de Combourg m'a proposé une mission de stage autour de la structuration d'un réseau interdisciplinaire qui prendrait la forme d'une CPTS et dont le projet de santé serait la promotion de la santé.

Ce terrain de stage m'a permis de découvrir un type spécifique de centre de santé, le centre de santé infirmier. Les centres de santé me semblaient pouvoir contribuer aux enjeux de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et de prise en charge globale de la complexité des problématiques de santé, chers à la promotion de la santé. Mon expérience en centre de santé infirmier l'a confirmé. Je m'étonnais donc que les centres de santé aient une si faible place dans l'offre de soins en France. C'est pourquoi j'ai souhaité, dans le cadre de ce mémoire de fin d'études, conduire une réflexion sur la plus-value de l'objet centre de santé afin de mettre en avant des arguments pour leur plus grande reconnaissance. Je souhaitais défendre ce type

---

<sup>10</sup> Le singulier est volontairement choisi ici pour insister sur la dimension générale du recours au soin qui comprend des étapes préalables au franchissement de la porte d'une offre de soins et qui se rapproche davantage de l'expression « prendre soin de soi ».

<sup>11</sup> Le MarSOINS, pour « Mobilité, Accessibilité, Réduction des inégalités d'accès aux SOINS », porté par l'association A Vos Soins, centre de santé infirmier à Saint-Nazaire.

d'offre, précurseur d'une réponse globale à la fois sanitaire et sociale et du décloisonnement professionnel. Désirant poursuivre ma vie professionnelle dans la réponse globale aux besoins des plus vulnérables, cette réflexion sur l'objet centre de santé m'ouvre de nouvelles perspectives, dans le soutien au développement des centres de santé et dans le montage de tels projets de structures, « étayantes », complémentaires et travaillant en coordination étroite avec les acteurs du secteur social.

Dans le cadre de cette réflexion, ma première interrogation portait sur la question suivante : Quels sont les atouts des centres de santé pour perdurer dans le paysage de la santé en France ? Cela soulevait de nombreuses questions connexes : celle de la diversité des centres de santé, de leur statut, de leur inscription dans le paysage de l'offre de services et de soins en France, de leurs difficultés, des attentes des patients, plus particulièrement des raisons qui les conduisent à s'adresser à un centre de santé, des attentes des communes, à savoir les raisons pour lesquelles elles soutiennent la présence d'un centre de santé dans leur ville, et les attentes des professionnels qui décident de travailler dans un centre de santé. Je m'interrogeais également sur la souplesse du modèle des centres de santé pour s'adapter aux évolutions des besoins du territoire où ils sont implantés. Reprenant des études dans le cadre d'un Master 2 de Promotion de la santé et prévention, je me demandais si la santé publique n'était pas un levier pour assurer la pérennité des centres de santé.

### **1.2.1 L'association du centre de soins Joséphine Le Bris et son territoire**

Le centre de santé infirmier<sup>12</sup> qui m'a accueillie est géré par une association, créée en 1976, l'Association du centre de soins Joséphine Le Bris. Il est basé à Combourg, en Ille et Vilaine. Ce territoire de vie est considéré en classe 1, à savoir « un espace périurbain, avec une moindre accessibilité aux soins primaires<sup>13</sup>. » Combourg est une ville de 5 000 habitants qui possède une offre sociale, médico-sociale et médicale suffisante ; la ville attire de jeunes médecins généralistes, les services à domicile ont un personnel suffisant et stable, des projets sont menés en partenariat et les professionnels se connaissent relativement bien. Néanmoins, bien que ce

---

<sup>12</sup> J'emploierai le terme de centre de santé infirmier, et non celui de centre de soins infirmiers, plus couramment utilisé afin d'insister davantage sur leur appartenance à la catégorie des « centres de santé » et moins sur le type de soins qui y est proposé

<sup>13</sup> <http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/076-accessibilite-aux-soins-et-attractivite-territoriale.pdf>

soit un territoire jeune, on observe une importante population âgée résidant dans la campagne de Combourg : cette dernière a peu d'argent disponible pour aller en établissements ; elle souhaite rester à domicile autant que possible, ce qui nécessite un étayage coordonné de professionnels pour répondre à ses besoins<sup>14</sup>. Avant 1976, les religieuses de la congrégation des Sœurs de la Providence « battaient la campagne » de Combourg pour prodiguer des soins infirmiers à domicile. En effet, à l'époque, il y avait un déficit d'offre libérale en soins infirmiers sur le territoire. En 1976, une Sœur décide de créer l'association pour « garantir aux patients le bénéfice du tiers payant et mener des actions de prévention et d'éducation à la santé en partenariat<sup>15</sup>. » L'association salarie alors quelques infirmières aux côtés des religieuses. L'article IV des statuts de l'association stipule : « L'action sanitaire ne peut se borner à des actes portés dans une nomenclature. Elle comprend des actions curatives, préventives et éducatives à tous les âges de la vie pour permettre aux personnes de maintenir, d'augmenter ou de recouvrer un maximum de santé et d'autonomie ». Cet article illustre l'éthique des centres de santé : une définition de la santé dépassant l'absence de maladie ou d'infirmité<sup>16</sup>, un accès aux soins pour tous et une approche populationnelle. Guidée par cet article des statuts, l'association a diversifié son action pour répondre à de nouveaux besoins sur le territoire : création en 2005 d'un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), en 2015 d'un Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) en partenariat avec l'association d'aide à domicile en milieu rural (ADMR) du territoire, en 2017 coordination du 1<sup>er</sup> programme d'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire sur le territoire et depuis toujours, des actions de santé publique en collaboration avec d'autres professionnels du territoire. L'association a souhaité poursuivre son développement, notamment partenarial, en initiant la structuration d'une CPTS sur le territoire de Combourg.

### **1.2.2 Premiers enjeux concernant les centres de santé**

L'enjeu actuel pour l'association est de diversifier ses actions ; elle bénéficie d'un ancrage territorial mais fait face à une installation récente d'infirmiers libéraux et à un vieillissement de sa patientèle historique. L'association connaît des difficultés financières et souhaite, notamment par de nouvelles actions, trouver de nouvelles sources de financement. La directrice est sensible à la

---

<sup>14</sup> Eléments de diagnostic partagé recueillis pendant le stage

<sup>15</sup> Entretien avec la fondatrice de l'association

<sup>16</sup> La définition de la santé retenue par l'association rejoint celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

promotion de la santé et souhaite engager l'association et les professionnels de santé du territoire dans cette direction. Certains suivent ; d'autres font de la résistance. Le contexte politique actuel, favorisant l'exercice coordonné et le décloisonnement via les équipes de soins primaires et les CPTS, et annonçant un soutien financier aux initiatives de CPTS, est une aubaine pour l'association.

L'intérêt pour moi de contribuer à la création de cette CPTS est de rencontrer les acteurs du territoire autour d'un projet de santé à porter en commun. Le fait d'être missionnée par un centre de santé me fournit l'occasion de recueillir des éléments de compréhension sur ce que je perçois comme une relative absence des centres de santé dans l'offre de soins en France.

Des enjeux les concernant me sont vite apparus. Pour les centres de santé, il est essentiel de trouver un modèle économique pour survivre, pérenniser les postes. Il s'agit également de communiquer sur leur action, au même titre que les libéraux, dont ils partagent la patientèle. Il s'agit également de développer des actions au-delà du sanitaire, notamment dans le domaine de la santé publique (ce qui est dans leur cahier des charges). Ils doivent pour cela travailler en partenariat. Néanmoins, ils sont confrontés à une méfiance ou un défaut de reconnaissance qui peut freiner l'action partenariale. Ils doivent également adapter leurs actions aux évolutions de la société et des besoins de la population. Ils doivent affirmer leur place dans le paysage de la santé en France, ce qui suppose également de se saisir des occasions (par exemple, s'investir dans le mouvement de création de CPTS). Souvent constitués de professionnels purement sanitaires (médecins, infirmiers, aides-soignants), les centres de santé doivent faire évoluer leur structure, former leur personnel pour pouvoir s'adapter aux changements de leur environnement (évolution du métier d'infirmier à domicile, nouvelles actions, intrication de problématiques médicales et sociales, adaptation des outils, travail en binôme pluriprofessionnel, capacité à répondre à des appels à projets, à assurer une veille réglementaire... ).

### **1.2.3 Les apports des centres de santé à la population**

Ce stage m'a permis de confirmer ce que je pressentais de ce type de dispositif : l'attention à la personne dans sa globalité (patient et professionnel), le travail en partenariat, l'attention à tous et notamment aux plus vulnérables. J'ai découvert que la santé publique est inhérente à leurs missions et qu'ils mènent de telles actions, souvent encore bénévolement. J'ai constaté la mutation des métiers dans les centres de santé, ainsi que l'arrivée de professionnels formés à la santé publique et à la gestion de projets. La méconnaissance de ces structures et les

contradictions de leur modèle économique me sont également apparus. Néanmoins, je me suis également rapidement rendu compte que ces centres avaient des atouts qu'ils devaient mettre en avant et développer pour continuer à exister et se démarquer, notamment l'esprit de service, le travail en équipe et l'engagement. J'ai pu observer la réflexion stratégique des centres de santé sur leur transformation ou le développement d'activités de soins dans des lieux sous-dotés, bénéficiant alors d'un soutien politique et attirant du personnel par les atouts du travail salarié, du travail en équipe et leur mission sociale. Cette mise en valeur des fondamentaux des centres de santé au-delà du sanitaire apparaît donc comme un moyen de survie et de reconnaissance plus large en tant qu'acteur important de l'offre de soins de premier recours.

Bien que les centres de santé aient des fragilités, ils sont un objet spécifique à découvrir qui, au-delà du sanitaire, possède une longue expérience de la santé publique. Mettre en valeur cette expérience peut garantir leur pérennité et leur reconnaissance.

Nous étudierons ce sujet au travers d'une progression débutant avec la découverte d'un objet spécifique, les centres de santé (3), puis l'étude de leur modèle et ses fragilités (4), pour finir sur les leviers des centres de santé pour l'avenir (5).

## 2 METHODOLOGIE DE L'ETUDE

---

L'élaboration du diagnostic de territoire préalable à la CPTS m'a fourni un prétexte pour contacter une multitude d'acteurs sociaux, médicaux et médico-sociaux (responsables des Restos du Cœur, du Centre communal d'action sociale de Combourg, de l'ADMR, équipe du Centre Médico-psychologique, Plateforme Territoriale d'Appui, Animatrice Territoriale de santé...). Outre la contribution à l'élaboration du diagnostic partagé, ces entretiens m'ont permis de présenter l'association et de mesurer le degré de connaissance qu'en avaient mes interlocuteurs. Des réunions partenariales lors desquelles je représentais l'association m'ont également fourni du matériel en ce sens. J'ai contacté, au nom de l'association et pour l'équipe de soins primaires de Combourg qu'elle coordonne, les communes et les médecins généralistes des environs de Combourg mais ils n'ont pas répondu à cette demande de contribution au diagnostic. A la fin de mon stage, la CPTS n'est pas constituée et la légitimité de l'association du centre de soins dans le portage de cette dynamique de regroupement est mise en cause par certains acteurs du territoire.

L'association Joséphine Le Bris m'a ouvert les portes de ses instances et m'a permis de participer aux tournées des infirmières et des aides-soignantes<sup>17</sup> dans le cadre de ses deux services (centre de santé infirmier et SSIAD) ainsi qu'aux réunions hebdomadaires de l'équipe de professionnels animant le programme d'éducation thérapeutique du patient. J'ai pu suivre l'évaluateur externe missionné pour évaluer pendant 2 jours le SSIAD de l'association. J'ai aussi pu interroger les administrateurs de l'association et le personnel sur leurs motivations à s'investir, respectivement bénévolement et professionnellement, dans un centre de santé. Le guide d'entretien utilisé pour les administrateurs de l'association a été adapté pour servir à deux entretiens téléphoniques avec des médecins généralistes de centres de santé polyvalents : le premier avec Dr Lopez, médecin généraliste au centre départemental de santé de Saône-et-Loire et Président de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) et le second avec le Dr Villebrun, médecin généraliste au centre de santé de Champigny-sur-Marne et Secrétaire Général de l'Union syndicale des centres de santé (USCS). Ces entretiens et temps d'observation m'ont permis d'apprécier les enjeux des centres de santé, d'entendre la parole des patients et des aidants, d'éprouver la difficulté des métiers de l'aide à domicile et de connaître plus en profondeur mon lieu de stage.

---

<sup>17</sup> Nous avons retenu la règle de l'accord de la majorité qui consiste à accorder un adjectif ou un participe passé avec le terme qui exprime le plus grand nombre. Par conséquent, nous parlerons des infirmières et des aides-soignantes, qui sont, à ce jour, majoritairement des femmes dans l'association.

J'ai également rédigé le projet de service pour les cinq ans à venir du SSIAD et une réponse à appel à projet pour promouvoir l'activité physique, actualisé le projet de santé du centre de santé infirmier, initié un projet de création d'un centre de santé (CDS) polyvalent sur un territoire sous-doté en professionnels de santé : grâce à ces missions annexes, j'ai réalisé la diversité des actions que peut développer un centre de santé.

Ma participation à deux rencontres régionales de la Confédération des centres de santé et des services de soins infirmiers (C3SI) ayant réuni plus de dix centres de santé infirmiers bretons m'a permis de rassembler des éléments de comparaison du centre de santé de Combourg avec d'autres centres et de pointer de nombreuses problématiques communes.

Tous ces éléments recueillis dans le cadre d'une observation participante ont ensuite été regroupés par thématique puis triangulés avec des analyses issues de la littérature sur les centres de santé dans leur globalité. La recherche documentaire a été réalisée dans le Thésaurus Santé Publique à l'aide des mots-clés suivants : centre de santé, centre de soins infirmiers et offre de soins.



### **3 LES CENTRES DE SANTE : LA DECOUVERTE D'UN OBJET SPECIFIQUE**

---

J'ai effectué mon stage dans un centre de santé infirmier. J'avais pu entendre parler de centre dentaire ou du centre de santé Louis Guilloux à Rennes mais je n'avais pas idée qu'ils appartenait à la même catégorie générale d'établissements et de quelles étaient leurs missions. Pour moi, ils offraient des soins, comme une maison de santé, et je ne m'étais pas imaginé qu'ils puissent en être différents. J'ignorais également, jusqu'à ce que j'envoie une lettre au centre de santé de Combourg, qu'il puisse exister des centres de santé ayant comme activité principale de dispenser des soins infirmiers. Selon moi, l'offre de soins ambulatoires était libérale. Mon stage dans un centre de santé m'a donc permis d'en découvrir les spécificités par rapport aux maisons de santé et aux praticiens libéraux (3.2). J'ai également pu étudier l'objet « centre de santé » (3.1), ce qui m'a permis de me rendre compte de sa diversité.

#### **3.1 L'objet « centre de santé »**

Il existe différentes catégories de centres de santé en fonction des soins qu'ils dispensent ; néanmoins leurs missions sont communes (3.1.1). L'étude de leur implantation géographique permet de comprendre que leur création sur un territoire a répondu à des problématiques propres : on ne crée pas le même type de centre de santé en milieu rural qu'en milieu urbain, dans la ceinture parisienne ou en Bretagne (3.1.2). Les centres de santé sont divers aussi du fait des organismes qui peuvent en assurer la gestion ; cette possibilité a encore été davantage ouverte par l'ordonnance du 12 janvier 2018 (3.1.3).

##### **3.1.1 Les types de centres de santé et leurs missions**

Les centres de santé ont pris la suite des dispensaires, bien qu'ils insistent aujourd'hui pour s'en distancier : le guide de bonnes pratiques réalisé en 2012 par Coactis Santé pour le Réseau national des centres de santé mutualistes recommande, pour l'appellation du centre, « d'éviter le terme

“centre de santé” encore souvent associé à une image vieillissante de “dispensaire” et préférer des termes moins connotés et plus modernes<sup>18</sup>. »

Ce sont des structures sanitaires de proximité dont la mission première est de dispenser des soins de premier recours. La notion de soins doit s’entendre au sens large, comme le rappelle l’instruction du 27 juin 2018<sup>19</sup> : « il s’agit de prévention, de diagnostic et de soins ». Ces activités doivent en principe être menées ensemble ; seule la possibilité de ne mener que des activités de diagnostic est ouverte aux centres. Concernant le soin et la prévention, ils sont quant à eux indissociables et doivent être menés de concert. Ils pratiquent leurs activités « au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient », comme le précise l’article L6323-1 du Code de la santé publique. Un centre de santé, poursuit l’article du Code, « réalise, à titre principal, des prestations remboursables par l’assurance maladie » et « les centres de santé sont ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels y exerçant ». Avant la réforme de 2018, l’article L6323-1 du Code de la santé publique ajoutait aux missions obligatoires des centres de santé « des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d’éducation pour la santé, d’éducation thérapeutique des patients et des actions sociales ». Ces dernières sont depuis devenues facultatives.

Le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) reconnaît en 2013<sup>20</sup> sous une catégorie unique intitulée « centre de santé » d’un agrégat unique dénommé également « centre de santé », quatre types de structures, autrefois distinctes : les centres de santé dentaires, polyvalents, médicaux et les centres de soins infirmiers. Or, un agrégat y est défini comme un regroupement de catégories d’établissements. En 2014, dans son ouvrage de référence sur les centres de santé<sup>21</sup>, E. Vigneron, géographe et auteur d’ouvrages sur les inégalités de santé et la territorialisation des politiques publiques de santé, regrettait d’ailleurs, que les quatre types de centres soient regroupés en une seule entité car ils possèdent des spécificités. Aujourd’hui, l’agrégat est composé de six types d’établissements : centre de santé, centre de santé dentaire, centre de soins médicaux, centre de soins infirmiers, centre de santé polyvalent et centre de soins et de prévention. Ils entrent dans la catégorie d’établissements « autres établissements de soins

---

<sup>18</sup> Coactis Santé, « Guide de bonnes pratiques pour accompagner les centres de santé », Avril 2012, consultable à l’adresse suivante : <https://www.coactis-sante.fr/centre-de-sante>

<sup>19</sup> DGOS, Instruction N° DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé

<sup>20</sup> Instruction DGOS/PF3/DREES/DMSI no 2013-402 du 19 décembre 2013 relative à l’enregistrement des centres de santé dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)

<sup>21</sup> VIGNERON E., *Les centres de santé, une géographie rétrospective*, Paris, Fédération des établissements hospitaliers d’assistance privés (FEHAP), 2014, 247p.

et prévention », dans laquelle se trouve aussi les « dispensaires ou centres de soins ». E. Vigneron recommandait, quant à lui, que l'agrégat regroupe les quatre catégories de centres et non une confusion en un seul ou, ce qui pourrait être le cas ici, une dilution. On peut se demander pourquoi avoir maintenu une catégorie générale, aux côtés des quatre catégories spécifiques, et en avoir ajouté une sixième répondant davantage à la catégorie « dispensaire ou centres de soins ».

Dans la pratique, on parle de quatre types de centre de santé, voire de trois : l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ne retient pour son rapport sur les centres de santé de 2013<sup>22</sup> que trois types de centres, « les médicaux et polyvalents formant une même catégorie compte tenu de la proximité de leur objet », tout en précisant que le Code de la sécurité sociale, à l'article L162-32-1, en distingue quatre.

Les centres de santé dentaires seraient les plus nombreux ; ils n'ont par principe qu'une activité dentaire et ont pour objet d'assurer des consultations des soins et de poser des prothèses dentaires.

Les centres de soins infirmiers offrent des soins infirmiers ambulatoires et notamment à domicile.

Les centres de santé médicaux ne proposent qu'une activité médicale et regroupent des médecins généralistes et spécialistes ; ils ont pour objet d'assurer des soins et, le cas échéant, des investigations et examens complémentaires.

Enfin, les centres de santé polyvalents ont plusieurs activités ; ils offrent des consultations de médecine générale et spécialités, des services paramédicaux, des services dentaires, des plateaux techniques<sup>23</sup>.

### **3.1.2 Les implantations géographiques des centres de santé**

E. Vigneron, dans l'introduction de son ouvrage cité plus haut, évoque la faiblesse numérique des centres de santé et leur surprenante répartition géographique.

---

<sup>22</sup> IGAS, 2013, Rapport sur la situation économique et la place des centres de santé dans l'offre de soins de demain, N°RM2013-119P

<sup>23</sup> La description de l'offre des catégories de centres de santé est issue de COLOMBANI H., 2016, « Les centres de santé au cœur du développement des territoires », Cahiers de la fonction publique, n° 364, p.51-55.

## A) La « faiblesse numérique » des centres de santé

E. Vigneron est le premier à avoir conduit un recensement exhaustif des centres de santé en France<sup>24</sup>, qu'il conseille néanmoins de comparer avec les résultats issus du répertoire FINESS : il y dénombre 1 842 centres et antennes de santé en février 2014<sup>25</sup>, soit 1 609 centres de santé et 233 antennes<sup>26</sup>. Ces derniers se décomposent en 589 centres de santé infirmiers, 643 centres de santé dentaires, 483 centres de santé polyvalents et 127 centres de santé médicaux, soit, comme le relève E. Vigneron, un relatif équilibre entre les soins dentaires, médicaux et infirmiers<sup>27</sup>. A cette époque, il existait 302 maisons de santé pluriprofessionnelles<sup>28</sup>. Auparavant, peu d'estimations ont été faites sur leur nombre, ce que E. Vigneron voit comme « un signe évident de relégation dont ont souffert les Centres de Santé durant presque cinquante ans<sup>29</sup>. »

En 2007, le rapport de l'IGAS parlait de « dénombrement incertain » et parlait de 1 700 centres<sup>30</sup>, en se fondant sur l'enquête actualisée de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) de 1995. Cette enquête<sup>31</sup> recensait pour sa part 1 454 centres de santé dont 691 centres de santé infirmiers qui seraient à cette époque les plus nombreux, tout en nuancant la fiabilité du recensement en indiquant que « leur nombre, le potentiel de soins qu'ils représentent, leur répartition géographique, ne sont qu'approximativement cernés ». Quant au FINESS, il recensait, en mars 2014, 2 235 établissements correspondant à l'agrégat 2 206<sup>32</sup>. Cet écart peut s'expliquer par le fait que les CDS n'avaient pas à informer de leur fermeture ou de leur transformation. Le nombre de CDS issu du FINESS est donc très probablement surestimé.

Pour alimenter l'observatoire des centres de santé, les CDS remplissent chaque année la plateforme dénommée « observatoire e-cds » ; ce remplissage conditionne le versement du montant dû aux CDS en application de l'Accord national entre la CNAM et les centres de santé. Nous avons donc des chiffres pour 2016 et 2017 : ils seraient 1 931 répertoriés dans FINESS en 2016 et 2 062 en 2017. Néanmoins, seuls 1 619 en 2016 et 1 639 en 2017 ont rempli leurs

---

<sup>24</sup> La présentation graphique des résultats obtenus par E. Vigneron pour le recensement des centres de santé dans son ouvrage *Les centres de santé, une géographie rétrospective* est reprise à l'annexe n°1

<sup>25</sup> La carte des centres de santé recensés en 2014 dans l'ouvrage précité est reprise à l'annexe n°2

<sup>26</sup> Les antennes sont rattachées à un centre de santé principal dont elles doivent être géographiquement proches. Elles n'ont pas d'autonomie de gestion et doivent partager le système d'information du centre de santé.

<sup>27</sup> VIGNERON E., *op.cit*, p. 85

<sup>28</sup> *Ibid*, p. 81

<sup>29</sup> VIGNERON E., *op.cit*, p. 71

<sup>30</sup> IGAS, ACKER D., 2007, *Rapport sur les centres de santé*, Paris, 57p.

<sup>31</sup> CNAMTS, *Enquête sur les centres de santé en 1995*. Bloc-notes statistique, n°79, juillet 1996. 52 p.

<sup>32</sup> VIGNERON E., *op cit*. p. 79

données. En 2017, leur répartition selon l'activité serait la suivante : 677 centres dentaires, 462 centres infirmiers, 399 centres polyvalents et 101 centres médicaux<sup>33</sup>.

Il demeure donc difficile de connaître le nombre exact de centres de santé en France et de savoir si leur tendance est à la baisse ou à la hausse. Le seul constat que l'on puisse faire, en comparant les données 2016 et 2017 fournies par la DGOS, est qu'il semblerait que les centres dentaires et polyvalents avec auxiliaires médicaux soient en augmentation et que les centres infirmiers et médicaux voient leur nombre diminuer.

## B) La « surprenante répartition géographique » des centres de santé

Comme le souligne E. Vigneron, les régions les plus peuplées ne sont pas celles où la densité de centres de santé est la plus forte. Certaines anciennes régions de l'Est de la France connaissent les plus fortes densités de centres de santé : l'Alsace, la Franche-Comté et la Lorraine comptaient en 2014 entre 4.3 et 5 CDS pour 100 000 habitants. Le Nord-Pas-De-Calais, les Pays de la Loire et le Limousin ont également les plus fortes densités en centres de santé pour 100 000 habitants. L'observatoire des centres de santé relève, sans se prononcer sur la densité par habitant, en 2016 comme en 2017 que cinq (nouvelles) régions concentrent 60% des CDS : les Hauts de France, Grand Est, l'Île de France, l'Occitanie et Auvergne-Rhône-Alpes.

Concernant les centres de soins infirmiers, ils sont implantés dans les régions historiquement catholiques de la France. En effet, ces centres ont souvent été créés par des congrégations religieuses, comme ce fut le cas à Combourg. Ces centres sont souvent situés à l'origine là où l'offre libérale est faible. Ils jouent un « rôle de suppléance dans la prise en compte des besoins sanitaires et sociaux des populations, répondant souvent aux appels des instances civiles et/ou religieuses de l'époque<sup>34</sup>. » Ce sont la seule catégorie de centres que l'on peut trouver en milieu rural. E. Vigneron les considère d'ailleurs, comme les « héritiers du modèle du dispensaire rural<sup>35</sup>. » L'essentiel des centres se trouve malgré tout en milieu urbain.

Les centres de santé dentaires ont une répartition homogène sur le territoire français, essentiellement en milieu urbain. Ils sont néanmoins sous-représentés dans les quartiers et les communes en difficulté, d'après le dossier de presse préparé pour la sortie du livre de E.

---

<sup>33</sup> DGOS, *Observatoire des centres de santé*, 57<sup>ème</sup> congrès des centres de santé, 2017 et DGOS, *Etat des lieux des centres de santé Données 2017, 2018*

<sup>34</sup> Crépin M-F., « Dans le système de santé : les centres de soins infirmiers congrégationnistes », *Prévenir (Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste)*, 1999, n° 36, p. 77-81

<sup>35</sup> Vigneron E., *op cit.* p 98

Vignerón<sup>36</sup>. Certaines zones - dans les anciennes zones minières et en région parisienne - concentrent quant à elles un grand nombre de centres de santé dentaires. Ces derniers complètent l'offre libérale en soins dentaires en proposant des tarifs moins élevés.

Les centres de santé municipaux sont peu nombreux, une centaine, et concentrés dans des anciennes villes industrielles (mines, textile, industries variées) : Lyon, Saint-Etienne, la ceinture parisienne, les Bouches du Rhône. Ils résultent de la volonté politique de villes de gauche (socialistes ou communistes) et leur maintien suppose un engagement municipal fort, à la différence des autres catégories, ce qui, selon E. Vignerón, peut expliquer leur nombre restreint.

Enfin, les centres de santé polyvalents seraient concentrés, toujours selon E. Vignerón, « dans quelques grands foyers industriels et urbains », pour l'essentiel dans les bassins miniers et le bassin parisien. C'est selon lui « le modèle plus abouti de centre de santé » ; c'est pourquoi il s'étonne « de les voir si peu nombreux dans le paysage sanitaire français<sup>37</sup>. »

Il note, enfin, que le développement des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) se fait essentiellement en milieu rural et que les deux types d'offres « ne sont pas situés dans les mêmes quartiers et plus encore s'excluent mutuellement<sup>38</sup>. »

### C) Les organismes gestionnaires et les professionnels qui y travaillent

La diversité des centres de santé tient aussi à la multiplicité des structures pouvant en être gestionnaires et aux professionnels qui y exercent.

#### a) *Les organismes gestionnaires de centres de santé*

À côté des gestionnaires « traditionnels » de centres de santé<sup>39</sup>, l'ordonnance de 2018 a ouvert aux Sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC) la possibilité de créer des centres de santé : l'ordonnance a donc ouvert la voie à l'entrée de sociétés commerciales dans la gestion de CDS. Les gestionnaires traditionnels sont quant à eux les organismes à but non lucratif, les collectivités territoriales, les établissements publics de coopération intercommunale, et depuis la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009, les établissements de santé (y compris les

---

<sup>36</sup> [http://www.fehap.fr/jcms/la-federation/toute-l-actualite/dossier-de-presse-les-centres-de-sante-une-geographie-retro-prospective-fehap\\_142797](http://www.fehap.fr/jcms/la-federation/toute-l-actualite/dossier-de-presse-les-centres-de-sante-une-geographie-retro-prospective-fehap_142797): consultée le 8 avril 2019

<sup>37</sup> Vignerón E., *op cit.* p 98

<sup>38</sup> FEHAP, Dossier de presse pour la sortie de Vignerón E. « *Les centres de santé, une géographie rétrospective* », Paris, FEHAP, 2014, p12

<sup>39</sup> Terme utilisé dans l'instruction n° DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé, p. 7

gestionnaires d'établissement privé de santé à condition que les bénéfices ne soient pas partagés entre les associés de l'organisme gestionnaire afin de respecter le critère de gestion non lucrative du centre de santé).

Selon les données de l'observatoire des centres de santé, en 2017, près de ¼ des centres étaient gérés par des organismes mutualistes ou des associations. La qualité des gestionnaires dépend souvent du type de centre de santé : les centres de santé infirmiers sont essentiellement gérés par des associations et les centres de santé dentaires le sont surtout par des mutuelles. Les centres médicaux et polyvalents sont quant à eux gérés soit par des collectivités territoriales, soit par des associations, soit par des mutuelles.

La grande majorité des centres de santé se retrouvent néanmoins via leurs organisations représentatives au sein du Regroupement national des organisations gestionnaires de centres de santé (RNOGCS), qui est depuis 1990 l'interlocuteur des pouvoirs publics pour ce qui concerne les CDS et auquel chaque organisation délègue un représentant. Actuellement, dix organisations sont considérées comme représentatives par la Direction de la sécurité sociale<sup>40</sup>. La vocation du RNOGCS est de défendre le modèle des centres de santé. Il fonctionne en recherchant le consensus de ses membres. Chaque organisation demeure néanmoins libre de conduire une action de manière autonome.

#### *b) Les professionnels des centres de santé*

A l'image des centres de santé, les professionnels qui y exercent sont divers. Pour E. Vigneron, « c'est cette pensée globale, cette conception intégrée du centre de santé qui expliquent que si son projet ne remet pas en cause le rôle du médecin (et comment le pourrait-il en toute objectivité) il ménage une grande place à ceux qui ne le sont pas et qui pourtant concourent, depuis leur place, à la santé humaine<sup>41</sup>. » D'abord, les centres de santé ne comptent pas tous un médecin ; c'est notamment le cas de la plupart des centres de santé infirmiers. En effet, les CDS ont la possibilité de salarier un ou plusieurs médecins généralistes. Ils peuvent être mono- ou pluri professionnels, à savoir ne compter qu'un type de professionnels (par exemple, uniquement des

---

<sup>40</sup> Il s'agit de Adessa Adomicile Fédération Nationale, la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, la Confédération des unions régionales des centres de santé infirmiers, la Croix-Rouge française, la Fédération des mutuelles de France, la Fédération nationale des centres de santé, la Fédération nationale de la mutualité française, la Fédération nationale des institutions de santé et d'action sociale d'inspiration chrétienne, l'Union nationale ADMR et l'Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile.

<sup>41</sup> Vigneron E., *op cit.* p. 66

infirmiers) ou associer plusieurs professions différentes comme des médicaux et des paramédicaux.

La fonction de coordination est essentielle dans les centres de santé ; l'Accord national de 2015 entre l'Assurance maladie et les centres de santé la considèrent comme un prérequis pour toutes les catégories de centres. Nous évoquerons plus amplement dans la 4<sup>ème</sup> partie le contenu de cet accord qui était attendu depuis 2003 par les centres de santé. Il convient de noter que cet accord a depuis été complété par un avenant publié au journal officiel le 17 novembre 2017 afin de transposer aux centres de santé certaines dispositions de l'accord conventionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles conclu en 2017 entre l'Assurance maladie et les organisations représentatives de ces structures, dénommé accord conventionnel interprofessionnel<sup>42</sup>. Les centres de santé ne peuvent contractualiser aux deux accords, ils doivent choisir entre l'un ou l'autre, sachant que les indicateurs de l'Accord national leur sont davantage adaptés.

Les centres de santé pouvant mener des actions sociales, il leur arrive de salarier des assistants de service social, chargés du volet social de la prise en charge des patients et notamment de l'ouverture des droits. En l'absence de professionnel dédié, ce sont souvent les secrétaires chargées<sup>43</sup> de l'accueil et de la prise de rendez-vous qui assurent l'accueil médico-social, en plus de la gestion du tiers payant. Une fonction de direction est également assurée soit par un professionnel de santé soit par un professionnel dédié à cette fonction.

On assiste également à l'arrivée dans les centres de santé de professionnels de santé publique, afin de développer davantage les volets prévention et promotion de la santé et monter des projets dans ces domaines.

Les centres de santé sont donc divers du fait des professionnels qui y exercent, des activités de soins dispensées, de leur implantation géographique et de leurs gestionnaires. Ils répondent néanmoins tous à la définition du Code de la santé publique de « structures sanitaires de

---

<sup>42</sup> Cet accord est relatif aux structures pluri-professionnelles (maisons de santé pluri-professionnelles et centres de santé). Il fut précédé, à défaut d'accord, par un règlement arbitral (arrêté du 23 février 2015 publié au journal officiel le 27 février 2015) puis le 20 avril 2017 fut conclu l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) publié au journal officiel le 5 août 2017.

<sup>43</sup> Nous avons choisi d'appliquer l'accord de la majorité qui consiste à accorder un adjectif ou un participe passé avec le terme qui exprime le plus grand nombre ; les secrétaires sont majoritairement des femmes.

proximité ». Cependant, ils ne sont pas les seuls dans ce cas. Qu'est ce qui les différencie par exemple des maisons de santé ? Quelles sont leurs spécificités ?

## **3.2 Les spécificités des centres de santé**

L'ordonnance de 2018 relative aux CDS avait « pour principal objet de renforcer l'offre de soins de premier recours en favorisant l'accroissement des centres de santé ». L'idée était de « maintenir les spécificités des centres de santé qui se présentent comme une offre de soins de qualité, à des conditions financières particulièrement privilégiées pour les patients<sup>44</sup>. » Les centres de santé partagent une identité commune : le salariat des professionnels qui y exercent (3.2.1), l'obligation d'une gestion non lucrative des établissements (3.2.2), l'attention à offrir des soins accessibles à tous (3.2.3) et une mission qui dépasse le sanitaire pour se rapprocher de la santé au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à savoir contribuer à « un état de complet bien-être physique, mental et social » (3.2.4).

### **3.2.1 L'exercice salarié en ambulatoire**

L'ordonnance de 2018 a rendu obligatoire le salariat pour tous les professionnels des centres de santé, qu'ils soient professionnels de santé ou non. Auparavant, seuls les médecins y étaient contraints par la loi. C'est là une différence particulièrement importante des autres modes d'exercice en ambulatoire. Les professionnels de santé exerçant en centres de santé ne sont pas des professionnels de santé libéraux. Par conséquent, la relation au patient est dénuée de question financière, le salaire du professionnel ne dépendant pas directement du soin dispensé au patient. Ils sont rémunérés à la fonction et non à l'acte.

Ce statut salarial permet aux professionnels de santé de bénéficier du droit du travail et de la protection sociale, mais aussi de se consacrer à des activités non rémunératrices (tutorat de stagiaires, réunions de coordination ou de concertation par exemple).

Une participation bénévole à l'activité des centres est également possible.

---

<sup>44</sup> Instruction n° DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé, page 3

### 3.2.2 La gestion non lucrative des centres de santé

Les centres de santé sont créés et gérés « soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements publics de coopération intercommunale, soit par des établissements publics de santé, soit par des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif<sup>45</sup>. » L'article L6323-1-4 du Code de la santé publique précise que « les bénéfices issus de l'exploitation d'un centre de santé ne peuvent pas être distribués. Ils sont mis en réserve ou réinvestis » au profit des structures à but non lucratif gérées par le même gestionnaire. C'est une précision importante depuis que des structures à but lucratif peuvent explicitement créer et gérer des centres de santé (établissements de santé privés et sociétés commerciales d'intérêt collectif. En effet, jusqu'en 2018, il n'existait pas de mention d'une possibilité de gestion d'un CDS par un gestionnaire poursuivant un but lucratif.

Cette « *approche plus qualitative et moins lucrative (...) pour des services qui sont rendus par le libéral* » est une spécificité des CDS retenue par les administrateurs du centre de santé de Combourg<sup>46</sup>.

Ce principe de gestion non-lucrative des centres de santé renforce l'absence de relation financière entre le professionnel de santé et le patient. La bonne gestion des centres implique néanmoins une attention des gestionnaires à leur équilibre financier afin de garantir la pérennité des postes et du centre lui-même.

### 3.2.3 Un accès aux soins possible pour tous et partout

L'égalité d'accès aux soins pour tous est le principe fondateur des centres de santé. E. Vigneron rappelle que « les centres de santé sont les héritiers de la médecine sociale c'est-à-dire au service de tous et au service du bien-être de ses concitoyens<sup>47</sup>. » La France connaît des inégalités sociales et territoriales de santé très fortes, et la désertification médicale risque encore de les creuser car elle touche les endroits déjà les plus fragiles socialement. Les centres de santé jouent un rôle dans la lutte contre ces inégalités. Pour le président de l'association du centre de soins de Combourg, le centre de santé « *s'adresse à toutes les catégories de population dans une éthique de large compréhension des difficultés individuelles, familiales.* »

---

<sup>45</sup> Article L6323-1-3 du Code de la santé publique

<sup>46</sup> Entretien avec les administrateurs de l'association

<sup>47</sup> Vigneron E., *op cit.*, p. 179

L'accessibilité aux soins proposée par les centres de santé passe en premier lieu par la pratique du tiers payant, sans dépassement d'honoraires. Comme l'indique l'instruction du 27 juin 2018 relative aux centres de santé, « c'est là leur spécificité depuis leur création et les nouveaux textes ont entendu la maintenir ». Ils doivent également réaliser, « à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie<sup>48</sup>. » La fondatrice du CSI de Combourg m'indiquait ainsi : *« Et cela a été un des objectifs en créant l'association. Si moi je ne suis pas là, je veux que les choses durent, que les gens puissent se soigner sans verser une somme, le ticket modérateur c'était 1.26 francs, ils étaient fiers de se soigner. C'était mon premier objectif. »*

Les centres de santé ont obligation d'être « ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels y exerçant<sup>49</sup>. » Le projet de santé, que tout centre de santé est tenu de rédiger, doit selon l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé comporter les mesures mises en œuvre pour en garantir l'effectivité. Ils ne peuvent donc refuser de prendre en charge une personne pour laquelle la dispense de soins ne serait pas « rentable » pour le centre. Pour illustrer ce propos, on peut citer deux exemples concernant les soins infirmiers : les personnes en perte d'autonomie font souvent l'objet de plusieurs soins, qu'ils soient « techniques » (les actes médico-infirmiers (AMI) ou dit de *nursing* - officiellement dénommés actes de soins infirmiers (AIS). Les soins de *nursing*, notamment les toilettes, prennent du temps aux professionnels et sont moins rémunérés que ceux techniques. Le centre de santé infirmier ne peut néanmoins pas refuser, à la différence d'un infirmier libéral, de faire ce soin<sup>50</sup>. Un autre exemple concerne l'indemnisation par l'Assurance maladie des frais kilométriques de l'infirmier : si un autre infirmier est présent dans la ville du patient, l'infirmier subira une décote du remboursement de ses frais alors que le patient est pourtant libre de choisir son praticien. L'infirmier du CDS ne pourra pas refuser de se rendre au domicile d'un patient qui ne serait pas sur le trajet de la tournée et pour lequel il serait, de surcroît « mal indemnisé ».

Les centres de santé peuvent participer à la permanence des soins ambulatoires. Ils sont par ailleurs fortement incités à couvrir une large plage horaire d'ouverture du centre et à permettre l'accès à des soins non programmés. Cette implication des centres de santé dans la permanence des soins peut contribuer à la réduction du recours aux urgences hospitalières dont on connaît

---

<sup>48</sup> Article L6323-1 alinéa 3 du Code de la santé publique

<sup>49</sup> Article L6323-1 alinéa 4 du Code de la santé publique

<sup>50</sup> J'ai souvent entendu dire durant mon stage « les infirmiers libéraux refusent de faire les toilettes » ; cela a été confirmé par un infirmier, libéral lui-même, nouvellement installé et disant que lui acceptait ce type de soins et qu'il allait pouvoir profiter de ce segment.

l'augmentation continue et dont la Cour des comptes a pointé dans son dernier rapport annuel<sup>51</sup> la trop grande sollicitation.

La diversité des centres, notamment dans leurs implantations géographiques, démontre également le souci de leurs gestionnaires de s'adapter aux besoins de la population locale et de répondre pour les uns à une désertification médicale ou à une carence de professionnels libéraux, pour les autres d'offrir un lieu d'accès aux soins conventionnés sans dépassement d'honoraires.

### 3.2.4 Une mission au-delà du soin

La conception de la santé retenue dans les centres de santé est celle de la santé prise dans sa globalité et tenant compte de ses déterminants. C'est donc, au-delà du volet purement sanitaire, une approche sociale et médico-sociale. La fondatrice de l'association du centre de soins de Combourg m'indiquait lors d'un entretien : « *je sentais qu'on pouvait autre chose que piquer les gens et faire des pansements, autre chose en se rassemblant* », et un administrateur d'ajouter : « *les interférences entre le physique et le mental et le moral, ici on a ce souci-là*<sup>52</sup>. » Les centres de santé s'inscrivent dans un environnement auquel ils s'adaptent et qu'ils analysent pour élaborer leur projet de santé afin de répondre aux besoins du territoire et de sa population. C'est ainsi que l'offre de services du centre de santé est définie ; elle peut évoluer au cours du temps en fonction de l'évolution des besoins. Des centres de santé qui accueillent une part de personnes sans couverture sociale vont développer l'accueil social pour permettre le cas échéant l'ouverture des droits ; des centres de santé, comme celui de Combourg, situés en ville de milieu rural avec une population âgée vont construire des relations et des actions avec les services d'aide à domicile, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide) et les services de gérontologie du département afin de proposer des réponses complémentaires et coordonnées aux besoins de cette population. Bien qu'une attention particulière puisse être apportée aux populations dont les besoins sont les plus criants sur le territoire, la permanence des soins garantit que tous y aient néanmoins un égal accès. C'est ainsi que, naturellement, les centres de santé ont développé et développent encore des actions d'éducation à la santé, de prévention, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique du

---

<sup>51</sup> Cour des comptes, « Les urgences hospitalières toujours trop sollicitées », *Rapport public annuel 2019*, 2019, <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgenceshospitalieres-Tome-2.pdf>: consultée le 8 avril 2019

<sup>52</sup> Entretien avec la fondatrice de l'association

patient. Ces actions vont dans le sens d'une approche globale des besoins du patient, adaptée aux populations du territoire, et d'une réponse qui ne soit pas que curative. Ils peuvent également pratiquer les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

La coordination externe dans les centres de santé s'entend du travail en réseau avec les services médicaux, médico-sociaux et sociaux du territoire. Cette coordination externe peut aller jusqu'à l'intégration de tels services dans l'offre du centre de santé. Le centre de santé ne travaille pas seul, il est présent aux réunions de concertation lorsqu'il y est invité et la fonction de coordination permet ce relais. On peut également noter qu'en plus du travail en équipe, le salariat est un avantage des centres de santé pour participer à ce travail en réseau car il permet de dégager du temps hors du soin. Il apparaît souvent qu'à l'inverse, les professionnels de santé libéraux ne sont pas présents à ces temps de travail en réseau car ils n'ont pu s'absenter de leur cabinet. La coordination en centre de santé s'exerce également en interne par un travail d'équipe coordonné autour du dossier de soins du patient et du projet de santé du centre. Le professionnel de santé n'exerce pas seul en centre de santé : qu'il soit mono-professionnel ou pluri-professionnel, le centre de santé compte du personnel administratif, chargé de l'accueil, de la facturation et de la gestion du tiers payant, avec lesquels le professionnel de santé doit travailler de façon étroite. A Combourg, le centre de santé dans lequel j'ai effectué mon stage a d'abord compté des infirmières. Puis, en ouvrant en 2005 un nouveau service, il a recruté des aides-soignantes. Les deux équipes étaient séparées, y compris physiquement dans les locaux du centre ; seule la coordinatrice permettait le passage d'informations d'une équipe à l'autre. Un travail a été accompli par la direction pour que ces deux équipes n'en fassent plus qu'une, échangeant et travaillant avec des outils communs ; le résultat se voit aujourd'hui au niveau de l'équipe, mais également des patients qui y voient un gain en termes de cohérence de la prise en charge. Les salariés parlent même de « leurs collègues de l'ADMR », association avec laquelle le centre mène une expérimentation (le SPASAD) et qui permet une intervention en binôme aide-soignante et aide à domicile chez le patient. Le rôle de pivot du coordinateur est essentiel dans cette animation d'équipe, ainsi que dans la coordination des parcours des patients et dans le cadre des relations institutionnelles et partenariales. A Combourg, l'enjeu du départ à la retraite dans cinq ans de l'infirmière coordinatrice préoccupe déjà le conseil d'administration de l'association car c'est le départ d'un « pilier », selon leurs termes<sup>53</sup>. On observe d'ailleurs que les maisons de santé font également appel aujourd'hui à des coordinateurs formés afin de faciliter le travail en équipe.

---

<sup>53</sup> Entretiens avec le conseil d'administration de l'association, des patients et propos entendus lors d'une réunion de concertation autour de la situation d'un usager des services.

Selon les administrateurs de l'association, « *l'émulation du travail en équipe - le partage et l'obligation de dialogue -, cela apporte du contenant aux professionnels. Il y a de l'épaisseur, à la différence du libéral, même en maison de santé : une échelle hiérarchique et de compétences pour des services qui sont rendus par le libéral, ils prennent plus de temps que les libéraux j'ai l'impression, il y a moins de pression sur le temps*<sup>54</sup>. »

L'Accord national entre l'Assurance maladie et les centres de santé permet l'octroi d'une rémunération forfaitaire complémentaire pour cette coordination. Les termes de l'accord insistent dans le préambule sur le fait que la prise en charge coordonnée des patients constitue un des leviers majeurs d'amélioration de la qualité des soins aux patients et de leur qualité de vie<sup>55</sup>. La fonction de coordination y est un prérequis pour tous les types de centres de santé.

Cette conception de la santé, issue de la médecine sociale et suivie par les centres de santé, correspond de surcroît aujourd'hui aux besoins de la transition épidémiologique : l'explosion des maladies chroniques et le moindre recours à l'hospitalisation des patients nécessitent en effet une approche globale et un travail intersectoriel afin de permettre une réponse adaptée et réactive à ces nouveaux besoins.

Les centres de santé sont donc des structures de santé de proximité, avec ou sans médecins, pouvant dispenser des soins au centre ou au domicile des patients et engagés dans des actions au-delà du sanitaire. Ils doivent élaborer un projet de santé. Nous avons pu voir à quel point ils sont divers (salariés, activités, lieu d'implantation, histoire, gestionnaire). Néanmoins, ils partagent une volonté commune d'offrir des soins de qualité, partout où cela est nécessaire, ouverts et accessibles à tous (tiers payant et refus du dépassement d'honoraires), par une approche globale des besoins de la personne (prise en compte des déterminants de la santé) et une coordination en interne (dossier de soin et travail en équipe) et en externe (travail en réseau). Ils sont, du fait de ces dernières caractéristiques, un mode d'exercice singulier qui, cependant, ne semble pas susciter autant d'attention que ses principes fondateurs le mériteraient. Nous allons voir maintenant les faiblesses des centres de santé qui peuvent expliquer le moindre intérêt dont ils font l'objet.

---

<sup>54</sup> Entretien avec des administrateurs de l'association

<sup>55</sup> Accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, juillet 2015





## **4 LES CENTRES DE SANTE : UN MODELE QUI SEMBLE FRAGILE**

---

En 2013, l'IGAS intitule le titre de la première partie de son rapport « structures d'exercice regroupé de la médecine ambulatoire en secteur 1, les centres de santé forment un monde fragmenté, méconnu et fragile ». Il convient de s'intéresser dans cette partie aux raisons qui l'ont poussée à poser ce diagnostic et à voir si ce constat est encore pertinent aujourd'hui. Pour cela, nous nous pencherons d'abord sur la connaissance des centres de santé par la population, les partenaires et les autorités (4.1), puis sur leur modèle économique souvent qualifié de « fragile » ou de « boiteux » (4.2).

### **4.1 Un objet méconnu ?**

Nous poserons dans cette partie la question de la méconnaissance des centres de santé à travers trois pistes d'explication : leur hétérogénéité, leur image floue et leur poids faible. En effet, le rapport de 2013 de l'IGAS n'est pas le premier à poser ce diagnostic : cela avait été le cas auparavant du rapport de la même institution concernant les centres de soins infirmiers qui faisait « le constat d'une méconnaissance globale des centres de soins infirmiers<sup>56</sup>. » Cette partie sera également l'occasion de s'interroger sur la persistance de ce diagnostic à travers les années.

#### **4.1.1 Un ensemble très hétérogène**

La présentation de l'objet centre de santé dans la première partie nous a permis d'en saisir la diversité. Il faut ajouter aux différences liées aux professionnels, aux activités et aux gestionnaires une hétérogénéité de taille. Le centre de santé de Combourg compte par exemple une trentaine de salariés. Un centre de santé polyvalent en région parisienne peut compter plus de 100 équivalents temps plein, comprenant des chefs de pôles ou de services, des médecins spécialistes, du personnel médical et paramédical, une vingtaine de secrétaires-comptables<sup>57</sup>. Le centre de santé départemental de Saône-et-Loire est quant à lui composé de quatre centres de santé médicaux disposant chacun de cinq antennes et compte, après un an d'ouverture, 34 médecins généralistes en équivalent temps plein (ETP). Il existe également des centres de santé salariant moins de cinq professionnels. Le fait qu'un centre de santé puisse disposer d'antennes ajoute également à cette hétérogénéité. Selon l'IGAS reprenant l'enquête de la CNAMTS de 2012, le

---

<sup>56</sup> Titre de la première partie du rapport n° RM2006-176P de l'IGAS, *Situation financière des centres de soins infirmiers*, novembre 2006

<sup>57</sup> C'est l'exemple du centre de santé de Champigny-sur-Marne

nombre de professionnels en centres de santé « *varie de 1 médecin à temps partiel à 323,7 ETP, la moyenne se situant à 11,4 ETP dont 7,8 ETP soignants*<sup>58</sup>. » 69% des centres auraient à cette époque moins de dix ETP, surtout les centres de santé infirmiers et dentaires. Quant aux centres de santé médicaux et polyvalents, ce sont majoritairement de gros centres qui à l'époque de l'enquête salariaient la moitié des ETP en centres de santé bien que ne représentant qu'un tiers des structures.

L'IGAS souligne également que la représentation des centres de santé reflète leur diversité et que le pilotage par les pouvoirs publics « *ne contribue pas à une bonne connaissance de ce secteur*<sup>59</sup>. » Ils sont, selon l'IGAS, mal connus de « *l'Assurance maladie et du ministère chargé de la santé* », chose surprenante quand on pense que ce sont les pouvoirs publics avec lesquels les centres de santé ont le plus à traiter.

Le rapport de 2013 de l'IGAS parle d'une difficulté du fait de « *la grande hétérogénéité du monde des centres de santé* ». Elle a visité quinze centres et c'est le premier constat qu'elle dresse en citant quelques exemples concrets<sup>60</sup>. Cette hétérogénéité est réellement frappante pour qui s'intéresse aux centres de santé. Les centres devraient davantage communiquer sur les valeurs sur lesquelles ils se fondent (tiers payant, salariat, accès aux soins pour tous et partout où c'est nécessaire) et qui sont leurs points communs. Cela permettrait une meilleure identification. Or, il semble délicat pour les centres d'arriver à bien différencier ce qui relève de la communication et l'information de ce qui relève de la publicité qui leur est expressément interdite par les textes réglementaires, quelle que soit sa forme<sup>61</sup>. Ce questionnement a été présent à Combourg tout au long de mon stage, que ce soit concernant l'affichage du logo de l'association sur les voitures de service, les modalités d'affichage de la présence d'un centre de santé sur le bâtiment ou le dépôt de communications sur l'association dans les services de Combourg : à chaque fois, la même crainte exprimée de « froisser les libéraux ». En effet, l'article L6323-1-9 indique par exemple que « *l'identification du lieu de soins à l'extérieur des centres de santé (...) [est assurée] par les centres de santé* », mais sans en préciser le cadre dont le dépassement pourrait conduire des

---

<sup>58</sup> IGAS, Georges et Waquet, 2013, *Rapport sur la situation économique et la place des centres de santé dans l'offre de soins de demain*, N°RM2013-119P, p. 14

<sup>59</sup> IGAS, Georges et Waquet, 2013, *Rapport sur la situation économique et la place des centres de santé dans l'offre de soins de demain*, N°RM2013-119P, p. 16

<sup>60</sup> *Ibid* p.13

<sup>61</sup> Article L6323-1-9 alinéa 2 du code de la santé publique : « *Toute forme de publicité en faveur des centres de santé est interdite.* »

professionnels libéraux, leurs ordres ou syndicats professionnels à tenter une action judiciaire pour concurrence déloyale<sup>62</sup>.

Leur hétérogénéité contribue à ce que l'objet centre de santé ait une image floue. Néanmoins, en y regardant de plus près, même un centre de santé implanté dans une commune depuis des années a une image floue.

#### 4.1.2 Une image floue

Au cours de mon stage, il m'est apparu que l'association du centre de soins avait été connue au départ comme le centre de soins : l'association, via ses bénévoles, menait des actions de prévention grand public et organisait des fêtes chaque année ; elle communiquait largement et la ville connaissait peu d'infirmières libérales. Aujourd'hui, l'association est connue comme « le SSIAD de Combourg », le centre de soins n'est plus repéré par nombre de professionnels locaux rencontrés bien que le nom de l'association en soit encore emprunt. Les administrateurs que j'ai interrogés disent que « *l'association est connue comme le SSIAD parce qu'ils en ont besoin, à la différence du centre de soins infirmiers où il y a du choix avec les libéraux ; le SSIAD c'est parce qu'il est unique, on en a le monopole* ».

E. Vigneron regrette dans son ouvrage sur les centres de santé qu'ils aient été trop souvent décrits de 1945 à nos jours comme « *des dispensaires à peine évolués, tout juste utiles à soigner des indigents*<sup>63</sup>. » Selon lui, cela a contribué à ce que personne ne s'y intéresse de près et à ce qu'on soit en 2014 incapable d'en connaître le nombre exact sur le territoire français. Il y déplore également le peu de détails dont dispose l'Assurance maladie sur leur activité.

Concernant les centres de santé infirmiers, l'IGAS indique dès l'introduction de son rapport sur leur situation financière que « *la mission a dressé d'emblée le constat d'une méconnaissance de ces structures, le terme "centres de soins infirmiers" étant souvent source de confusion avec les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) y compris dans les services de l'Etat.* » A leur sujet, la complexité vient également du fait qu'ils dépendent des dispositions relatives à tous les centres de santé pour leur création mais que leur personnel relève d'un accord de branche des services à domicile et que leur financement soit lié aux accords de revalorisation des actes infirmiers

---

<sup>62</sup> Cela a été le cas notamment dans l'affaire *Addentis* jugée par la Cour de Cassation. Cass. 1<sup>è</sup> civ. 26 avril 2017 n°16-14.036

<sup>63</sup> Vigneron E., *Les centres de santé, une géographie rétrospective*, Paris, Fédération des établissements hospitaliers d'assistance privés (FEHAP), 2014, 247p., p. 67

libéraux<sup>64</sup>. J'ai pu le constater à de nombreuses reprises durant mon stage. Il arrive régulièrement que les stagiaires arrivant au centre de santé pensent rentrer dans un cabinet d'infirmiers libéraux ; certains administrateurs découvraient qu'ils s'étaient engagés dans un centre de santé lorsque je les ai interrogés, ils connaissaient le centre de soins mais pas son rattachement à la catégorie plus globale des centres de santé. Pour eux, le terme « centre de santé » était récent et avait changé au niveau réglementaire ; il leur appartenait de définir ce qu'ils voulaient que le centre soit : *« il y a plusieurs appellations : MSP je vois bien ; maintenant ici qu'est-ce qu'on est ? Un centre de soin ? Une maison de santé ? Ça c'est quelque chose qui reste à définir je trouve, ça ne fait pas longtemps que je suis au centre de soin [4-5 ans]. Les appellations réglementaires peuvent évoluer. Va falloir qu'on retravaille sur l'appellation réglementaire qu'on entend porter. Il est intéressant pour nous de prolonger cette réflexion. »*

Même lors d'une réunion de travail avec l'IREPS, un échange entre une salariée de l'IREPS et la directrice de l'association a montré la confusion dans l'esprit des gens entre les centres de santé et le libéral : *« - Les libéraux, c'est vous [sous-entendu le centre de santé] », « - les centres de santé, on n'est pas des libéraux, on est salarié. » « - Ah bon ? A mon époque, ça n'existait pas. » « - Ah mais si, c'est ancien ! »*. Lors d'une réunion régionale de la C3SI à laquelle participaient douze centres de santé infirmiers bretons, des représentants bretons de la confédération ont raconté une rencontre avec un représentant de l'ordre infirmier en Bretagne qui ignorait l'existence de centres de santé infirmiers et leur mode de fonctionnement.

J'ai également entendu une ancienne infirmière libérale de Combourg dire lors d'une réunion de concertation que *« le centre de santé infirmier de Combourg a été créé en même temps que le SSIAD [pour rappel, le CSI existe depuis 1976 et le SSIAD depuis 2005] parce qu'il y avait le SSIAD mais c'est comme un cabinet libéral, c'est la même chose. »*

L'ancien président de l'association racontait pour sa part que lorsqu'il allait aux réunions du territoire de santé, il devait faire préciser dans les comptes rendus qui évoquaient « les professionnels libéraux » la présence du centre de santé de Combourg dans lequel *« nous avons 8 infirmiers qui vont à domicile et qui ne sont pas des libéraux. 8 ? 8 ? Médecins, assistantes sociales de l'hôpital, infirmiers-cadre et puis administrateurs ... sur le territoire de santé, ils n'enregistraient pas. Le plus rapide c'est de parler des libéraux, on inclut les médecins et les infirmiers, c'est par paresse intellectuelle, c'est du boulot à faire. »*

---

<sup>64</sup> IGAS, Léger et Mauss, 2006, Situation financière des centres de soins infirmiers, Rapport n°RM2006-176p., p.3

Autant d'exemples qui illustrent cette image floue du centre de santé et qui est largement partagée.

L'observatoire des centres de santé devrait permettre d'avoir au fur et à mesure du temps une vision plus fine des centres de santé qui permettra peut-être ensuite une meilleure communication sur ce type d'offre de soins. De plus, les centres de santé sont de plus en plus nombreux à l'alimenter.

#### 4.1.3 Un poids faible

E. Vigneron, dans son ouvrage sur les centres de santé écrit : « *Et l'on parvient ainsi à la situation actuelle. Les centres de santé existent mais ne sont pas très nombreux. Ils existent mais ils sont empêtrés dans les difficultés budgétaires créées. Ils existent mais ils ne se développent pas ou seulement à la faveur de quelques-uns qui parviennent à imposer leur projet à force d'y croire. Et cependant, les hommes et les femmes politiques en reconnaissent l'intérêt, les soutiennent de leurs discours ou, en tous cas, ne les condamnent pas. Les organisateurs du système de santé voient bien qu'il y aurait là un achèvement de l'organisation sanitaire du pays*<sup>65</sup>. » Il peut effectivement paraître étonnant, étant donné leurs spécificités et leur utilité sociale, qu'ils ne soient, tous types de centre confondus, qu'environ 1 800 sur tout le territoire.

Les centres de santé ne « *représentent que 2,3% des dépenses des soins de ville et 2,4% des remboursements de soins ambulatoires par l'Assurance maladie*<sup>66</sup>. » Dans la Revue Prévenir, en 1999, il était rappelé leur poids faible en part de dépenses de soins et en part salariale puis il était noté « *un réel manque de reconnaissance* » des centres de santé, qui pourtant « *jouent un rôle social déterminant qu'aucune autre structure de proximité ne joue*<sup>67</sup>. » Il était reproché que les dossiers n'avancent pas, que malgré un dialogue entre le ministère et les représentants des gestionnaires il y ait un manque de volonté politique de reconnaissance de leur place et de leur rôle dans le système de soins et de santé français. Il était déjà fait état d'une exclusion des centres de santé - en l'espèce, dentaires - d'un accord entre la Caisse nationale d'assurance maladie et des syndicats professionnels. Il était demandé « *d'arrêter d'ignorer l'action des centres de santé*

---

<sup>65</sup> Vigneron, E. *op. cit.*, p194

<sup>66</sup> IGAS, Georges et Waquet, 2013, Rapport sur la situation économique et la place des centres de santé dans l'offre de soins de demain, N°RM2013-119P, p19

<sup>67</sup> Gillot-Dumoutier C., « Les centres de santé : pertinence et modernité », Prévenir (Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste), vol. 1, n° 36, 192 p., p. 53-60, p. 59

*ou de les confondre avec les anciens dispensaires*<sup>68</sup>. » Ce défaut de reconnaissance de la place des centres de santé dans l'offre de soin s'illustre également dans leur inscription tardive dans le Code de la santé publique.

Aujourd'hui, dans les discours des autorités, les centres de santé sont présents : par exemple, l'actuelle ministre des solidarités et de la santé a déclaré devant le congrès de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) que « *les centres de santé étaient le fer de lance du déclouonnement entre la ville et l'hôpital* » et représentaient « *un modèle d'organisation coordonnée qu'il faut soutenir et promouvoir*<sup>69</sup>. » Avant elle, l'ancienne ministre avait indiqué, dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, « *l'importance de la place des centres de santé dans l'offre de soins de premier recours* ». Néanmoins, les CDS demandent toujours, comme l'a fait dans son discours d'ouverture du congrès national de la FNCS son président le docteur May, « *d'abord, un soutien renforcé des institutions au niveau national qui encourage, accompagne voire pilote la création de centres de santé ; un soutien aussi aux nombreux élus des collectivités qui ont fait le choix de créer des centres de santé*<sup>70</sup>. »

En effet, dans un environnement de la santé ambulatoire fortement libéral, les centres de santé se voient « *comme la 5<sup>ème</sup> roue du carrosse*<sup>71</sup> » à laquelle on fait appel quand on n'a pas réussi à convaincre les professionnels libéraux de s'impliquer : c'est notamment, pour le Dr Lopez<sup>72</sup>, le cas des élus locaux qui impulsent aujourd'hui la création de centres de santé sur leurs territoires « *parce qu'ils n'ont pas trouvé de solution libérale, ils essaient un autre modèle d'organisation de l'ambulatoire.* » Les centres de santé aimeraient qu'on pense à eux : l'ancien président de l'association où j'ai effectué mon stage se réjouissait qu'aujourd'hui « *les autres intervenants pensent à [eux], que la population sache [que le centre de santé] existe et ce que l'on fait.* » Néanmoins, j'ai pu observer que le centre de santé comme structure sanitaire était encore oublié ; par exemple, lors de la création de l'instance de proximité de la MAIA du territoire de santé n°6, n'étaient indiqués comme personnes morales pouvant représenter le secteur sanitaire qu'« *un pôle de santé ou des représentants libéraux*<sup>73</sup>. »

---

<sup>68</sup> *Ibid*, p. 60

<sup>69</sup> <http://www.lescentresdesante.com/discours-dagnes-buzyn-allocation-lors-58eme-congres-national-centres-de-sante-12-octobre-2018>, consultée le 21 mars 2019

<sup>70</sup> <http://www.lescentresdesante.com/58-eme-congres-national-centres-de-sante-discours-douverture-dr-eric-may-president-11-octobre-2018>, consultée le 21 mars 2019

<sup>71</sup> Expression employée par un administrateur de l'association dans laquelle j'ai réalisé mon stage

<sup>72</sup> Entretien téléphonique avec le Dr Lopez le 13 mars 2019

<sup>73</sup> Instance plénière de la MAIA du territoire n°6, 31 janvier 2019

Outre la méconnaissance dont ils sont victimes, les centres de santé rencontrent souvent des obstacles à leur implantation ou leur développement sur un territoire afin de protéger l'exercice libéral : ce fut le cas à Combourg lors de la création de l'association et cela l'est encore aujourd'hui du fait de l'orientation libérale de la municipalité<sup>74</sup>. Jean-François Rey, en parle également dans la revue Prévenir dès 1999 quand il évoque le contexte à Marseille où « nous avons su maintenir un cap, envers et contre tous, dans un environnement difficile. Je pense encore aux premières réunions avec les syndicaux médicaux où nous avons été traités de façon assez cavalière<sup>75</sup>. » La première Convention médicale en 1971 soumettait d'ailleurs la création des centres de santé à l'approbation des syndicats des médecins libéraux.

La plupart des écrits concernant les centres de santé regrettent que seule la concurrence, le plus souvent qualifiée même de déloyale, soit mise en avant et non l'opportunité de complémentarité entre deux offres de soins, l'une libérale, l'autre salariale. Du côté des centres de santé, il semblerait que le travail avec les libéraux ait souvent été recherché : E. Vigneron indique dans son ouvrage que les concepteurs des centres de santé (citant des écrits du Pr Calmette et du Dr Hazemann), se préoccupent uniquement de médecine et plaident « en faveur de la collaboration avec les praticiens libéraux cherchant à leur ménager une place essentielle dans le dispositif qu'ils inventent<sup>76</sup>. » La fondatrice de l'association du centre de soins de Combourg m'indiquait également qu'ils les invitaient « systématiquement mais qu'ils [les libéraux] ne venaient pas<sup>77</sup>. »

Les professionnels des centres de santé déplorent également les discriminations dont leur mode d'exercice serait victime et qu'ils doivent combattre les unes après les autres : les abattements de 10 à 30% appliqués aux centres de santé sur les tarifs-plafonds des professionnels libéraux supprimés seulement en 1981, une transposition des avenants des libéraux concernant les aides à l'installation et au maintien moins favorable aux centres de santé « sans argument logique<sup>78</sup> » ou encore la plateforme INZEECARE qui « permet à n'importe quel établissement de trouver dans l'heure une infirmière libérale disponible, qui viendra au domicile du patient assurer les soins à la sortie de l'hospitalisation<sup>79</sup>. » Le problème de cette plateforme qui indique néanmoins respecter le libre choix du patient, c'est que seuls les infirmiers libéraux peuvent à l'heure actuelle s'y

---

<sup>74</sup> Entretiens avec les administrateurs de l'association, le 5 février 2019

<sup>75</sup> Rey J-F., Reigner J., « Les chefs de file d'une école de pensée », Prévenir (Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste), vol. 1, n° 36, 192 p., p. 45-50, p. 47

<sup>76</sup> Vigneron, E. *op. cit.*, p. 61

<sup>77</sup> Entretien téléphonique avec la fondatrice de l'association du centre de soins de Combourg, le 20 février 2019

<sup>78</sup> Entretien téléphonique avec le Dr Lopez le 13 mars 2019

<sup>79</sup> <http://bretagne.infirmiers-urps.org/>, consulté le 21 mars 2019

inscrire. Elle exclut donc les infirmiers des centres de santé qui ne peuvent par conséquent pas bénéficier de cette visibilité.

Beaucoup de professionnels de centres de santé interprètent ces différences comme des discriminations à l'encontre des centres de santé. E. Vigneron parle même dans son ouvrage de « *l'indifférence voire de l'hostilité dont ils ont continûment été l'objet de la part du très puissant lobby des médecins libéraux et de leurs avocats au ministère de la Santé et à la CNAM*<sup>80</sup>. » Il ne nous appartient pas ici d'en juger. Dans tous les cas, ce poids numérique, médiatique et politique faible des centres de santé a comme conséquence que, volontairement ou non, des outils professionnels ne sont pas conçus pour eux : ces outils sont faits par et pour des libéraux et ne sont pas adaptés à des structures d'exercice collectif.

De plus, bien que les représentants des gestionnaires des centres de santé négocient avec les pouvoirs publics, ce n'est pas le cas des salariés qui ne sont pas représentés en tant que tels dans ces négociations. Faisant part aux directeurs de centres de santé infirmiers présents lors d'une réunion régionale de la C3SI le 26 février 2019 de ma surprise concernant la décote des soins infirmiers à domicile qui se traduit par le fait que le premier soin est payé à l'infirmier à 100%, le deuxième à 50% et tous les autres ne le sont pas, ce qui conduit une partie des actes à être dispensée de façon « bénévole » par les infirmiers qu'ils soient libéraux ou salariés, ces derniers m'ont indiqué que le problème est que les infirmiers salariés ne veulent souvent pas s'inscrire à l'ordre des infirmiers, même quand la structure paie la cotisation pour eux. Par conséquent, ils ne sont pas représentés dans leurs ordres professionnels et ne peuvent pas mettre en avant leurs revendications.

Les centres de santé sont donc un objet méconnu, de faible poids notamment face aux organisations des professionnels libéraux. Des principes déontologiques des professions libérales, notamment médicales, sont en contradiction avec l'exercice en centre de santé, comme la liberté d'installation et le paiement direct des honoraires par le malade. Néanmoins, leur modèle d'exercice coordonné est proche de celui se mettant en place dans les MSP : les enjeux du travail en équipe se ressemblent, ce qui permet un rapprochement de certaines fédérations. Cependant, les CDS ne sont pas des structures d'exercice libéral et la transposition de ce modèle à leur activité concernant le mode de rémunération des centres les handicape.

---

<sup>80</sup> Vigneron, E. *op. cit.*, p.122

## 4.2 Un modèle économique fragile

Les problèmes financiers des centres de santé ont été pointés dès 1999 dans la revue *Prévenir*, par l'IGAS pour toutes les catégories de centres de santé en 2007 et en 2013, et pour les centres infirmiers en particulier, en 2006, ainsi que par toutes les organisations représentatives gestionnaires de centres de santé dans l'ouvrage sous la direction du Docteur Michel Limousin *Les centres de santé en mouvement* et par l'ensemble des acteurs interrogés pour cette recherche. La faiblesse du modèle économique des centres de santé tient principalement à ce que les centres tirent leurs ressources des actes dispensés aux patients alors que leurs missions sont plus larges que ces seuls actes, qu'il existe un décalage entre la facturation des soins et les dépenses des centres, que les salaires doivent être versés tous les mois quel que soit le volume d'actes et que l'augmentation des charges n'est pas compensée par une évolution de la cotation des actes (4.2.1). Un accord entre l'Assurance maladie et les centres de santé a permis à ces derniers de pouvoir percevoir un complément financier (4.2.2) mais ils sont encore dépendants de la recherche de subventions complémentaires pour assurer leur pérennité et le maintien des postes (4.2.3).

### 4.2.1 Un financement par le remboursement des soins

Les centres de santé sont essentiellement financés par les actes de soins sur la base des tarifs des professionnels libéraux. Or, les valeurs des centres de santé ne correspondent pas à une rémunération à l'acte qui encourage à multiplier les actes au détriment de la qualité du soin, du travail en équipe et de la prise en charge globale du patient et de sa santé. De plus, les dépenses des centres de santé, essentiellement les salaires des professionnels (administratifs et soignants), rémunérés à la fonction, sont le plus souvent fixes<sup>81</sup> alors que le volume des actes varie selon l'activité des professionnels. Les obligations de service public des centres de santé comme la gestion du tiers payant ne sont pas financées mais demandent du personnel supplémentaire et du temps. C'est pour toutes ces raisons que E. Vigneron écrivait que les centres de santé « existent mais ils sont empêtrés dans les difficultés budgétaires créées<sup>82</sup>. » Les abattements sur les tarifs pratiqués par les centres de santé par rapport aux tarifs du secteur libéral ont été, jusqu'à leur

---

<sup>81</sup> Certains gestionnaires, notamment du secteur mutualiste, appliquent une part de rémunération variable en proportion des actes effectués. La majorité des gestionnaires y est opposée au motif que cela contrevient au modèle social des centres de santé.

<sup>82</sup> Vigneron, E., *op. cit.*, p. 194

suppression dans les années 80, une source de difficulté financière des centres, en plus d'être considérés comme injustes.

A cela s'ajoute que les professionnels - car ils ne posent pas leur candidature aux élections représentatives des ordres professionnels - et les gestionnaires de centres de santé sont absents des travaux sur les nomenclatures des actes qui se déroulent entre syndicats de professionnels libéraux et Assurance maladie. Ils ont donc une application automatique de tarifs négociés en leur absence et adaptés à un mode d'exercice qui n'est pas le leur.

Si on prend l'exemple des soins infirmiers, les infirmiers en CSI se voient appliquer une décote concernant les indemnités kilométriques quand sont présents sur le territoire des infirmiers libéraux. De plus, nous avons vu que les actes, déjà faiblement rémunérés, ont des règles d'abattement en cas d'actes multiples. Or, la patientèle en CSI est une patientèle âgée, souvent dépendante et/ou en affection longue durée à laquelle il convient de consacrer des temps de plus en plus longs. A Combourg, la part dans la patientèle des personnes en affection longue durée représentait en 2017, 54.1% de la patientèle totale et 60% des patients a entre 65 et 90 ans. Il m'a été régulièrement dit que dès que les patients commençaient à avoir des soins dits de *nursing*, comme des toilettes, les infirmiers libéraux ne les prenaient plus pour privilégier les actes techniques plus rémunérateurs et moins longs. Le rapport de l'IGAS sur les CSI de 2006 fait également état de cette accusation. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en fait également mention dans son étude sur le métier d'infirmière libérale<sup>83</sup> : elle évoque le sentiment des infirmiers libéraux d'une hausse des soins de *nursing*, au détriment des actes médico-infirmiers qu'ils associent à une perte de la définition et de la reconnaissance de leur rôle propre qui s'accompagne d'une perte de statut et de revenus « évoquée mais non avérée, de fait<sup>84</sup> ». La DREES indique également qu'« aujourd'hui le débat sur l'activité des infirmières libérales porte très largement sur les AIS [actes de soins infirmiers] et leur différence avec l'aide à la toilette. Ce débat partirait « du constat d'un écart très important de la proportion que prennent ces actes dans l'activité des infirmières libérales selon les zones géographiques où elles travaillent<sup>85</sup> » qui les incite à arbitrer entre le fait d'accepter ses soins

---

<sup>83</sup> DREES, Vilbrod et Douguet, 2006, *Le métier d'infirmière libérale*, tomes 1 et 2, *Série Etudes. Document de travail - DREES*, n° 58, 2 vol. (194 p. ; 216 p.).

<sup>84</sup> *Ibid*, tome 1, p.6

<sup>85</sup> *Ibid*, tome 2, p.9

comme faisant partie d'un soin de santé globale ou de les déléguer à d'autres professionnels car n'étant pas de leur ressort.

L'IGAS signalait en 2006 une aggravation des situations comptables des CSI et que « *de nombreux centres qui arrivaient jusqu'alors à équilibrer leurs comptes seront en déficit en 2006*<sup>86</sup>. » Au-delà d'efforts de gestion que les centres de santé devraient faire, l'IGAS en 2013 met en avant le modèle économique « structurellement boiteux<sup>87</sup> » des centres de santé pour expliquer leurs difficultés. Ces difficultés financières et cette lourdeur de gestion peuvent également expliquer que malgré leur utilité sociale, les centres de santé ne soient pas si nombreux sur le territoire. En tous cas, ce sont ces difficultés financières qui les conduisent à fermer car le mode de financement ne couvre pas l'intégralité des prestations qu'ils assurent et des charges auxquelles ils ont à faire face.

Le 1<sup>er</sup> août 2013, suite à la publication du rapport de l'IGAS, le site Hospimedia publiait une interview du Dr Lopez, alors président de la Fédération nationale des centres de santé, dans laquelle il expliquait ainsi les raisons des difficultés financières des centres de santé : « *Parce qu'on ne met pas en cause le paiement à l'acte, complètement inadapté à la médecine actuelle. Nous sommes dans un système où la prise en charge globale d'un individu a plus de poids que l'acte individuel effectué par un professionnel de santé. C'est d'autant plus vrai pour les centres de santé : notre prise en charge est populationnelle alors que l'acte a été créé pour une prise en charge lors d'un colloque singulier, dans le cadre d'un cabinet de médecine*<sup>88</sup>. » Selon lui, il aurait fallu « *un paiement totalement repensé, fondé sur les missions de ce « service territorial de santé » que serait le centre de santé*<sup>89</sup>. En attendant, les centres de santé doivent se contenter de « *rustines*<sup>90</sup> » complémentaires.

#### **4.2.2 Un complément possible par l'Accord national de 2015**

Afin de mieux prendre en compte les activités hors soin pratiquées par les centres de santé (gestion du tiers payant, actions de prévention et promotion de la santé, coordination interne et

---

<sup>86</sup> IGAS, Léger et Mauss, 2006, *Situation financière des centres de soins infirmiers*, Rapport n°RM2006-176P, p. 23

<sup>87</sup> IGAS, Georges et Waquet, 2013, *Rapport sur la situation économique et la place des centres de santé dans l'offre de soins de demain*, N°RM2013-119P, p. 5

<sup>88</sup> <https://www.fnccs.org/interview-du-president-de-la-fnccs-par-hospimedia>; consultée le 21 mars 2019

<sup>89</sup> Lopez R., « Place des centres de santé dans la médecine de ville », *Les cahiers de santé publique et de protection sociale*, 2018, volume 30, p. 22-31, p28

<sup>90</sup> <https://www.fnccs.org/interview-du-president-de-la-fnccs-par-hospimedia>; consultée le 21 mars 2019

externe, tenue d'un dossier de soins, accueil et prise en charge de toute personne nécessitant une prise en charge), des négociations ont eu lieu entre les centres de santé et l'Assurance maladie pour parvenir à un accord complétant la rémunération à l'acte liée à l'activité des centres.

Le premier accord entre les trois caisses d'Assurance maladie et les centres de santé a été signé en novembre 2002 et promulgué en 2003. Ce sont les organisations considérées comme représentatives des centres de santé regroupées au sein du RNOGCS qui l'ont négocié et non les organisations des professionnels soignants des centres. L'Union syndicale des médecins de centres de santé (USMCS) notamment avait demandé à être reconnu comme représentatif et à participer aux négociations mais cela avait été refusé. Cette demande est toujours actuelle au niveau de la FNCS dont le président a déclaré lors de son discours d'ouverture l'an passé « *pour autant, cet accord devra être un jour revisité avec pour premier objectif l'intégration des professionnels de santé salariés des centres aux négociations*<sup>91</sup>. »

On peut noter que cet accord dont les travaux avaient commencé en l'an 2000, est intervenu juste après l'obtention par les centres de santé de leur inscription dans le Code de la santé publique dans le cadre de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2000<sup>92</sup> ; ils demandaient depuis longtemps cette reconnaissance officielle. Cette loi prévoyait également le principe d'un accord national les concernant. Il a donc fallu deux ans de négociation pour parvenir au premier accord mais comme le souligne le Dr Lesieur cette durée « *s'explique par la nécessité, pour les parties en présence, de mieux se connaître*<sup>93</sup>. » En effet, l'essentiel des relations entre l'Assurance maladie et les CDS se faisait jusqu'à alors au niveau départemental. De plus, les objectifs des parties en présence peuvent sembler longs à concilier : en effet, il s'agissait pour l'Assurance maladie de « *décliner aux centres de santé la politique qu'elle appliquait aux professionnels libéraux* » et pour les centres de santé de « *faire reconnaître et valoriser la spécificité de leur activité*<sup>94</sup>. » Une fois l'accord signé, les centres sont libres d'y adhérer ou non.

Un nouvel accord a été signé le 8 juillet 2015 et est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre de la même année. Ce dernier est toujours en vigueur actuellement. Il a été complété par un avenant signé le 23 mai 2017 et publié au journal officiel le 17 novembre 2017 afin de prendre en compte l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures pluri-professionnelles, la convention

---

<sup>91</sup> <http://www.lescentresdesante.com/58-eme-congres-national-centres-de-sante-discours-douverture-dr-eric-may-president-11-octobre-2018/> ; consultée le 21 mars 2019

<sup>92</sup> Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000

<sup>93</sup> Lesieur, A., « L'accord national et le tiers payant » dans Limousin, E. (dir.), *Les centres de santé en mouvement*, Paris, Le Temps des Cerises, 2010, p. 250-260.

<sup>94</sup> *Ibid*

médicale libérale de 2016 et les évolutions règlementaires. Cet accord relatif aux centres de santé poursuit trois objectifs : améliorer la qualité des soins par une prise en charge coordonnée des patients, valoriser la qualité et l'efficacité des pratiques médicales et renforcer l'accès aux soins. Ces trois objectifs permettent trois types de financement : le premier constitue la rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé, elle est constituée d'un bloc commun socle et d'un bloc commun complémentaire, chacun divisé en engagements autour de trois axes (accès aux soins, travail en équipe/coordination et échange/système d'information). Elle est issue de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération dans le cadre du développement de l'exercice pluriprofessionnel en soins de premiers recours et rapproche les maisons de santé et les centres de santé puisque les premières bénéficient des mêmes dispositions dans le cadre de leur Accord conventionnel interprofessionnel. Le cadre est le même pour tous les types de centres tandis que le contenu des engagements est spécifique à chaque type de centre. Des engagements sont des prérequis et d'autres sont optionnels. Chacun permet au centre de santé de cumuler des points, la valeur du point étant de 7€. Si on prend l'exemple de l'accès aux soins, ce bloc s'entend pour l'ensemble des centres de l'amplitude horaire, de l'accès à des soins non programmés, des missions de santé publique, de l'accompagnement de publics vulnérables et de l'information du public. Ces éléments sont le plus souvent inhérents aux centres de santé ; par conséquent, les centres cumulent facilement des points. La part variable de la rémunération est établie pour une patientèle de référence moyenne mais celle-ci peut être majorée en fonction de la part de patients en situation de précarité (bénéficiaires de la protection universelle maladie ou de l'aide médicale d'Etat) ou en affection longue durée soignés par le centre. Le centre de santé de Combourg a ainsi cumulé 4 018 points en 2016, en reconnaissance de ses engagements.

Le deuxième objectif correspond quant à lui à une transposition des dispositions appliquées aux médecins libéraux concernant les rémunérations « médecin traitant », à savoir le forfait patientèle et la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) qui n'étaient pas appliquées aux centres de santé jusque-là. Cette transposition vient donc mettre fin « à des années d'inégalités de traitement entre professionnels<sup>95</sup>. » Il s'agit tout d'abord d'un « forfait patientèle » qui prend en considération des caractéristiques et critères d'âge, de pathologie et de précarité des patients reçus et ayant désigné comme médecin-traitant un médecin du CDS. Il s'agit ensuite du ROSP qui vise la qualité des pratiques et se base sur des indicateurs prenant en compte le suivi des pathologies chroniques, les actions de prévention et l'efficacité des prescriptions. Quant au

---

<sup>95</sup> Colombani, H., « Les centres de santé au cœur du développement des territoires », *Les cahiers de la fonction publique*, 2016, n°364, p. 51-55, p.54

troisième objectif visant l'amélioration de l'accès aux soins, il permet aux centres de santé de signer un contrat par lequel il s'engage à une maîtrise des coûts dentaires, une intégration dans les dispositifs de prévention instaurés pour les professionnels de santé libéraux, la participation à la permanence des soins ou encore la préservation de l'offre de soins en l'échange d'un soutien financier. Concernant les deux derniers objectifs, les centres de santé regrettent néanmoins que la transposition de ce qui a été négocié avec les libéraux ne se fasse pas dans les mêmes termes pour les centres de santé : il en va notamment des aides à l'installation et au maintien<sup>96</sup>. De plus, la gestion du tiers payant ne bénéficie toujours pas d'un financement spécifique alors qu'elle peut représenter le temps d'un ETP comme au centre de santé de Champigny sur Marne<sup>97</sup>.

### 4.2.3 La recherche de financements complémentaires

Nous parlerons ici de ce que l'IGAS appelle dans son rapport de 2013 les « *financements d'équilibre* », destinés à venir compléter les recettes des centres et qui contribueraient à masquer « *la situation d'impasse financière* » des centres liées au paiement à l'acte<sup>98</sup>.

Cette recherche de subvention peut être liée à la réalisation d'une action spécifique comme les actions sociales ou de santé publique ou à permettre l'équilibre financier du centre. Les subventions peuvent venir des collectivités ou des pouvoirs publics (Agences régionales de santé (ARS), Assurance maladie, Caisse d'allocations familiales...). Des fondations et des organismes privés lancent aujourd'hui des appels à candidatures ou à projets pour soutenir des initiatives de santé publique (les banques, les entreprises, la Fondation de France). Les financements participatifs sont parfois également sollicités par des centres de santé<sup>99</sup>.

Les organismes gestionnaires, notamment les collectivités territoriales, apporteraient selon le rapport de l'IGAS de 2013, 10% des recettes des centres de santé<sup>100</sup>. Il peut s'agir de municipalités ou de conseils départementaux. On peut noter que l'engagement financier de ces derniers risque d'augmenter ces prochaines années du fait de leur nouveau droit à créer des CDS instauré par la loi n°2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République dite loi

---

<sup>96</sup> Entretiens téléphoniques avec les Dr Lopez et Villebrun le 13 mars 2019

<sup>97</sup> Entretien téléphonique avec le Dr Villebrun, le 13 mars 2019

<sup>98</sup> IGAS, Georges et Waquet, 2013, *Rapport sur la situation économique et la place des centres de santé dans l'offre de soins de demain*, N°RM2013-119P, p. 26

<sup>99</sup> Le MarSOINS à St Nazaire a fait appel à un financement participatif citoyen pour aider au lancement de son activité itinérante.

<sup>100</sup> IGAS, Georges et Waquet, 2013, *Rapport sur la situation économique et la place des centres de santé dans l'offre de soins de demain*, N°RM2013-119P, p. 106

NOTRe « *dès lors que le centre de santé est un lieu de mise en jeu des compétences départementales*<sup>101</sup>. » Le conseil départemental de Saône et Loire s'est le premier engagé dans cette brèche et son initiative semble faire tâche d'huile. Nous y reviendrons dans la troisième partie. Ces subventions territoriales bénéficient plus aux centres médicaux et polyvalents qu'aux centres dentaires et infirmiers.

Les missions d'actions sociales et de santé publique sont inhérentes aux centres de santé ; elles étaient d'ailleurs jusqu'à l'ordonnance de 2018 relative aux centres de santé, obligatoires. Elles ne bénéficiaient pourtant pas de financement spécifique. Elles dépendent donc de la capacité du gestionnaire du centre à les supporter. Concernant les missions sociales, il s'agit de l'accueil médico-social, l'ouverture des droits, l'orientation, et peuvent aller jusqu'à l'embauche d'une assistante de service social ou le financement d'interprètes. Quant aux missions de santé publique, les centres de santé ont toujours mené des actions de prévention ou de promotion de la santé. A Combourg, le deuxième objectif poursuivi par la fondatrice en créant une association d'usagers était de « *mener des actions de prévention, d'éducation sanitaire et autres, et collaborer avec des organismes de terrain pour l'organisation de diverses activités*<sup>102</sup>. » La fondatrice m'a expliqué que ces actions qui auraient pu être financées, ne l'avaient pas été du fait de l'absence de compétence de l'équipe en montage de dossiers de demande subvention ; l'équipe n'a donc jamais demandé de fonds pour ces actions. Ces actions de santé publique peuvent être de dépistage, de vaccination, d'éducation thérapeutique du patient ou encore des interventions d'éducation à la santé dans différents milieux de vie et aller jusqu'à des centres de dépistage intégrés au centre de santé.

Cette recherche de fonds n'est pas évidente quand les salariés sont uniquement des professionnels soignants ; elle est de plus fastidieuse pour des financements précaires. Un des administrateurs de l'association du centre de soins de Combourg me disait que les appels à projets étaient « *des mesures non pérennes, des actions ponctuelles, ... c'est déjà de la précarité qui arrive masquée mais on ne peut pas négliger ce que l'autorité suprême lance* ». Quant à un ancien président de l'association, il explique que « *devant la difficulté à équilibrer le budget, l'ARS nous a conseillé de surveiller les appels à projet car c'était un moyen de trouver un équilibre, plutôt que de négocier un budget, ce qui n'est pas possible car il y a un taux directeur qui est simplement appliqué* [l'application du taux directeur ne concerne que le SSIAD de l'association] ». Lors d'une

---

<sup>101</sup> DGOS, Instruction n° DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé, p.7

<sup>102</sup> Ecrit rédigé par la fondatrice de l'association du centre de soins de Combourg à l'occasion des 25 ans de l'association

réunion régionale de la C3SI portant sur les actions de prévention, certains centres ont indiqué ne pas mener d'actions de prévention car « *sont sur le terrain* », d'autres en mener de manière bénévole car « *les appels à projets ce sont des habitudes qu'on n'a pas encore, faut des spécialistes, nous on est davantage spécialistes de la piqûre* ».

Ces actions relèvent donc de l'initiative des centres et de leur capacité à les assurer de façon « bénévole », à rédiger des demandes de subvention voire à créer des départements de santé publique dans leurs centres de santé. C'est d'ailleurs pour ces raisons que ces actions sont devenues optionnelles, le constat ayant été fait que certains centres « *ne pouvaient ou n'avaient simplement pas l'opportunité (...) de pratiquer l'ensemble de ces actions*<sup>103</sup>. » Des initiatives voient le jour au niveau des organisations représentatives des gestionnaires pour faciliter l'accès à ces subventions par un partage d'expériences comme nous le verrons dans la troisième partie avec le laboratoire de santé publique de la C3SI.

Cette recherche de financements complémentaires est donc une piste pour parvenir à l'équilibre financier des centres, tant que le paiement à l'acte sera la règle. Les centres de santé ont d'ailleurs des cartes à jouer pour cela en s'appuyant sur leurs valeurs pour développer de nouvelles activités et en demander le financement, ce que nous verrons dans la troisième partie. Des perspectives de substitution du paiement à l'acte existent néanmoins : en 2018, dix centres de santé ont en effet été retenus pour expérimenter le paiement forfaitaire de leur structure pour la patientèle totale, dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt pour des expérimentations innovantes prévues au titre de l'article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale 2018. Il s'agirait d'un forfait tout compris et annuel versé par la Sécurité sociale au centre de santé, pour chaque patient pris en charge. Les travaux sont en cours mais cette expérimentation va également dans le sens du rapport Aubert qui préconise la mise en place d'autres modes de rémunération (comme le forfait ou la dotation populationnelle) et la limitation du paiement à l'acte<sup>104</sup>. Peut-être allons-nous aujourd'hui vers la substitution d'un modèle « *structurellement boiteux*<sup>105</sup> » par un « *modèle économique des centres de santé désormais équilibrable*<sup>106</sup>. »

---

<sup>103</sup> DGOS, Instruction n° DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé, p. 5

<sup>104</sup> Ce rapport s'inscrit dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé actuellement en cours de réflexion au niveau de l'Etat français.

<sup>105</sup> IGAS, Georges et Waquet, 2013, *Rapport sur la situation économique et la place des centres de santé dans l'offre de soins de demain*, N°RM2013-119P, p. 5

<sup>106</sup> Lopez R., « Place des centres de santé dans la médecine de ville », *Les cahiers de santé publique et de protection sociale*, 2018, volume 30, p. 22-31, p. 28





## 5 DES LEVIERS POUR L'AVENIR DES CENTRES DE SANTE : LA MISE EN VALEUR DE LEUR CONTRIBUTION A LA REDUCTION DES INEGALITES DE SANTE

---

Lors du congrès de la Fédération nationale des centres de santé en 2018, Agnès Buzyn, ministre de la santé et des solidarités s'est exprimée ainsi en parlant des centres de santé : « *Acteurs de premiers recours et forces motrices de la pluridisciplinarité, les centres de santé ont vocation à être en tête de la médecine préventive de demain. Les centres de santé représentent par ailleurs un point d'appui déterminant dans la structuration des soins primaires. J'en suis convaincue, l'engagement traditionnellement fort des centres de santé dans la vie de leur territoire en fera un socle majeur pour le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé dans les années à venir, pour répondre aux besoins de la population dans les territoires. Je sais que la notion de « responsabilité populationnelle » qui constitue l'un des principaux mots d'ordre de l'organisation des soins de demain, vous est depuis longtemps familière*<sup>107</sup>. » En effet, les centres de santé ont de nombreuses cartes en main et une expérience de longue date pour répondre aux défis actuels, qu'ils concernent les soins de ville, le décroisement et le travail en partenariat, l'approche populationnelle des besoins, les capacités d'innovation et d'adaptation aux changements. Ils doivent saisir ces opportunités pour asseoir leur légitimité et s'armer de patience, sûrs de leurs valeurs, pour continuer à dépasser les obstacles mis sur leur route. C'est auprès de la population que les centres de santé continueront à trouver en premier la reconnaissance ; c'est avec son soutien qu'ils doivent construire des projets et innover. L'IGAS le notait déjà en 2013 en titre d'une partie de son rapport « *les centres de santé : une réponse aux besoins des patients, des professionnels de santé et aux impératifs de la médecine moderne*<sup>108</sup>. » Pour elle, il s'agissait d'y analyser la manière dont les centres de santé répondaient aux trois enjeux de l'époque, à savoir les difficultés d'accès aux soins, les nouvelles aspirations des jeunes professionnels et la transition épidémiologique. Nous avons pour notre part choisi de partir des valeurs et raisons d'être originelles des CDS pour voir comment ces dernières entrent en résonance avec les enjeux actuels de la santé et constituent autant de leviers à actionner pour une réelle reconnaissance, concrète et au-delà des mots, des centres de santé. Il s'agit de leurs

---

<sup>107</sup> <http://www.lescentresdesante.com/discours-dagnes-buzyn-allocation-lors-58eme-congres-national-centres-de-sante-12-octobre-2018/> ; consulté le 25 mars 2019

<sup>108</sup> IGAS, Georges et Waquet, 2013, *Rapport sur la situation économique et la place des centres de santé dans l'offre de soins de demain*, N°RM2013-119P, p. 49

actions pour garantir l'accès aux soins de toute personne sollicitant une prise en charge (5.1), de leur vigilance à combattre les inégalités sociales et territoriales de santé en permettant l'accès aux soins partout (5.2) et de la professionnalisation de leurs actions dans la promotion de la santé et la prévention (5.3).

## **5.1 Garantir l'accès aux soins de toute personne sollicitant une prise en charge**

Dans cette partie, nous verrons comment les centres de santé mettent en pratique leur obligation légale de garantir l'accès aux soins de toute personne sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale<sup>109</sup>. Cela passe par trois spécificités de l'exercice en centre de santé par rapport à l'offre ambulatoire en général, à savoir l'application systématique du tiers payant (5.1.1), la dispensation des soins sans considération de leur rentabilité (5.1.2) et la prise en compte du patient dans sa globalité (5.1.3).

### **5.1.1 L'application systématique du tiers payant**

Les centres de santé sont tenus d'appliquer le tiers payant sur la part obligatoire, c'est-à-dire de « dispenser les patients d'avance de frais sur la part garantie par l'Assurance maladie<sup>110</sup> ». Ils s'engagent également à respecter les tarifs conventionnels. Beaucoup de centres appliquent, en plus, le tiers payant sur la part remboursée par les organismes complémentaires, afin de permettre aux patients de n'avancer aucun frais. Cette pratique contribue à l'attrait des centres de santé pour les patients. Elle agit sur les inégalités sociales d'accès aux soins de santé, dans le sens où les personnes les plus précaires vont en « profiter » pour se soigner et atteindre ainsi le niveau de soin de ceux qui ne bénéficient pas du tiers payant. On sait en effet que se soigner coûte cher : déremboursement, augmentation du coût des mutuelles ou encore dépassements d'honoraires. Néanmoins, la gestion du tiers payant n'est pas simple pour les centres de santé, qui en demandent la simplification. Elle représente en effet un coût important qui n'est pas couvert par un financement spécifique : l'accueil individuel du patient, notamment la vérification de ses droits, et la facturation globale dont la gestion des rejets par les caisses sont deux étapes obligées qui constituent le coût en ressources humaines de cette pratique pour les centres, en plus de la gestion des systèmes d'information et de transmission. Les aspects qui posent le plus de problèmes aux centres de santé sont la gestion des rejets, les différences de pratiques entre les

---

<sup>109</sup> Dernier alinéa de l'article L6323-1 du Code de santé publique

<sup>110</sup> Article L162-32 du code de la sécurité sociale

caisses et les régimes spéciaux. En 2013, le rapport de l'IGAS sur les centres de santé recommandait de reporter la gestion du tiers payant sur les caisses d'assurance Maladie. Cela n'est toujours pas le cas actuellement. Le sujet de sa simplification connaît un regain d'actualité, en vue de son extension à l'ensemble des acteurs du soin ambulatoire par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016. En effet, les professionnels de santé libéraux qui n'ont pas de personnel dédié à la facturation s'inquiètent de l'alourdissement de leurs charges administratives que causerait l'application du tiers payant. Cette dernière se fait progressivement : depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, c'est un droit pour les patients en affection de longue durée et les femmes prises en charge au titre de la maternité.

### **5.1.2 L'abstraction de la rentabilité des actes**

Garantir l'accès aux soins de toute personne sollicitant une prise en charge passe également par le fait pour les centres de santé de ne pas regarder la rentabilité de l'acte dispensé. Le salariat inhérent à l'exercice en centre de santé y contribue puisque le soignant ne tire pas sa rémunération directement de la cotation de cet acte. Un administrateur de l'association du centre de soins de Combourg y voit même un avantage par rapport à la « concurrence » des professionnels libéraux : *« on est plutôt apaisé avec les infirmières libérales, même si elles nous font du mal, en nous prenant les actes les mieux rémunérés et en même temps la population commence à se rendre compte qu'elles refusent les soins de nursing et le temps qu'elles rectifient le tir, on va pouvoir se rééquilibrer<sup>111</sup>. »* En effet, cette spécificité des centres de santé leur permet également d'attirer à eux des patients qui ne venaient pas jusque-là. Ce qui compte est majoritairement la réalisation collective d'un projet de santé au service de la population, plus que le nombre d'actes effectué par chaque professionnel. Le gestionnaire est néanmoins vigilant à l'équilibre financier du centre de santé, mais cet équilibre ne sera pas conditionné par les ressources tirées du remboursement des soins. Les pistes d'équilibre sont davantage recherchées du côté de l'amplitude d'ouverture horaire, de la rigueur dans la cotation des actes, de la recherche de financements complémentaires pour couvrir l'ensemble des actions (actions sociales et de santé publique), voire le développement de nouvelles activités et le rapprochement entre structures. Depuis 2015, l'Accord national soutient les CDS dans cette recherche d'équilibre en reconnaissant par une dotation financière notamment la prise en charge globale qu'ils proposent et leur pratique d'équipe. Néanmoins cette reconnaissance est tardive puisque les centres de santé fonctionnent ainsi depuis leur origine. Les dispositions de l'Accord facilitent donc la

---

<sup>111</sup> Entretien avec un administrateur de l'association, le 5 février 2019

recherche d'équilibre budgétaire des gestionnaires de CDS qui respectent les critères de l'Accord. Cette reconnaissance permet de tenir éloignée des centres de santé la recherche de la rentabilité des actes au détriment de l'accès à une offre de soins pour tous. L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération va dans le même sens.

Le diagnostic des besoins du territoire, préalable à l'implantation d'un centre de santé se fera sur une analyse de l'offre de soins pour pouvoir répondre aux manques, dans l'idée d'un service public territorial de santé<sup>112</sup>. Le centre de santé a vocation à contribuer à la réduction des inégalités territoriales de santé. Or, ces inégalités augmentent du fait de la pénurie de médecins et des médecins libéraux qui, mettant en avant leur liberté d'installation, peuvent préférer s'installer là où l'exercice est plus facile et/ou plus rémunérateur et où l'offre de services est plus large (écoles, commerces, loisirs). Les centres de santé rencontrent des difficultés à recruter des médecins spécialistes, qui ont l'autorisation de pratiquer des dépassements d'honoraires dans le cadre de l'exercice libéral. Cette autorisation pourrait constituer un frein à l'engagement dans un centre de santé, à défaut de motivations internes ou d'engagement éthique plus fort, car les centres de santé ne peuvent leur proposer un même niveau de rémunération<sup>113</sup>.

### **5.1.3 Une prise en charge globale et complémentaire**

Les centres de santé dispensent des soins, mais au-delà de l'approche strictement sanitaire, leur attention s'attache aux déterminants de la santé pour contribuer à restaurer la santé de l'individu. C'est à ce titre que le travail en centre de santé est depuis l'origine un travail en équipe afin de favoriser les complémentarités entre professionnels (dans un cadre mono professionnel) et entre professions (dans un cadre pluriprofessionnel). C'est également pour cela que les centres de santé développent des actions sociales et de santé publique. Le travail en partenariat est également très présent en centres de santé afin de faciliter les parcours de soins et permettre une prise en charge coordonnée des patients. La fonction de coordination est donc primordiale pour l'assurer à la fois en interne et en externe. Ce rôle des centres de santé est reconnu par l'accord national de 2015 puisqu'il prévoit une rémunération pour la coordination. Cette fonction recouvre l'animation de la coordination interprofessionnelle, les aspects liés aux parcours et aux dossiers

---

<sup>112</sup> Le rapport Devictor l'a défini en 2014 comme « l'offre de service, portant les principes du service public, et tout particulièrement la continuité et l'accessibilité, résultant d'une organisation contractuelle entre les « offreurs en santé » (sanitaire - terme qui inclut la médecine de ville -, médico-social et social) du territoire, sous la régulation de l'ARS ». Devictor B., 2014, *Le service public territorial de santé (SPTS), le service public hospitalier (SPH) : développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, Ministère des affaires sociales et de la santé, 209 p., p. 17

<sup>113</sup> Entretiens téléphoniques avec les Dr Lopez et Villebrun le 13 mars 2019

des patients, au suivi de l'utilisation du système d'information et à l'organisation du travail de production des données de santé, ainsi que les relations avec les institutions. Les centres de santé sont également encouragés par l'accord à organiser régulièrement des réunions de concertation pluriprofessionnelles, à mettre en place des protocoles pluriprofessionnels pour encadrer le partage d'informations et à se doter d'un système d'information pluriprofessionnel. Ces critères sont identiques à ceux prévus par l'accord conventionnel interprofessionnel pour les maisons de santé. En ce qui concerne la coordination externe dans les CSI, ces derniers doivent mettre en place des procédures définissant les modalités de transmission des données de santé vers les autres professionnels de santé (en ambulatoire ou les établissements et services sanitaires et médico-sociaux), signer des conventions de partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux, tenir un répertoire actualisé de l'offre sanitaire et sociale du territoire et faire un retour d'informations au médecin traitant sur la vaccination antigrippale de ses patients. Le dossier de soins tenu par les centres de santé est également un outil de cette prise en charge globale et coordonnée ; il se doit d'être accessible du domicile du patient et partageable avec d'autres professionnels de santé autorisés<sup>114</sup>. La coordination externe passe également par l'appartenance à des réseaux plus large comme les fédérations de centres de santé.

Un administrateur de l'association du centre de soins de Combourg me parlait d'une volonté « *d'être plus proche encore des besoins des patients en offrant une offre de soins en un seul lieu mais aussi à domicile comportant une polyvalence opérationnelle dans une efficace complémentarité*<sup>115</sup>. » Pour citer un exemple éclairant de cette idée de prise en charge globale et complémentaire qui dépasse la seule attention aux patients, la fondatrice de l'association me racontait, en me parlant des quinze premières années de l'association « *on essayait d'être présent, de participer à la joie, à la peine des gens, on était invité quand y avait un mariage ; s'il y avait un décès c'était marqué dans le cahier pour que toute l'équipe soit au courant; on allait aux obsèques et on envoyait un mot ; qu'on sente que c'est une famille et qu'on s'associe. L'esprit d'équipe, c'est toujours cela : on se soutenait, on laissait les gens s'exprimer, on écoutait et accueillait les difficultés des unes et des autres*<sup>116</sup>. » Elle employait même le terme de « vie d'équipe », tandis que d'autres y voient « l'esprit de service<sup>117</sup> », propre aux centres de santé.

---

<sup>114</sup> <https://www.ameli.fr/Ille-et-vilaine/centre-de-sante/textes-referance/accord-national/accord-national-centres-sante>: consulté le 25 mars 2019

<sup>115</sup> Entretien avec un administrateur de l'association, le 5 février 2019

<sup>116</sup> Entretien téléphonique avec la fondatrice de l'association, le 20 février 2019

<sup>117</sup> Entretien avec un administrateur de l'association, le 5 février 2019

François-Xavier Schweyer, dans son analyse des centres de santé de la ville de Grenoble<sup>118</sup> voit dans cette proximité avec la population un élément d' « efficacité collective dans le travail. » A Grenoble comme à Combourg, la population est intégrée dans la « communauté de travail<sup>119</sup> » du centre de santé. L'auteur parle même d' « intégration croisée » évoquant « celle des professionnels dans le quartier et celle des usagers dans le centre de santé<sup>120</sup> ».

La garantie offerte à tout patient s'adressant à un centre de santé pour demander une prise en charge médicale ou paramédicale de la voir accordée, n'est pas sans difficulté ou surcoût pour les centres de santé. Néanmoins, elle constitue un élément essentiel de leur identité et en fait un acteur territorial important voire pivot dans certaines zones défavorisées ou en situation de désertification médicale. Elle va de pair avec la volonté des CDS de contribuer à l'offre de soins sur tous les territoires où elle fait défaut et à adapter son offre de services à l'évolution du territoire où il est implanté.

## **5.2 Garantir l'accès aux soins partout**

L'explosion des maladies au long cours et la diminution des durées d'hospitalisation ont mis en lumière la nécessité d'une offre de soins de ville suffisante et coordonnée avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire afin d'assurer la continuité de la prise en charge des patients. Or, la situation de désertification médicale sur certains territoires ne le permet pas. De ce fait aux inégalités sociales de santé s'ajoutent des inégalités d'accès aux soins qui contribuent aux inégalités sociales et territoriales de santé. C'est au rôle des centres de santé dans ce combat contre ces inégalités d'accès aux soins que cette partie va s'attacher.

### **5.2.1 La création de centres de santé polyvalents en territoire sous-doté**

Depuis l'introduction des maisons de santé pluriprofessionnelles dans le Code de santé publique en 2007, l'attention a été forte sur ce « remède » à la désertification médicale. Les maisons de santé, par l'exercice regroupé de la médecine et des aides financières, allaient résoudre les problèmes de manque ou d'absence de médecins dans certaines communes ou certains territoires. Il est vrai que les maisons de santé se sont multipliées sur le territoire ; elles sont

---

<sup>118</sup> Schweyer F-X., « L'efficacité collective dans le travail » dans Paugam S. (ed) *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*, Paris, PUF, 2014, 261-278.

<sup>119</sup> *Ibid*, p. 277

<sup>120</sup> *Ibid*, p. 267

environ 1 000 aujourd'hui. Elles ont certains points communs avec les centres de santé (objet social et rédaction d'un projet de santé notamment) mais elles en diffèrent toujours par le statut des professionnels de santé qui y exercent ; en effet, les professionnels qui exercent en maisons de santé sont des libéraux et jouissent de la liberté d'installation. Par conséquent, malgré les aides, les médecins ne semblent pas vouloir intégrer des maisons de santé n'importe où. Des villes ont eu des projets immobiliers de maison de santé mais peinent à faire venir le nombre minimal de médecins nécessaire pour pouvoir ouvrir une structure répondant à la notion de maison de santé pluri-professionnelle, à savoir deux médecins. Beaucoup d'élus locaux ont donc dû chercher une autre solution ambulatoire et c'est alors qu'ils se sont tournés ou ont découvert les centres de santé. Le département de Saône-et-Loire a ainsi créé le premier « réseau de centres de santé territoriaux de proximité » sur son territoire. C'est l'idée de disposer d'un service public territorial de santé qui semble avoir prévalu pour le département après avoir été échaudé par des difficultés de recrutement de médecins libéraux. Le projet de santé a été rédigé en étroite concertation avec les pouvoirs publics ainsi qu'avec les organisations de professionnels libéraux et tous les acteurs de santé du territoire avec lesquels ce réseau travaillera étroitement. C'est un nouveau type de réponse à la désertification médicale, qui semble-t-il fait des émules. En effet, le Dr Lopez, qui préside la Fabrique des centres de santé - une association qui accompagne les porteurs de projets de centres de santé dans leur réalisation - m'indiquait que d'autres territoires souhaitent lancer le même type d'initiatives. Il convient néanmoins de noter que ce réseau réunit uniquement des médecins généralistes ; le recrutement de médecins spécialistes demeure plus compliqué. Des infirmiers en pratique avancée, salariées du centre de santé, viennent compléter les médecins. Bien que ce réseau ait comme objectif d'avoir recruté 40 équivalents temps plein de médecins généralistes d'ici la fin de l'année 2019, il « arrive à peine à couvrir les besoins de cette année » selon Dr Lopez<sup>121</sup>. Les collectivités territoriales s'investissent ainsi d'une responsabilité dans un domaine qui n'est pas de leur compétence mais elles sont poussées par leurs habitants à trouver des solutions aux situations de carence médicale.

Les centres de santé infirmiers évoluent pour leur part en se transformant en centres de santé polyvalents. Créés le plus souvent dans les années 80 pour répondre à un déficit d'offre de soins infirmiers, ils souhaitent s'adapter à l'évolution de l'offre sur leurs territoires d'implantation en proposant d'autres services. C'est également pour eux une condition d'équilibre financier et de pérennité des postes. En Pays de la Loire, dix des vingt-et-un centres de santé infirmiers de la

---

<sup>121</sup> Entretien téléphonique avec le Dr Lopez le 13 mars 2019

région se transforment ainsi en centres polyvalents, d'après le responsable de l'association A vos Soins à St Nazaire<sup>122</sup>. Le rapport d'activité 2017 de la FNCS soulignait également qu'« *une dynamique de médicalisation de CSI ou plus rarement de centres dentaires se met en place dans certaines régions avec l'encouragement de certaines ARS*<sup>123</sup>. » Dans le cadre de mon stage, j'ai ainsi réalisé un diagnostic de territoire en vue de l'implantation d'un centre de santé médical dans une zone sous-dotée proche de Combourg dans le but de présenter une offre de service aux acteurs et élus de ce territoire confronté à une carence de médecins.

L'attention des organisations représentatives des gestionnaires de centres de santé porte également sur le maintien et le développement de ces structures dans les quartiers prioritaires, essentiellement des centres de santé médicaux et polyvalents.

### **5.2.2 Des financements pour ces initiatives**

S'ils arrivent à assurer une large plage horaire d'ouverture, les centres de santé créés pour répondre à un déficit d'offre de soins sur le territoire, voient une partie de leur financement assuré par les soins dispensés. 65% du financement du réseau de centres de santé de Saône-et-Loire est assuré par les actes de soins<sup>124</sup>. Ces centres répondent à un besoin donc leur activité est assurée. De plus, les élus locaux étant mobilisés dans le développement de ces centres de santé, ils s'y investissent également financièrement pour en assurer l'équilibre. L'Accord national de 2015 prévoit, outre la rémunération forfaitaire spécifique aux CDS et celle liée à la transposition des rémunérations forfaitaires des médecins libéraux, des aides à l'installation et au maintien de CDS en zones sous dotées via des contrats incitatifs. Selon les propos concordants des Docteurs Villebrun et Lopez, ces aides sont systématiquement inférieures à celles accordées au secteur libéral et difficiles à toucher. Néanmoins, l'Accord national réduit donc les risques financiers de ces initiatives. De plus, des subventions, notamment via les ARS et leurs fonds d'intervention régionale, peuvent leur être octroyés que ce soit pour le lancement de l'activité ou pour les actions de santé publique menées. Demeure toujours le coût de la gestion du tiers payant qui, lui, n'est pas financé.

---

<sup>122</sup> Entretien avec Nicolas Blouin en marge d'une réunion régionale de la C3SI le 26 février 2019

<sup>123</sup> FNCS, rapport d'activités 2017, [https://www.fncc.org/rapport-d-activite-fncc-2017](https://www.fncs.org/rapport-d-activite-fncc-2017), p. 35

<sup>124</sup> Entretien avec Dr Lopez, le 13 mars 2019

### 5.2.3 Un recrutement facilité par l'attrait de l'exercice salarié

Dès 1999, Dr Rey disait dans un dialogue avec le Dr Reigner dans la revue *Prévenir*<sup>125</sup> « *je ne crois pas que si on avait la possibilité de créer de nouveaux centres de santé on manquerait de médecins. Un grand nombre de praticiens sont favorables au type d'exercice pratiqué dans les centres de santé.* » C'est effectivement le cas pour les médecins généralistes. Comme on l'a vu plus haut, la pratique des dépassements d'honoraires de nombre de médecins spécialistes ne les incite pas à s'investir dans un centre de santé car ils y seraient bien moins rémunérés. Le salariat et le travail en équipe proposés en centre de santé correspondent aux souhaits de la génération actuelle de médecins. Une enquête récente auprès de médecins généralistes l'a confirmée<sup>126</sup>. Cette étude fait d'abord le constat que bien des professionnels arrivent en centre de santé par opportunité, sans connaissance de ce type de structures auparavant. Les propos recueillis montrent que le premier avantage de l'exercice salarié est d'être détaché de la surcharge administrative propre à l'exercice libéral. Il permet également une qualité de vie personnelle par le maintien des loisirs, une vie familiale possible, des congés payés et l'existence d'un congé maternité. La qualité de vie professionnelle est mise en avant, du fait du travail en équipe, de la possibilité de suivre des formations, de la présence d'un personnel administratif de qualité et de l'absence de rapport économique avec le patient. Les médecins ont le sentiment de pouvoir y exercer « une médecine de qualité ». Les médecins ne disent pas tous avoir une charge de travail moins importante que dans le libéral, bien que ce soit une des raisons qui les pousse à travailler en CDS. L'exercice en CDS présente néanmoins quelques désavantages mis en avant dans cette étude : les relations avec l'employeur, la perte de revenus, des lourdeurs administratives tenant à la lenteur des prises de décision et des investissements, ainsi que le regard négatif de leurs confrères libéraux. Ce sont donc en premier lieu des motivations externes (conditions de travail et salariat) qui poussent les professionnels de santé à travailler en CDS. Quant aux motivations intrinsèques elles contribuent selon l'étude à la satisfaction des médecins à travailler en CDS et « à une bonne image de soi au travail<sup>127</sup>. » F-X Schweyer, dans son étude précitée des centres de santé de Grenoble, va plus loin et écrit qu'« on peut donc penser que l'organisation elle-même façonne l'engagement. Ce dernier n'est pas toujours préalable à la décision de travailler dans un

---

<sup>125</sup> Rey J-F., Reigner J., « Les chefs de file d'une école de pensée », *Prévenir* (Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste), vol. 1, n° 36, 192 p., p. 45-50, p. 47

<sup>126</sup> Ridard E. et Somme D., « Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens », *Santé Publique* 2018/3, Vol. 30, p. 361-370.

<sup>127</sup> Ridard E. et Somme D., « Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens », *Santé Publique* 2018/3, Vol. 30, p. 361-370, p. 368

centre de santé<sup>128</sup> ». Cela m'a été confirmé lors de mon stage alors que je pensais que venaient d'abord des motivations intrinsèques. Or, ce qui m'a souvent été avancé par les salariés comme motivations étaient l'opportunité du poste puis la souplesse des plannings, la qualité du personnel de direction et l'absence de contraintes administratives. Même certains administrateurs m'ont indiqué : « *c'est le territoire dans lequel on vit qui nous a amené ici, plus que le CDS* ». Néanmoins, pour un autre administrateur « *c'est un sacerdoce, il y a quelque chose de cela ; il y a aussi de cela dans le CDS ; ne choisissent pas d'être infirmière salariée dans un CDS, dans un établissement géré par une association à but non lucratif, c'est pas un hasard, ça peut être circonstanciel mais dans la durée, il y a de ça ; les aides-soignantes aussi ; on a tous en commun une dose un peu plus forte du sens qu'on veut donner à notre vie ou à notre action professionnelle.* » Dans les faits, l'engagement est néanmoins bien là, « en filigrane », comme l'indique l'étude précitée. Au centre de santé de Combourg, certaines infirmières sont là depuis l'origine et la majorité a déjà plus de dix ans d'ancienneté dans l'association.

#### **5.2.4 Un soutien politique**

Malgré « la palette de freins existant à la création des centres de santé » développée par Dr Villebrun ou la FNCS dans son rapport d'activités 2017 (le manque de soutien institutionnel, la priorité donnée au regroupement de professionnels libéraux, des forces qui luttent contre l'implantation des CDS notamment via des représentants locaux de la médecine libérale, ou encore l'application trop stricte du zonage ARS qui exclut certains centres des contrats démographiques prévus par l'Accord national<sup>129</sup>), on assiste à un nouveau soutien politique au développement de centres de santé. En effet, les élus locaux sont en première ligne face au désarroi de leurs concitoyens à trouver un médecin, ce qui les rendent sensibles à la question de l'accès aux soins. Par conséquent, les collectivités s'investissent fortement, qu'elles portent le projet ou en soient des partenaires actifs. On ne peut qu'espérer que les centres de santé rencontrent effectivement un plus grand succès dans le recrutement de médecins que l'exercice libéral et que cette tendance permette une reconnaissance de cette offre de soins atypique. Il semble que ce soit le cas pour le moment, mais encore faut-il que les CDS arrivent à garder « leurs » médecins. L'étude publiée dans *Santé Publique* montre que ce sont davantage des

---

<sup>128</sup> Schweyer F-X., « L'efficacité collective dans le travail » dans Paugam S. (ed) *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*, Paris, PUF, 2014, 261-278, p. 269

<sup>129</sup> FNCS, rapport d'activités 2017, <https://www.fncs.org/rapport-d-activite-fncs-2017>, p.36

raisons extrinsèques qu'intrinsèques qui les conduisent à s'y investir et que le souhait de mobilité reste présent. Le développement d'actions de santé publique, dans laquelle les CDS disposent déjà d'une longue expérience, peut permettre de donner un sens supplémentaire à cette modalité d'exercice du soin et favoriser, de ce fait, l'engagement dans la durée des professionnels. C'est ce que nous allons voir maintenant.

### 5.3 Développer les actions de santé publique

Jusqu'à l'ordonnance de 2018, les actions de prévention, d'éducation à la santé et plus largement toutes les actions de santé publique étaient obligatoires pour les CDS<sup>130</sup>. Elles sont aujourd'hui optionnelles. En effet, dorénavant, « *les centres de santé peuvent mener des actions de santé publique, d'éducation thérapeutique du patient*<sup>131</sup>. » La prévention reste obligatoire en tant qu'élément indissociable des soins. Tous les centres de santé mènent des actions de santé publique à des degrés divers (5.3.1). La façon de faire a néanmoins pu évoluer comme nous le verrons notamment avec l'exemple du centre de santé de Combourg (5.3.2). Les centres de santé sont conscients que ces actions, en plus du service rendu à la population dans son ensemble, leur permettent d'asseoir leur rôle sur le territoire et d'augmenter leur visibilité (5.3.3).

#### 5.3.1 Une mission inhérente aux centres de santé

A Combourg, le deuxième objectif que poursuivait la fondatrice en créant l'association était de « *pouvoir mener des actions de prévention, d'éducation sanitaire et autres* », en collaboration avec d'autres organisations. L'association a ainsi organisé « *sans tarder, des actions de prévention et d'éducation sanitaire dans les établissements scolaires et des soirées débat pour le public* », sur des thèmes comme les lombalgies, le tabagisme, stress et sommeil, ou encore la vaccination<sup>132</sup>. Lors d'une réunion régionale de la C3SI Bretagne sur le thème de la santé publique, j'ai pu me rendre compte que l'essentiel des CSI bretons menaient des actions de santé publique. Il s'agit souvent d'action de prévention, via des dépistages, des permanences de vaccination, ou encore des séances de prévention thématique, mais ils mènent également des actions de promotion de la santé (programme d'éducation thérapeutique du patient, parcours d'action santé, activité

---

<sup>130</sup> L'article L6323-1 du code de la santé publique disposait que « *les centres de santé (...) mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé (...)* »

<sup>131</sup> Rédaction de l'article L6323-1 du code de la santé publique issue de l'ordonnance du 12 janvier 2018

<sup>132</sup> Ecrit rédigé par la fondatrice de l'association du centre de soins de Combourg à l'occasion des 25 ans de l'association

physique adaptée). Ces actions se déroulent au centre ou dans des lieux fréquentés afin de toucher un public plus large et agir au plus près de la population. Cet exemple des centres de santé infirmiers bretons est généralisable, à des degrés divers, à l'ensemble des centres de santé sur le territoire national. Certains ont développé un service spécifique en promotion de la santé et/ou prévention ou des centres de dépistage intégrés au centre de santé, d'autres mènent quelques actions par an, d'autres encore ne peuvent ou n'ont pas l'opportunité temporairement ou sur le long terme d'en conduire du fait de leur lieu d'implantation ou de leur taille<sup>133</sup>. Mais tous partagent l'objectif de dépasser le curatif pour viser à l'amélioration de la santé de la population du territoire : la population ciblée n'est pas uniquement celle du centre de santé mais l'ensemble des habitants, y compris les plus vulnérables et les plus éloignés du soin, afin de leur permettre d'accéder à une information, un dépistage ou toute autre action de sensibilisation. La prise en charge globale et partenariale qu'assurent les centres de santé leur permet de s'appuyer sur des relais au plus près des populations (maisons de quartier, CLIC, centre communal d'action sociale...). Ils contribuent ainsi à l'effort de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Souvent les actions de santé publique touchent les personnes déjà concernées et peuvent accroître ces inégalités ; les actions de santé publique des centres de santé n'échappent pas à ce risque mais ils ont certains atouts comme l'ancrage territorial, les actions sociales, l'accueil de tout public y compris le plus fragile, qui leur permettent d'adapter leurs actions aux besoins des populations et de varier les lieux et modes de transmission.

Les moyens employés sont divers : le Marsoins<sup>134</sup> à St Nazaire s'est doté d'un camping-car pour aller vers les habitants proposer ses services de dépistage et d'information, l'association du centre de soins de Combourg organisait une fois par an la fête du Pommé afin de rassembler les habitants et pouvoir transmettre des messages de prévention. Les moyens utilisés cherchent à rendre la population actrice et à faciliter son adhésion en s'adaptant à ses habitudes de vie.

### **5.3.2 De l'artisanat bénévole au professionnalisme subventionné**

L'Accord national accorde des points aux centres de santé infirmiers qui mènent au moins deux actions de prévention par an. Ce cadre incitatif ne suffit pas à expliquer l'engagement des centres de santé dans la santé publique. En effet, souvent, les centres de santé mènent de telles actions depuis l'origine, y compris sans financement. Pour reprendre l'exemple des centres de santé

---

<sup>133</sup> DGOS, Instruction n° DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé, p. 5

<sup>134</sup> Le Marsoins est un camion itinérant qui à Saint Nazaire et dans les villes environnantes propose notamment des actions de prévention et de dépistage afin de réduire les inégalités d'accès aux soins. C'est une des actions de l'association A vos soins.

infirmiers bretons, il est apparu que beaucoup ne percevaient pas jusqu'à l'Accord national de financements pour leurs actions, ce qui ne les empêchait pas d'en mener. Souvent les intervenants venaient gratuitement, la salle était mise à disposition gratuitement et l'Assemblée Générale annuelle servait de prétexte au rassemblement. Néanmoins, toutes ces « contributions en nature » peuvent être valorisées dans un budget mais les centres de santé n'avaient pas cette expérience de gestion budgétaire. La fondatrice de l'association de Combourg en est consciente, « *on aurait pu avoir des financements pour nos actions de prévention (...) ça ne nous rapportait pas financièrement mais au niveau relationnel (...) c'est parce qu'on faisait cela, de la prévention, que le CSI a été reconnu lieu de stage pour les infirmiers*<sup>135</sup>. » Elle déplore leur manque de compétence à cette époque pour transmettre des demandes de financements. L'IGAS le notait également dans son rapport en 2013, pointant le fait que « *des missions connexes à l'activité de soins (...) sont cependant menées parfois sans que leur financement ait été recherché (pour cause de lourdeur de l'exercice) ou sans qu'il couvre l'entièreté de la dépense*<sup>136</sup>. »

Dans les centres de santé, cet argument du manque de compétence est encore avancé aujourd'hui pour expliquer le « bénévolat » des actions de prévention ou leur absence. Un débat peut également exister dans les centres, pour savoir si ces actions relèvent d'une diversification du travail du personnel soignant ou de personnel spécialisé dans ce domaine. De plus, traditionnellement, ces actions étaient menées en collaboration étroite avec des bénévoles sur lesquels s'appuyait le centre de santé. Les administrateurs que j'ai interrogés sont unanimes : le bénévolat a changé de forme. A l'époque, leur rôle était « *la prévention et faire connaître le CSI et qu'il soit reconnu dans la tête des gens de Combourg et des environs.* » Le constat actuel est que le bénévolat a baissé, qu'il est « en veilleuse ». Cela s'expliquerait par un « *jeu délicat entre les bénévoles et les professionnels* » : on voit « *plus de personnes qualifiées ou qui ont des compétences, on est bénévole préprofessionnel ; alors qu'avant c'était bénévole-bénévole, bénévole avec un grand cœur* » ; « *toutes les actions se professionnalisent* » et « *quand on fait quelque chose dans le domaine de la santé, on ne peut pas se permettre du bricolage et les professionnelles sont plus à même surtout que maintenant elles ont développé tous les partenariats, la coordination a été développée*<sup>137</sup>. »

---

<sup>135</sup> Entretien téléphonique avec la fondatrice de l'association du centre de soins, le 20 février 2019

<sup>136</sup> IGAS, Georges et Waquet, 2013, *Rapport sur la situation économique et la place des centres de santé dans l'offre de soins de demain*, N°RM2013-119P, p. 5

<sup>137</sup> Ensemble de propos recueillis auprès des administrateurs de l'association

Ce constat a été élargi aux autres CSI bretons par la C3SI qui a lancé un Laboratoire de santé publique afin de promouvoir la santé publique dans ses centres adhérents et mutualiser les compétences. S'inspirant du Laboratoire d'innovations en centres de santé qui a pour but de soutenir les projets dédiés aux centres de santé, ce nouveau laboratoire de la C3SI vise à développer les compétences des acteurs des centres de santé pour monter des actions de prévention innovantes. Il se veut pluridisciplinaire, collectif et participatif. Pour cela, trois groupes ont été créés en fonction de l'expérience des responsables de structures dans le développement d'actions de prévention (autonome, développement et expérimentation). Il est prévu que les membres de ces groupes se réunissent et mettent en commun leurs compétences et leurs idées afin de construire des actions de prévention à adapter ensuite aux besoins de chaque territoire et à leurs moyens. Il est également prévu un soutien de professionnels spécialisés sous réserve de l'obtention d'un financement du laboratoire. Pour son chargé de mission « *la prévention ce n'est pas du don de soi mais cela peut être professionnalisé et subventionné*<sup>138</sup>. » Les CSI sont par ailleurs conscients qu'ils vont assister « *à une mutation de [leurs] professionnels*<sup>139</sup>. » Ces actions en faveur de la santé publique apportent un sens au travail de soignant des professionnels mais peuvent également attirer de nouveaux bénévoles qui pourront devenir administrateurs des centres gérés par des associations.

En Bretagne, le constat a été fait lors de la journée régionale C3SI du 26 février 2019 que le cumul des financements demandés pour leurs actions de santé publique par les douze centres de santé présents ne représentait qu'un budget total de 98 000€ (un centre a un poste dédié à la promotion de la santé). Ils ne faisaient appel qu'à cinq bénévoles au total et ne touchaient qu'approximativement 1 920 personnes. Par conséquent il est possible de mobiliser davantage, ce qui légitime ce projet de Laboratoire de santé publique pour que les actions de prévention proposées par les centres de santé soient pensées de manière à répondre aux priorités et axes définis dans les outils régionaux et locaux des agences régionales de santé (programme régional de santé, contrat local de santé...) et ainsi accroître leur impact en faveur de la santé des populations.

### **5.3.3 Un moyen d'attirer de nouveaux patients et d'asseoir leur légitimité**

Le fait pour les centres de santé de mener des actions qui dépassent le sanitaire pour contribuer au maintien et à la restauration de la santé dans sa globalité contribue à leur rôle dans le service

---

<sup>138</sup> Nicolas Blouin, réunion régionale C3SI, le 26 février 2019

<sup>139</sup> *Ibid*

public de santé. Dans des contextes où le centre de santé est installé dans des zones dans lesquelles l'offre de soins est conséquente, ces actions bénéficiant à l'ensemble de la population leur permettent de se faire connaître plus largement, de « *se démarquer*<sup>140</sup>. » Les actions de santé publique peuvent également permettre de réduire les inégalités de santé si elles ciblent des populations du territoire particulièrement touchées par ces inégalités et promeuvent une approche globale à partir des besoins exprimés par la population. La présence d'un personnel support dans les centres de santé (administratif et direction) permet la coordination de telles actions au niveau interne mais également en externe. A Combourg, la présence de la directrice du centre de santé contribue grandement au dynamisme des actions de santé publique menées sur le territoire car elle les coordonne, rédige les réponses à appel à projet, et anime les réunions partenariales. Elle est le plus souvent à l'initiative des actions et les propulse en fédérant les acteurs volontaires du territoire. L'habitude des centres de santé de travailler en étroite coopération avec les acteurs du social, du médico-social et du sanitaire est un atout pour développer des actions de santé publique. Le mode d'exercice des centres de santé peut repousser certains acteurs mais la dynamique collaborative prend progressivement. A Combourg, j'ai été témoin de cette hostilité aux initiatives du centre de santé mais le fait que d'autres acteurs, essentiellement des professionnels libéraux, fassent partie de l'équipe de soins primaires travaillant avec le CSI pour mener les actions de santé publique, permettaient un rapprochement possible à moyen terme des professionnels réticents. Il est important que ces actions voient le jour, et tant mieux si les acteurs se complètent en mutualisant leurs compétences et leurs capacités. Il est important que les centres de santé demeurent parties prenantes de ces initiatives ; ils sont généralement très partants pour ces initiatives d'intégration en santé<sup>141</sup> et les textes leur ont expressément permis d'y participer (plateforme territoire d'appui et CPTS<sup>142</sup>). On a vu que leur mode d'exercice (partenarial, global, ancré dans les réalités d'un territoire et de sa population) contribue au développement des actions de santé publique menés sur les territoires. Leur présence est donc essentielle dans ces initiatives collectives. Ils ont de plus l'expérience de ces actions qu'ils menaient de façon artisanale.

---

<sup>140</sup> Expression employée par un administrateur de l'association du centre de soins de Combourg

<sup>141</sup> On entend par là « un processus par lequel des acteurs professionnels et organisationnels coordonnent explicitement leurs interdépendances par l'implantation d'un ensemble de dispositifs techniques, informationnels, professionnels et managériaux permettant d'accroître la cohérence, l'efficacité et la qualité de leurs interventions de manière que l'expérience de soin soit plus positive du point de vue de l'utilisateur », COUTURIER, Y., BONIN L., BELZILE L., L'intégration des services en santé : une approche populationnelle, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal (PUM) (Paramètres), 2016, 264p., p.74

<sup>142</sup> Article L6323-1-6 du Code de la santé publique

Les centres de santé poursuivent donc des missions de service public et ont à cœur d'être des structures présentes là où le reste fait défaut ou est rare ; la tâche n'est pas simple mais le contexte actuel de désertification médicale et de réforme des soins primaires les place sous les projecteurs en tant que modèle possible d'exercice des soins de ville, expérimenté et précurseur, offrant ses services à tous, dans un souci d'amélioration continue de la qualité des soins et d'adaptation aux évolutions des besoins. Les centres de santé bénéficient d'un renouveau du soutien politique à leur développement ; ce dernier est concret et dépasse les prises de position orales. En effet, il s'illustre dans le nombre de projets de CDS émanant de collectivités qu'accompagne la Fabrique des centres de santé. L'Assurance maladie reconnaît également la légitimité des CDS en tant qu'acteur de santé en leur ouvrant le droit aux mêmes rémunérations que l'ACI en vigueur pour les MSP. Les possibilités de financement via l'Accord national confortent leur budget et réduisent les incertitudes quant à leur modèle économique. Ces soutiens politique et financier encouragent leur développement. De plus, les CDS s'adaptent à la professionnalisation de la recherche de financements et aux évolutions des métiers du soin, à la fois en favorisant la formation continue de leurs professionnels de santé et en ouvrant leurs structures aux professionnels de la santé publique ou de la gestion de projet. Cette capacité d'innovation, de projection et d'adaptation leur garantit de demeurer dans le jeu face aux évolutions du système de santé.

## 6 CONCLUSION

---

« Le modèle de l'exercice en équipe pluriprofessionnelle coordonnée, repris depuis quelques années dans le monde libéral sous la forme des maisons de santé pluriprofessionnelles, est passé du statut de projet de rupture à celui de standard de qualité » comme l'écrit le Dr Beaupin<sup>143</sup>.

L'exercice en CDS est un mode d'exercice à défendre car il correspond aux aspirations des jeunes professionnels, participe à la réponse aux inégalités territoriales et sociales de santé et intègre des pratiques dépassant le soin afin de prendre en compte les déterminants de la santé. Les axes structurants des centres de santé correspondent à la définition des soins de santé primaires définis à la conférence d'Alma-Ata en 1978, à savoir l'accessibilité géographique et tarifaire, la participation des populations aux décisions qui les concernent, la qualité des soins basée sur la recherche scientifique, la prise en charge globale et l'action coordonnée, intersectorielle et partenariale.

Cependant, il résulte de tout ce qui précède que les centres de santé, malgré leurs atouts réels pour permettre l'accès aux soins à tous, demeurent marginaux. Il existe bien des leviers, qui en font leur originalité, leur plus-value sur le territoire et jouent pour leur maintien. Néanmoins, on le voit bien, les centres de santé stagnent globalement au même nombre depuis 100 ans. Ils sont à peu près 500 de chaque type. Leur fragmentation et leur morcellement ne facilitent pas leur connaissance par le public. La diversité de leurs gestionnaires non plus. Et pourtant, les centres de santé expérimentent, innovent souvent, évoluent en fonction des besoins des territoires, proposent une offre adaptée aux besoins et se maintiennent parfois dans l'adversité. Le projet de santé est un outil particulièrement pertinent pour fédérer les salariés autour d'une mission collective au service de la population, à condition de le construire ensemble et de lui accorder la considération nécessaire. Que penser alors de leur avenir ? D'où vient cette faible appréciation ?

Concernant l'appréciation des centres de santé, on peut comparer l'augmentation exponentielle des maisons de santé en cinq ans à celles des centres de santé en plus de cent ans pour se rendre compte aussitôt que les pouvoirs publics ont été plus enclins à faciliter l'installation de MSP sur les territoires qu'à inciter, y compris financièrement, à la création de CDS. Comme on l'a vu, le modèle économique des CDS oblige souvent à un soutien financier des gestionnaires, par le biais de subventions, afin de garantir l'équilibre budgétaire ; les collectivités se trouvant donc d'une

---

<sup>143</sup> Beaupin A., « Prévention : pour un renouveau de la médecine sociale », *Les cahiers de santé publique et de protection sociale*, 2017, n° 26, p. 9–14, p. 9

certaine manière contrainte à contribuer au budget des CDS ; l'exercice libéral dans une MSP n'y oblige pas les collectivités. Les collectivités peuvent faciliter la création de MSP, elles n'auront pas à investir dans le fonctionnement de la structure.

Néanmoins, les enjeux actuels tendent au rapprochement des structures, ce à quoi œuvrent la FNCS et la Fédération française des maisons et pôles de santé. Son président Pierre de Haas indiquait ainsi que « la question de l'exercice salarié ou libéral ne se pose plus au XXIème siècle ; l'objectif est d'apporter des soins sur un territoire et d'améliorer la prévention et le dépistage<sup>144</sup>. » A l'heure actuelle, des collectivités soutiennent et impulsent également la création de CDS sur leur territoire. Néanmoins, on peut s'interroger sur la pérennité de ce mouvement et sur la capacité des collectivités à soutenir dans le temps le maintien des CDS sur leurs territoires. Quant au modèle économique, bien que « désormais équilibrable », il demeure fragile. Les discussions en cours en vue de l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération en CDS illustrent la difficulté de trouver un modèle parfait et adapté et la mosaïque des centres de santé et de leurs gestionnaires. Les différents rapports de l'IGAS démontrent également que le sujet n'est pas simple. Même pour les CDS gérés par un établissement de santé, qu'il soit public ou privé, l'ARS Ile-de-France a montré que l'équilibre économique n'est pas si facile à atteindre<sup>145</sup>. De plus, les gestionnaires de centres de santé ne sont pas tous du même avis concernant ni la poursuite de la rémunération à la fonction ni l'ouverture de la gestion de CDS au secteur lucratif : certains y voient un « cheval de Troie » pour le modèle des CDS et ces divisions pourraient fragiliser le consensus des fédérations au sein du RNOGCS, pourtant la structure coordinatrice de l'ensemble des organisations gestionnaires représentant les CDS. La logique gestionnaire demeure également toujours dominante et exclut les professionnels de terrain des discussions concernant les CDS.

Dès lors, quel avenir ? Les centres de santé ont-ils vocation à demeurer marginaux ? Bien que je sois convaincue de leur intérêt, de leur pertinence quant aux enjeux actuels concernant l'offre de santé et les problématiques de santé en France, je suis pessimiste sur leur développement, au-delà des seuls aspects budgétaires ou des forces libérales potentiellement contraires. Il me semble que pour que les centres de santé se développent réellement et soient soutenus par un

---

<sup>144</sup> Delmotte, H., « Maisons et centres de santé : un trop lent rapprochement », *Gazette santé social (La)*, 2014, n° 104, p. 36-38

<sup>145</sup> ARS Ile-de-France, Etude et analyse des conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé, 2016, 27p.

engagement concret - au-delà des mots - de l'Etat dont la santé est la compétence, il faudrait que la France reconnaisse ses inégalités sociales et territoriales de santé et s'investisse réellement dans leur réduction. L'Etat soutiendrait alors concrètement un modèle qui privilégie l'approche populationnelle, l'intégration en santé et la prise en compte des déterminants de santé dans le soin apporté. Or, la France continue à présenter des progrès de l'espérance de vie à la naissance, sans l'imputer des incapacités, ou sans souligner le gradient social qui fait que l'écart d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier se maintient autour de 6 ans ! Ce combat nécessite les forces de tous et une action concertée de l'ensemble des secteurs. Au vu de l'évolution des discussions sur les CPTS et de ce que j'ai pu voir sur le terrain, je ne pense pas que les CPTS soient la solution à la réduction de ces inégalités sociales et territoriales de santé : le cloisonnement sectoriel est encore réel, les axes de travail des CPTS semblent être finalement dictés par le haut, les hostilités catégorielles freinent le rapprochement de l'ensemble des professionnels et structures dont l'union des forces et des compétences permettrait une action efficace. Le développement des CPTS va néanmoins dans le bon sens car elles vont permettre une meilleure interconnaissance entre professionnels, voire entre structures mais la plus-value pour la population reste à démontrer.

Dans le même ordre d'idée, on peut se demander pourquoi les pays dit « pauvres », à la différence de la France qui est dite un pays « riche », ont des centres de santé et les développent ? En France, la médecine sociale semble être en déshérence et nécessiterait une revalorisation pour que ces structures se développent et ainsi puissent contribuer à ce combat contre les inégalités sociales de santé. Comme on ne pouvait attendre uniquement des professionnels libéraux qu'ils s'investissent sur des territoires « risqués », on ne peut pas non plus attendre uniquement d'eux qu'ils mènent le combat contre les ISTS. Ce combat contre les inégalités sociales et territoriales de santé est moins celui d'une médecine libérale d'exercice traditionnel que celui d'une médecine sociale portée historiquement par les CDS et par une minorité de libéraux. Une médecine plus habituée à travailler en équipe à la fois en interne et en externe, en partenariat et de façon coordonnée avec les acteurs du social, plus proche de l'approche populationnelle, plus ancrée sur son territoire, plus en proximité avec les différents milieux de vie. Or, cette médecine reste minoritaire et ce ne sont pas les centres de santé qui se portent le plus mal. Plus généralement et en dehors des soins primaires, la médecine scolaire, la protection maternelle et infantile, la santé au travail ne jouissent pas non plus d'une notoriété à la hauteur de leur utilité sociale. Leurs problématiques, réelles, ne sont pas médiatisées et ces structures disparaissent doucement dans l'indifférence. Les raisons en sont les mêmes que pour

les CDS : manque de pilotage, manque d'évaluation, morcellement, insuffisance des liens avec l'Assurance maladie.

Comme me l'indiquait le Dr Villebrun, « on sent qu'il y a un peu plus d'intérêt pour les centres de santé, mais aussi, comme tout intérêt, malheureusement, des mauvaises intentions. » Les soutiens de ce mode d'exercice doivent donc demeurer vigilants à en préserver toutes les spécificités qui sont autant de garanties pour permettre l'accès au soin pour tous.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages et articles scientifiques

BEAUPIN A., 2017, « Prévention : pour un renouveau de la médecine sociale », *Cahiers de santé publique et de protection sociale*, n° 26, p. 9-14.

BECKER H.S., 2002, *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales.*, Paris, La Découverte (Guides Repères), 353p.

BREMAUD A., CAILLAUD L., COHEN F., ET AL., 2012, « Quels modèles économiques et institutionnels pour les centres de santé ? Une contribution de professionnels de santé des centres de santé. », *Cahiers de santé publique et de protection sociale*, s.n., p. 68-78.

CHEVILLARD G., MOUSQUES J., 2019, *Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français*, Paris, IRDES (Document de travail), 28p.

COLOMBANI H., 2016, « Les centres de santé au cœur du développement des territoires », *Cahiers de la fonction publique*, n° 364, p. 51-55.

COUDERT Y., AZAN-DELION F., BELLIERE J.C., CALISTI L., CALVET R., CARRARD X., CLERC L., CREPIN E.F., DELAUBIER V., EISINGER F., AL ET, IMBAULT P., LANDREAU E., LOCHER C., PILLON P., REY J.F., THERY J.L., VIAU A., 1999, « Les centres de santé. Missions et pratiques. Volume 1. », *Prévenir (Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste)*, 1, n° 36, 192p.

COUTURIER, Y., BONIN L., BELZILE L., 2016, *L'intégration des services en santé : une approche populationnelle*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal (PUM) (Paramètres), 264p.

DE MONTALEMBERT P., 2018, « Ma santé 2022 : L'ambition... mais quels moyens ? », *Gestions hospitalières*, n° 579, p. 494-499.

DELMOTTE H., 2014, « Maisons et centres de santé : un trop lent rapprochement », *Gazette santé social (La)*, n° 104, p. 36-38.

GALLET B., 2018, « "Les centres de santé, entre recherche de souplesse et affirmation de la logique de parcours de soins", commentaires sur l'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé », *Finances hospitalières*, n° 122, p. 13-16.

GEY-COUE E., 2018, « Les centres de santé : une réforme importante, un enjeu pour les établissements de santé ? », *Gestions hospitalières*, n° 578, p. 477-480.

HONORE J., 2018, « Centres de santé. Rôle et garanties offertes aux patients. Dossier », *ASH - actualités sociales hebdomadaires*, n° 3073, p. 39-43.

LEVRAY N., 2018, « Le nouveau régime des centres de santé », *Gazette santé social (La)*, n° 152-153, p. 28.

LOPEZ R., 2018, « Place des centres de santé dans la médecine de ville », *Cahiers de santé publique et de protection sociale*, n°30, p. 22-31.

MARTHINET L., 2015, « Pas de déclaration préalable pour les centres de santé », *AJDA - Actualité juridique, droit administratif*, n° 43, p. 2450-2455.

MARTIN L., 2016, « Centres de santé : une dynamique à conforter. Dossier », *Gazette santé social (La)*, n° 128, p. 15-22.

RIDAR E., SOMME D., 2018, « Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens », *Santé publique*, vol. 30, n° 3, p. 361-370.

ROMANENS J.-L., 2012, « Des réseaux, centres, maisons et pôles de santé, pour quels services ? », *Revue Droit et santé. La revue juridique des entreprises de santé*, n° 49, p. 635-642.

SCHWEYER F.-X., 2014, « L'efficacité collective dans le travail », dans Paugam S. (ed) *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*, Paris, PUF, 2014, 261-278.

VIGNERON E., 2014, *Les centres de santé, une géographie rétrospective*, Paris, Fédération des établissements hospitaliers d'assistance privés (FEHAP), 247p.

VILBROD A., DOUGUET F., 2006 (T. 1 et 2), « Le métier d'infirmière libérale. », *Série Etudes. Document de travail - DREES*, n° 58, 2vol. (194p. ; 216p.).

#### Rapports et autres sources officielles

ARS Ile-de-France, 2016, *Etude et analyse des conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé*, 27p.

COUR DES COMPTES, 2019, « Les urgences hospitalières toujours trop sollicitées », *Rapport public annuel 2019*, Tome 2, chapitre 6

DEVICTOR B., 2014, *Le service public territorial de santé (SPTS), le service public hospitalier (SPH) : développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, Ministère des affaires sociales et de la santé, 209 p.

DGOS Instruction DGOS/PF3/DREES/DMSI n°2013-402 du 19 décembre 2013 relative à l'enregistrement des centres de santé dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)

DGOS Instruction N° DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé

GEORGES P., WAQUET C., 2013, *Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (Rapport IGAS), 138p.

LEGER A.-E., MAUSS H., 2006, *Situation financière des centres de soins infirmiers*, Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales (Rapport IGAS), 55p.

#### Textes juridiques

Code de la santé publique : Article L6323-1 et suivants

Code de la sécurité sociale : Article L162-32

Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé

#### Webliographie

<http://bretagne.infirmiers-urps.org>

[http://www.fehap.fr/jcms/la-federation/toute-l-actualite/dossier-de-presse-les-centres-de-sante-une-geographie-retro-prospective-fehap\\_142797](http://www.fehap.fr/jcms/la-federation/toute-l-actualite/dossier-de-presse-les-centres-de-sante-une-geographie-retro-prospective-fehap_142797)

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/076-accessibilite-aux-soins-et-attractivite-territoriale.pdf>

<http://www.lescentresdesante.com>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie>

<https://www.ameli.fr/Ille-et-vilaine/centre-de-sante/textes-referance/accord-national/accord-national-centres-sante>

<https://www.coactis-sante.fr/centre-de-sante>

<https://www.fncs.org>



---

## Liste des annexes

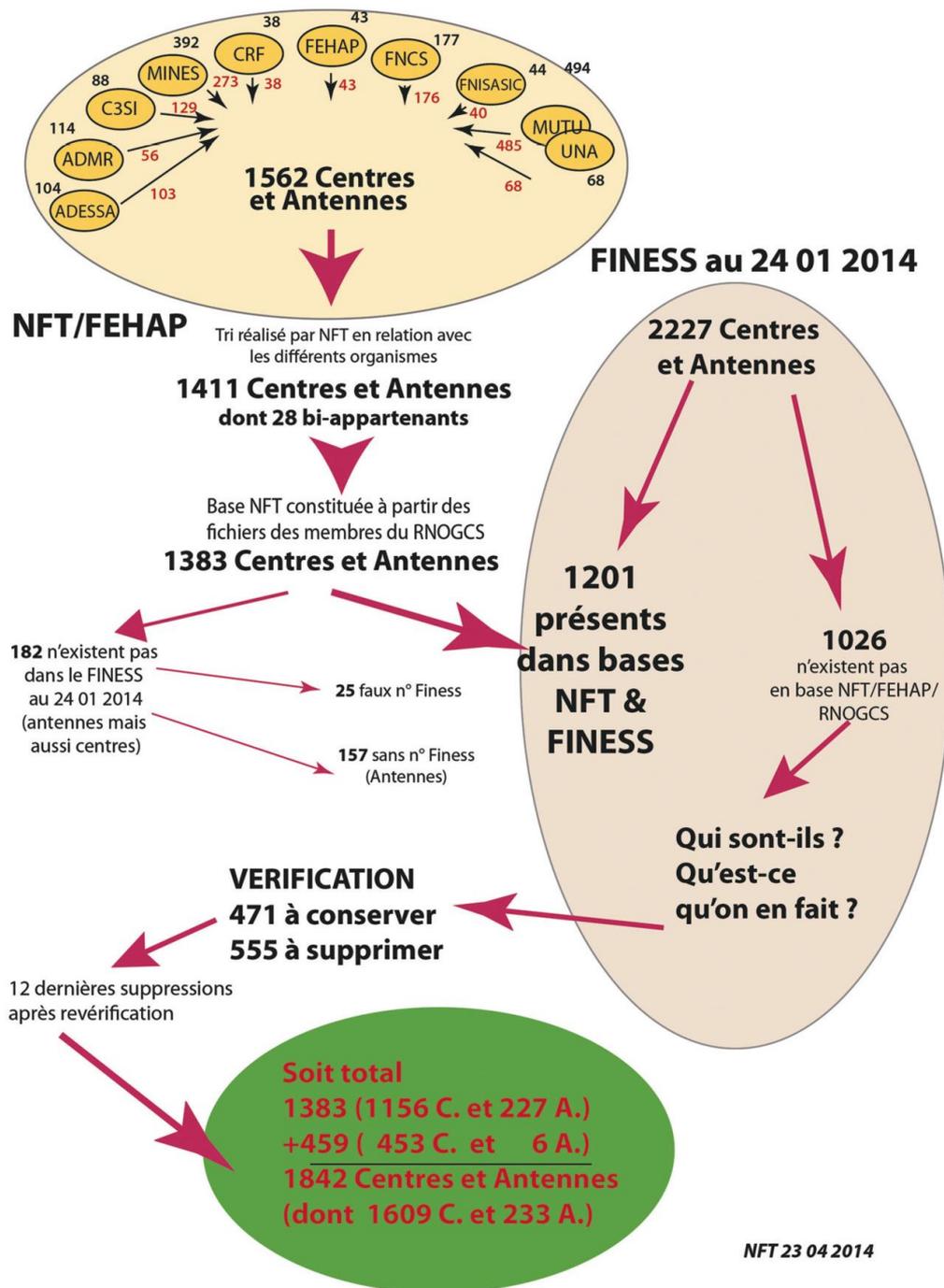
---

**Annexe 1** : Méthodologie employée par E. Vigneron et son équipe pour recenser les 1842 centres de santé répertoriés en 2014 pour son ouvrage sur les centres de santé.

**Annexe 2** : Carte des 1842 centres de santé répertoriés en 2014 par E. Vigneron pour son ouvrage sur les centres de santé.

# Annexe 1 : Méthodologie employée par E. Vigneron et son équipe pour recenser les 1842 centres de santé répertoriés en 2014 pour son ouvrage sur les centres de santé.

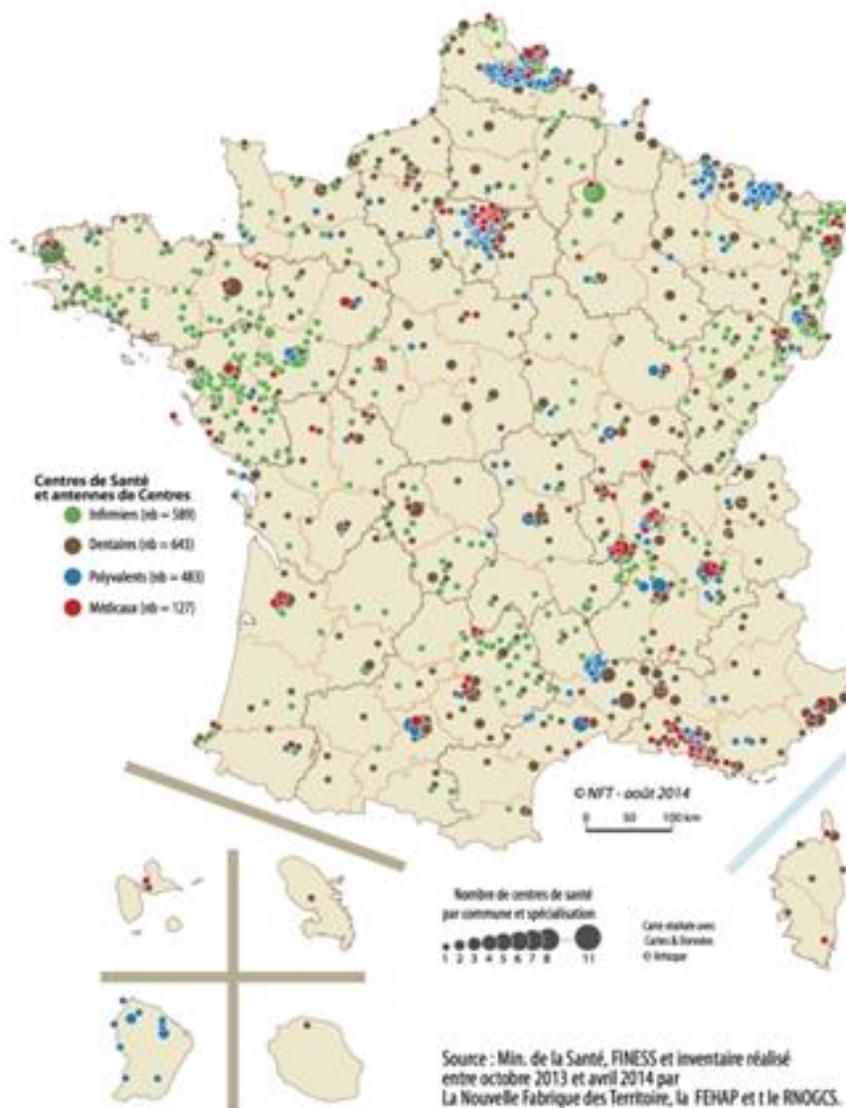
Source : « La constitution de la base documentaire », VIGNERON E., *Les centres de santé, une géographie rétrospective*, Paris, Fédération des établissements hospitaliers d'assistance privés (FEHAP), 2014, 247p., p. 82



## Annexe 2 : Carte des 1842 centres de santé répertoriés en 2014 par E. Vignerou pour son ouvrage sur les centres de santé.

Source : [http://www.fehap.fr/jcms/la-federation/toute-l-actualite/dossier-de-presse-les-centres-de-sante-une-geographie-retro-prospective-fehap\\_142797](http://www.fehap.fr/jcms/la-federation/toute-l-actualite/dossier-de-presse-les-centres-de-sante-une-geographie-retro-prospective-fehap_142797), p. 11

### Les 1842 Centres de Santé et Antennes de Centres de Santé aujourd'hui en France









PLAS	Mélanie	Juillet 2019
<b>Master 2 Promotion de la santé et prévention</b>		
<b>Le paradoxe des centres de santé : comment un modèle qui semble idéal reste-t-il marginal ?</b>		
<b>Promotion 2018-2019</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Les centres de santé sont des lieux de dispensation de soins de ville. Ils sont spécifiques dans l'offre de soins dans le sens où ils pratiquent le tiers payant, salarient l'ensemble de leur personnel qu'il soit sanitaire ou administratif, mettent en œuvre un exercice coordonné du soin à la fois en interne et en externe et développent depuis leur origine des missions sociale et de santé publique. Ils sont divers quant à leur taille, leur gestionnaire, leur implantation géographique et leur type (centres de santé infirmiers, médicaux, polyvalents et dentaires). Ils sont largement méconnus, ont un modèle économique fragile et peuvent rencontrer de l'adversité, notamment du côté du modèle traditionnel de l'exercice libéral avec lequel ils sont encore considérés comme un mode d'exercice concurrent. Ils ont néanmoins de puissants atouts qui provoquent un regain d'intérêt pour eux, notamment face aux enjeux de désertification médicale, d'inégalités de santé et d'attention plus poussée pour la médecine de ville. Cela suffira-t-il à les consolider et leur donner la place que leur mode d'exercice atypique mérite ?</p>		
<p><b>Mots-clés :</b></p> <p>Centre de santé, offre de soins, soins de ville, inégalités sociales et territoriales de santé</p>		
<p><b><i>L'Ecole des Hautes Études en Santé Publique et l'Université Rennes 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></b></p>		