



**EHESP**

---

**Élève directeur d'hôpital**

Promotion : **2022 - 2023**

Date du Jury : **octobre 2023**

---

**L'hôpital et les soins primaires : le cas  
du portage de centres de santé par les  
établissements publics de santé**

---

**Blanche**

**PUJOS SAINT-GENEZ**





---

## Remerciements

---

**EHESP**

Je remercie le directeur du centre hospitalier universitaire de l'Assistance-Publique Hôpitaux de Marseille, ainsi que l'ensemble de l'équipe de direction, pour leur accueil et leur disponibilité au cours de ce stage durant lequel ils m'ont associé aux différents projets de l'institution.

Je tiens plus spécifiquement à remercier l'équipe de direction de l'Hôpital Nord de l'AP-HM, pour la qualité de son accueil : évoluer en son sein au quotidien, en plus d'avoir été un réel plaisir, a été très formateur. Je remercie plus particulièrement ma maîtresse de stage, Johanne Menu, pour son accompagnement, ses précieux conseils et sa confiance lorsqu'elle m'a associé au pilotage et au développement des centres de santé. Je souhaite témoigner de ma reconnaissance pour avoir pu vivre cette « aventure » hospitalière. Merci à l'équipe du centre de santé des Aygalades, pour leur accueil bienveillant et les échanges toujours constructifs.

Je souhaite remercier l'équipe du Château en santé, auprès de qui j'ai pu réaliser mon stage extérieur, pour leur enthousiasme, leur bienveillance et leur partage sur la santé communautaire.

Pour la réalisation de ce mémoire, j'ai eu la chance d'être accompagnée par Dominique Acker, qui a su m'apporter des conseils et nourrir mes réflexions sur les centres de santé.

Mes remerciements vont enfin à l'ensemble des équipes de l'AP-HM avec lesquelles j'ai été amené à travailler.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	3
Méthodologie.....	6
1 Le centre de santé hospitalier, objet à cheval entre l'offre de premier recours et l'offre hospitalière, dans système de santé français caractérisé par une faible influence du concept de soins primaires .....	8
1.1 Le concept des soins primaires est un principe ambitieux pour améliorer l'état de santé d'une population, peu structurant du système de santé français.....	8
1.1.1 Une définition générale porteuse de grandes ambitions .....	8
1.1.2 Différentes approches des soins primaires existent dans la littérature, en faisant une notion difficile à appréhender .....	9
1.1.3 Parmi les différentes typologies d'organisation des soins primaires, celle de la France est très peu structurée, bien qu'un réinvestissement dans les soins primaires soit souhaité par les dernières réformes.....	11
1.2 Le système hospitalier est traditionnellement peu investi dans le champ des soins primaires, malgré de nombreux liens en pratique .....	15
1.2.1 Le système de santé est historiquement centré sur l'organisation hospitalière, alors que les soins primaires et la santé publique s'organisent selon un réseau d'acteurs multiples .....	15
1.2.2 Les missions des établissements publics de santé comprennent cependant, dans les textes, une participation à des missions de santé publique .....	16
1.2.3 Les établissements publics de santé entretiennent des liens avec le champ des soins primaires, qui semblent s'accroître dans un contexte de transition épidémiologique et de diminution de la disponibilité médicale .....	17
1.3 Les centres de santé, offre minoritaire mais prometteuse pour un réinvestissement public dans les soins primaires.....	20
1.3.1 Les centres de santé, sont dès leur création, un outil au service de la santé publique, dans les marges de l'exercice de la médecine libérale .....	20
1.3.2 Les centres de santé intègrent la notion de parcours de santé et entretiennent des liens proches avec les hôpitaux .....	23

1.3.3	Les centres de santé, après une période de déclin, connaissent un regain d'intérêt, sous différentes formes, dont le format hospitalier .....	24
2	La création d'un centre de santé par un établissement public de santé, réponse pragmatique ou révolution populationnelle ? .....	28
2.1	Le choix de développement de centres de santé hospitaliers est un choix politique local, mené par des équipes majoritairement novices dans le portage de tels projets ..	28
2.1.1	Le portage d'un centre de santé est le résultat de facteurs différents en fonction des situations des établissements de santé sur leur territoire .....	28
2.1.2	Les équipes hospitalières bénéficient de peu de recul sur les centres de santé tout en rencontrant de nombreuses difficultés techniques .....	30
2.1.3	Les centres de santé s'avèrent être des opportunités stratégiques pour les établissements publics de santé .....	32
2.2	Dans un contexte budgétaire contraint et sur la base d'un modèle économique structurellement déficitaire, la permanence de la notion de centre de santé dans sa version hospitalière est fragile .....	33
2.2.1	Une tension entre tarification à l'acte et qualité des soins inhérente au modèle des centres de santé .....	33
2.2.2	L'investissement dans des actions de prévention et de promotion de la santé est difficile dans la version hospitalière des centres de santé .....	35
2.2.3	La viabilité économique d'un centre de santé ne peut se passer de soutiens extérieurs pour permettre aux centres de santé d'assurer des missions de santé publique .....	37
2.3	L'intégration d'un centre de santé dans les structures hospitalières semble être porteuse d'un renouveau dans les pratiques hospitalières, au service d'une attractivité de l'exercice de la médecine sur un territoire, de la prise en charge des patients, mais également de la place de l'établissement public de santé dans l'offre de soins .....	38
2.3.1	Le modèle de centre de santé introduit des perspectives nouvelles dans l'exercice de la médecine hospitalière et de ville, à même d'attirer des professionnels de santé .....	38
2.3.2	L'alliance entre les centres de santé et les établissements publics de santé permet de conforter la place des établissements publics dans l'offre de soins, face à une stratégie d'investissement dans les soins primaires de groupes privés .....	40
2.3.3	Le modèle de centre de santé hospitalier public doit se distinguer par sa capacité à améliorer l'état de santé d'une population sur un territoire .....	42
	Conclusion .....	47

Bibliographie .....	49
Liste des annexes .....	I



---

## Liste des sigles utilisés

---

# EHESP

APHM : Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

ARS : Agence Régionale de Santé

CAMPS : centre d'action médico-social précoce

CSP : Code de la santé publique

CDS : Centre de santé

CDSH : Centre de santé hospitalier

CPTS : communauté professionnelle de territoire de santé

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CRES : Comité régional d'éducation pour la santé

IGAS : inspection générale des affaires sociales

MDS : Maison pluridisciplinaire de santé

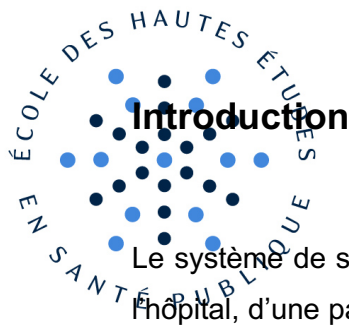
PMI : Protection maternelle et infantile

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

PASS : Permanence d'accès aux soins







## EHESP

Le système de soins français est historiquement organisé selon deux logiques distinctes: l'hôpital, d'une part, avec une organisation étatique et très structurée, en particulier autour des établissements publics de santé, et le secteur des soins de ville, d'autre part, dominé par l'exercice libéral des professionnels de santé. Depuis une vingtaine d'années, l'organisation du système de santé a connu de nombreuses réformes, tendant à une plus grande reconnaissance des missions des acteurs des soins ambulatoires dans une logique territoriale inspirée des grands principes des soins primaires. Les soins primaires dits «de première ligne» ou encore de «premiers contacts avec le système de santé», répondent à des fonctions d'accessibilité, de continuité des soins, de coordination et d'approche globale de la santé. Parmi ces réformes, les établissements publics de santé ont été notamment reconnus en 2009 comme potentiels gestionnaires de centres de santé, structures d'exercice coordonné en soins primaires. Confrontés à la faiblesse de l'offre de soins primaires sur leur territoire, ces acteurs publics de santé cherchent à agir en développant pour certains des structures d'exercice coordonné de médecine en zone urbaine, comme à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, ou en zone rurale, comme à l'hôpital de Fougères, par exemple. Les centres de santé, parfois confondus avec les maisons de santé pluri professionnelles (MSP), sont des « structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluri professionnelles (...) » (article L. 6323-1 du Code de la santé publique (CSP)). Les centres de santé se distinguent notamment par la pratique du salariat, impliquant des différences fondamentales avec le modèle des maisons de santé pluri professionnelles, dans leur organisation en soi (tâches exercées par les professionnels, dynamique d'implantation, modèle économique) mais également dans les possibilités ouvertes de travail avec les différents services de l'hôpital. Ils répondent à un objectif d'accès au soin, par la pratique du tiers payant et de tarifs de secteur 1 (article L6323-1-7 du CSP).

Les centres de santé constituent aujourd'hui une partie marginale de l'offre de soins en France. Au sein du paysage des centres de santé, les centres de santé médicaux polyvalents sont minoritaires, et parmi cette catégorie, les centres de santé hospitaliers représentent un groupe très restreint. La gestion par des organismes à but non lucratifs correspond au modèle historique des centres de santé, majoritairement administrés par des municipalités, notamment en Île de France, ou bien par la mutualité pour le cas des Bouches du Rhône. Depuis 2009, le portage de centres de santé par des établissements

publics de santé s'est peu développé, avec au total 12 établissements de santé porteurs de centres de santé recensés. La possibilité de portage de centre de santé a été élargie en 2018 aux établissements privés de santé à but lucratif (article L6323-1-3 CSP), interrogeant les finalités de ces centres de santé.

Le centre de santé constitue à la fois une offre de soins, mais également une ambition de santé publique. La possibilité pour ces centres de mener une action de santé publique est codifiée à l'article L.63-23-1-1 du CSP, sans être obligatoire. Ces structures de soins primaires sont historiquement tournées vers une action de santé publique, que l'on peut regrouper en cinq catégories : amélioration de l'organisation des soins, lutte contre les épidémies, sécurité sanitaire, prévention des risques et éducation à la santé (Bergeron, 2020).

Nous interrogerons le développement des centres de santé intégrés dans l'offre de soins des établissements publics de santé. Si le projet de centre de santé hospitalier est une opportunité pour développer des outils au service de la réduction des inégalités sociales de santé, les difficultés liées au modèle de financement des centres de santé, reposant principalement sur le financement à l'acte, menacent de mener à l'abandon d'une approche globale intégrant la prévention des risques et l'éducation à la santé, activités pourtant essentielles de la notion de centres de santé. Pourtant, ces missions alliées à des missions curatives rendent l'exercice en centre de santé attractif pour les professionnels de santé tout en permettant de développer une autre approche de la santé, à même de répondre aux besoins de santé de la population.

Le portage de centres de santé par des établissements publics de santé participe en effet à un engagement de santé publique au travers de sa dimension de lutte contre les inégalités sociales de santé : l'OMS définit la santé publique comme « l'art d'utiliser la science dans un contexte politique afin de réduire les inégalités en matière de santé, tout en assurant la meilleure santé possible au regard du plus grand nombre » (OMS, 1998).

Ce travail a pour ambition de questionner dans quelle mesure les centres de santé permettent aujourd'hui aux hôpitaux de développer une politique de santé publique, par le rôle de pivot dans le territoire et le parcours de soin. Différentes questions se posent face au portage d'un centre de santé par un hôpital : est-ce bien à l'hôpital d'assurer une offre de soins primaires ? L'hôpital est-il en capacité de développer de nouvelles activités de soins primaires ? Le modèle économique des centres de santé est-il viable ?



**EHESP**

Les recommandations présentées en conclusion préconisent de renforcer la constitution d'un pôle de santé publique territorial autour des centres de santé, faisant des centres de santé publics des centres de de ressources en santé pour le territoire. La constitution d'un tel pôle autour des centres de santé pourrait reposer sur un établissement public de santé, assorti d'une commission du conseil de surveillance dédiée et d'un financement sur des objectifs de santé publique, déterminé par une équipe de recherche sur la base d'un diagnostic territorial et des ressources en présence. La montée en charge des centres de santé hospitaliers doit en effet s'accompagner d'un programme de recherche en soins primaires d'une part, et d'une révision des modalités de financements des centres de santé d'autre part, plus spécifiquement des actions de prévention et d'éducation à la santé, afin de ne pas abandonner ces activités par ce nouveau institutionnel de portage de centre de santé.

## Méthodologie

Ce travail repose en grand partie sur des travaux existants et la collecte de sources primaires.

L'étude s'appuie sur la littérature académique, des rapports institutionnels et des textes législatifs. Les thématiques des soins primaires et des centres de santé ont été retenues dans les recherches menées pour ce travail de mémoire. Des données et des documents issus notamment des services de l'Assistance Publique de Marseille, du Centre Hospitalier Édouard Toulouse et d'autres sources primaires ont été récoltées auprès des personnes interrogées : tableaux de bord, notes et points d'étape sur les projets de centre de santé auprès de la direction générale, compte-rendu des réunions avec l'agence régionale de santé.

En complément des recherches bibliographiques, différents entretiens exploratoires ont été effectués, tant pour approfondir mes connaissances sur le sujet que pour travailler à l'élaboration du guide d'entretien.

Les acteurs de santé du territoire ont été interrogés selon une grille d'entretien semi-directif basée sur les outils disponibles en ligne du CRES, dans le cadre de la construction du diagnostic territorial de santé préalable à l'installation du centre de santé dans le quartier du Grand Saint Barthélémy à Marseille (annexe 1).

Des entretiens semi-directifs ont été menés avec l'équipe du centre de santé le Château en Santé, lieu de mon stage extérieur, sur leurs rapports au territoire et à l'hôpital.

Huit entretiens semi-directifs ont été réalisés entre juin et août 2023 (annexe 2) auprès de différents établissements publics de santé portant des centres de santé. Trois acteurs ont été interrogés, en fonction de leur disponibilité : directeur d'hôpital, cadre administratif en charge de la gestion des centres de santé, médecin coordonnateur de centres de santé. Sur les 10 centres hospitaliers contactés, 6 ont répondu à ma demande d'entretiens. Au total, une tentative de prise de contact avec l'ensemble des établissements portant un centre de santé a été réalisée : 6 d'entre eux ont répondu, 4 n'ont pas répondu, et 2 centres hospitaliers étaient en lien direct avec mes missions de stage, permettant de collecter les informations lors des échanges réguliers avec les différents interlocuteurs. La construction de la grille d'entretien s'est basée sur le travail de bilan mené à la fin du premier exercice du centre de santé de mon établissement de stage, en lien avec la directrice en charge des centres de santé.



Enfin, au cours du stage d'élève-directeur, des observations de réunions et de situations de travail ont été menées, en précisant aux interlocuteurs la réalisation d'un travail de mémoire dans les échanges suscités à l'issu de réunions de travail.

**EHESP**

# **1 Le centre de santé hospitalier, objet à cheval entre l'offre de premier recours et l'offre hospitalière, dans système de santé français caractérisé par une faible influence du concept de soins primaires**

## **1.1 Le concept des soins primaires est un principe ambitieux pour améliorer l'état de santé d'une population, peu structurant du système de santé français**

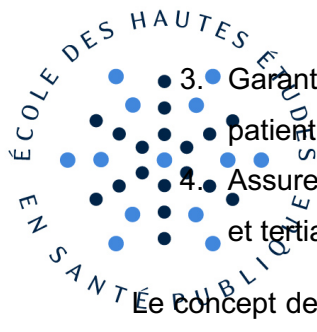
### **1.1.1 Une définition générale porteuse de grandes ambitions**

*« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire ».*

Selon la définition donnée par la déclaration d'Alma Alta en 1978, les soins primaires sont une stratégie d'organisation du système de santé permettant l'accès à tous les individus d'une communauté à la santé, par la prévention et la participation communautaire des populations, afin de mobiliser les personnels et les moyens locaux disponibles et favoriser les comportements favorables à la santé au sein de la communauté. La déclaration d'Alma Alta est le premier texte international à mettre au premier plan la santé publique, «but social important», «droit humain fondamental», tout en pointant «l'inégalité criante» en termes d'accès aux soins entre les nations, et à l'intérieur d'elles-mêmes, inégalité qualifiée de «politiquement, socialement et économiquement inacceptable».

D'après cette définition, les soins primaires assurent quatre fonctions principales :

1. Garantir l'accès aux soins pour toute personne selon ses besoins;
2. Soigner la personne dans sa globalité en tenant compte des éléments biologiques et somatiques, mais aussi psychologiques et sociologiques en lien avec l'environnement familial et social;



3. Garantir la continuité des soins à l'occasion de contacts répétés dans la durée entre patient et soignant;
4. Assurer la coordination, notamment avec les autres niveaux de soins secondaires et tertiaires.

Le concept des soins primaires prône un investissement dans un système socle de santé de proximité complet et robuste, plutôt qu'une approche par programme sélectif de santé publique, tel qu'un plan de lutte contre la tuberculose, par exemple. Bien que le renforcement des systèmes de soins par filière puisse contribuer en partie à structurer des services de soins primaires dont pourront bénéficier par ailleurs les populations, cette approche par verticale diffère de l'approche prônée par l'OMS dans l'accomplissement de l'objectif de santé pour tous. Néanmoins, l'approche globale de l'OMS a rapidement été délaissée au profit de choix de priorités par pathologies, dans un contexte de diminution des ressources pour la santé après les premiers chocs pétroliers, et face à l'émergence du VIH (Rismer et al. 2016). D'emblée, l'approche globale de soins primaires a été revue au profit d'approches liées à des priorités sanitaires définies en termes de pathologies ou de grands risques de santé publique.

### **1.1.2 Différentes approches des soins primaires existent dans la littérature, en faisant une notion difficile à appréhender**

Cette définition de soins primaires connaît différentes définitions en fonction des systèmes de santé nationaux, se complétant sans se contredire, sans parvenir à en faire un concept complètement opérant pour les nations (Afonso, Bénard, Chapron, Chau, Doussiet et al. 2018). Dans la littérature, les soins primaires peuvent être définis selon trois angles.

Tout d'abord, ils peuvent être compris comme la base de la pyramide de l'organisation des soins, se différenciant ainsi des soins secondaires et tertiaires. Les soins hospitaliers relèvent ainsi du troisième niveau dans le cas du centre hospitalo-universitaire. La notion de pyramide de gradation des soins est retenue dans l'approche « responsabilité populationnelle » développée par la FHF sur les bases d'une classification de la population selon des niveaux de besoins de prise en charge. Le premier niveau de soins primaires apparaît comme non segmenté, large, et ne prend en compte ni l'âge, le sexe, l'état de santé ou la capacité financière des patients. Le premier niveau assure la réponse à 90% des besoins de santé de la population, alors que les niveaux secondaires et tertiaires s'adressent à une population segmentée selon les problèmes de santé. Le rôle de ce premier niveau de soins primaires est donc d'apporter des réponses aux besoins de santé, mais également d'assurer le rôle de premier contact et de *gate keeper* des autres niveaux de soins : en France, cette fonction est assurée par le médecin généraliste, ou le centre de

santé, qui peut être considéré comme médecin traitant. D'emblée, nous pouvons voir dans cette définition des soins primaires que l'existence d'une médecine de niveau tertiaire ou secondaire sans structuration des soins primaires à proximité, dans le cas étudié du CHU Nord de Marseille, témoigne d'un dysfonctionnement à l'échelle locale, réduisant largement la capacité du système à répondre aux besoins de santé de la population d'une part, la majorité des besoins de santé du territoire relevant du premier recours, segmentant l'accès aux soins d'autre part, lorsque les soins secondaires et tertiaires sont les principaux offreurs de soins.

Les soins primaires peuvent être également définis comme un ensemble d'activités : ils sont caractérisés par leur accessibilité, leur globalité, et leur capacité à s'articuler avec d'autres acteurs et niveaux de soins. Ils doivent être directement accessibles pour les patients, le recours à des ressources spécialisées étant rationalisé ensuite en fonction des indications et des besoins de santé. La méthode de santé communautaire permet d'organiser ces activités de soins primaires sur la base d'une participation des membres d'une communauté dans l'établissement des priorités et la définition des besoins de santé. Le centre de santé Le Château en Santé à Marseille, centre de santé dit participatif, organise par exemple des activités sur la base des besoins de santé rencontrés localement et en fonction des usagers et des ressources disponibles: c'est le cas du groupe de marche des femmes du quartier, organisé tous les mardis. Cette activité s'inscrit dans la réalité du quartier, ensemble de tours avec peu d'accès à la nature ou la pratique sportive, en réponse aux difficultés exprimées par les femmes pour avoir un accès à un espace pour pratiquer des efforts physiques, et face à problématiques de santé liée au stress et à la sédentarité. Face à ce constat, le centre de santé propose des sorties dans le Massif de l'Etoile, à quelques minutes du centre, avec le groupe de femmes volontaires du quartier, usagères ou non du centre. Cette activité illustre la démarche en santé communautaire : en fonction des besoins, du contexte environnemental et social, des activités sont organisées pour améliorer le bien-être et l'état de santé d'une communauté, sur la base des ressources disponibles.

Enfin, les soins primaires peuvent être approchés sous l'angle des services, c'est-à-dire de l'ensemble des professions ou des acteurs accessibles directement pour offrir des soins à la population. Cette définition des soins primaires porte sur la reconnaissance de différentes professions dans le champ des soins primaires. Cette approche sous l'angle du nombre de personnes assurant le premier contact avec le système de santé est moins qualitative. En effet, selon cette définition, dans le cas de l'étude préalable à l'implantation de centres de santé par l'AP-HM, le territoire étudié apparaissait comme globalement bien fourni en soins primaires. Cependant, l'analyse quantitative de l'offre n'indique pas leur capacité à pouvoir



assurer effectivement des soins préventif, curatif, et de réhabilitation, ou encore de travailler avec des professionnels de santé sur le territoire. De plus, l'accessibilité et la capacité de ces professionnels à recevoir les habitants n'est pas appréhendée : les médecins généralistes interrogés lors des entretiens dans le cadre du diagnostic territorial mené avant l'ouverture du centre de santé indiquent ne pas pouvoir recevoir autrement les patients que sur des créneaux de « sans rendez-vous », rendant de fait inaccessible l'accès aux soins pour les plus fragiles avec une attente de trois heures en moyenne, parfois dehors, pour avoir un créneau de rendez-vous avec un médecin. De même, ces médecins généralistes expliquent ne pouvoir assurer correctement le suivi de certaines maladies chroniques à cause du manque de temps et de l'importance de la file active constituée. Les pharmaciens et les infirmières libérales interrogées témoignent de leurs difficultés à délivrer des médicaments ou organiser des soins sans lien avec le médecin généraliste possible autre qu'une ordonnance, dont les informations demeurent limitées face à des situations très complexes. Le cas du 14<sup>ème</sup> arrondissement marseillais montre donc d'une part que la présence en nombre suffisant de médecins généralistes est structurante dans l'organisation des soins primaires en France, l'activité des autres professionnels dépendant largement de la disponibilité des médecins généralistes, et que, d'autre part, l'approche quantitative n'est pas suffisante pour appréhender les soins primaires.

### **1.1.3 Parmi les différentes typologies d'organisation des soins primaires, celle de la France est très peu structurée, bien qu'un réinvestissement dans les soins primaires soit souhaité par les dernières réformes**

En France, la stratégie nationale de santé proposait déjà en 2023 d'opérer une « révolution du premier recours », afin d'organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès, sur la base de nombreuses données scientifiques montrant que des soins de santé primaires forts sont associés à une meilleure santé de la population, à des taux inférieurs d'hospitalisation inutiles et à une moindre inégalité socio-économique en matière de santé perçue (Kringos et al. 2013). La France ne fait pas partie des pays qui ont développé un système de santé reposant sur les soins de santé primaires. En effet, parmi les pays développés, trois modèles types d'organisation sont recensés : le modèle normatif hiérarchisé, dans lequel le système de santé est organisé autour des soins primaires et régulé par l'État (Espagne, Catalogne, Finlande, suède), le modèle professionnel hiérarchisé dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système (Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume Uni) et le modèle professionnel non hiérarchisé avec une organisation des soins primaires laissée à l'initiative des acteurs, pour le Canada et l'Allemagne (Bourgueil et al. 2009).

Le modèle normatif hiérarchisé, adopté par des pays comme l'Espagne, le Danemark ou la Suède, est un modèle d'organisation des soins primaires faisant du centre de santé l'unité de base du système de santé. Dans les pays adoptant ce modèle, les textes législatifs définissent précisément les soins primaires et organisent le système de manière détaillée, ce qui se traduit par des services de soins primaires étatisés et des niveaux de dotations associés précis. A titre d'exemple, en Catalogne, le système des soins primaires est organisé selon des aires basiques de santé, à laquelle une équipe de soins pluridisciplinaire est associée. Les aires basiques de santé comprennent entre 5000 et 25000 habitants, allant jusqu'à 40 000 pour les grandes villes. La structure socle de ce système de santé est le centre de santé, fonctionnant 24 heures sur 24 tous les jours de l'année. Les ratios d'offre en soins primaires sont fixés sous la forme de nombre de professionnels de santé par habitants, ou, dans les systèmes où les patients s'inscrivent chez un médecin, sous la forme d'une taille de file active minimum ou maximum, comme en Finlande, où le nombre de patients par médecins en centre de santé est compris entre 1500 et 2000 patients. Ils comprennent des médecins généralistes, des professionnels paramédicaux, et les coopérations interprofessionnelles y sont développées. Les centres de santé à statut public constituent l'essentiel de l'offre de soins primaires. Ils comprennent des médecins généralistes, des professionnels paramédicaux, et les coopérations interprofessionnelles y sont développées. Les médecins spécialistes exercent principalement à l'hôpital. Les caractéristiques des centres de santé sont plus ou moins standardisées : en Catalogne, un centre de santé s'organise selon une configuration type, en Finlande, les collectivités locales proposent des modèles plus variables. Par exemple, certains centres de santé associent un service de médecine interne, se rapprochant donc de l'offre que pourrait constituer un hôpital local, en France. Les gestionnaires de ces centres sont les communes ou en Catalogne, l'autorité régionale de santé.

Ce modèle normatif hiérarchisé est organisé dans des pays où l'offre de soins est décentralisée : les autorités locales organisent les ressources en santé, en plus d'avoir la responsabilité et la capacité de financement des dépenses en santé par un système de prélèvement et de taxes. Par ailleurs, les pays adoptant ce modèle ont opté pour un système national de santé reposant majoritairement sur les impôts.

A contrario, la France a adopté un modèle professionnel non hiérarchisé. L'organisation des soins primaires est à l'initiative des acteurs, avec une majorité d'offres de soins primaires privés. Le système de santé ne présente pas un projet global de soins primaires, ni d'organisation populationnelle et territoriale des soins ambulatoires. Les centres de santé existent, de manière marginale, et sont tournés vers la réponse aux besoins de santé des

populations les plus défavorisées, la majorité des soins primaires étant assuré par la médecine libérale. Cette prédominance de l'activité libérale coexiste avec des structures de soins ambulatoires relevant des soins primaires, organisées sur des bases territoriales, parfois très anciennes : des centres de santé et des services de soins infirmiers peuvent exister à l'échelle municipale, des structures de Protection maternelle et infantile (PMI) sont organisées à l'échelle départementale. A cette liste de structures ambulatoires territoriales s'ajoutent des structures hospitalières, telles que le service d'hospitalisation à domicile, les consultations hospitalières de spécialités ou les services des urgences, mais également des services de santé dépendant de la médecine scolaire, des pôle insertion du département, ou encore de l'Assurance Maladie avec les centres d'examen en santé des caisses primaires d'assurance maladie. Les services de médecine du travail et les organisations comme SOS médecins sont également des structures non libérales de soins primaires en France. La variété des structures et des services fournis est très importante, et demeure difficile à saisir pour les non-initiés, comme en témoigne la difficulté et le temps nécessaire pour rencontrer les acteurs de santé primaire à l'échelle même d'un quartier, concernant le quartier du futur centre de santé hospitalier de l'AP-HM. Le diagnostic mené révèle également une méconnaissance mutuelle des différents acteurs, qui pointent le manque de coordination et les opportunités de travail conjoint. Dans le système français, la coordination des soins repose en effet en grand partie sur le patient et sa famille, bien que des dispositifs tels que les dispositifs d'aide à la coordination aient pu être mis en place pour orienter les professionnels et les usagers selon leurs besoins.

Au cours des dernières années, un réinvestissement dans les soins primaires est observé pour l'ensemble des pays développés, face à des évolutions similaires : vieillissement de la population, évolution de la démographie des professionnels de santé, spécialisation et coût croissant des technologies médicales, associés à une place importante des maladies chroniques dans les dépenses collectives. Une plus grande décentralisation territoriale et financière est observée, ainsi qu'une approche plus coordonnée des soins. De même, l'évolution des modes de rémunération des médecins pour favoriser une plus grande coopération des professionnels de santé et la réponse à des missions de santé publique est observée, que ce soit par l'introduction d'un système de rémunération mixte, pour les médecins référents des centres de santé<sup>1</sup>, par une rémunération des « médecins de famille » autour de listes de patients inscrits au Canada, ou encore au Royaume-Uni, par une rémunération sur indicateurs de santé publique contractualisée entre le NHS et les

---

<sup>1</sup> Cette rémunération se répartit en trois composantes : part salariale, part de paiement à la capitation, part de paiement à l'acte

médecins généralistes, introduisant une exigence de qualité des soins<sup>2</sup> (Bourgueil et al. 2009). Cette évolution se traduit également dans l'évolution du financement des centres de santé, avec une part du financement de l'Assurance maladie sur la base d'une grille d'indicateurs à renseigner par le centre de santé (annexe 3). Dans le cas du Royaume-Uni, l'introduction de ce contrat de rémunération s'est traduite par une part plus importante globale de professionnels dans le cabinet, avec un accroissement du nombre d'infirmiers proportionnellement plus fort que le nombre de médecins<sup>3</sup> (Leese B., 2007). Par ailleurs, la proportion de consultations infirmiers a progressivement augmenté alors que les consultations médicales ont connu une baisse.

En France, depuis le début des années 2000, des réformes successives ont été opérées afin de mieux structurer les soins primaires. Tout d'abord, les réformes du médecin traitant et du parcours de soins ont été introduites en 2004 pour inciter les assurés à s'inscrire auprès d'un médecin, ouvrant des perspectives nouvelles sur l'offre de soins de premier recours dans les domaines de la prévention, du suivi, et la régulation des inégalités de santé. La notion de soins primaires n'est inscrite dans le textes qu'en 2009 avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) sous le terme de «*soins de premiers recours*», assorti d'un périmètre géographique de proximité. Les soins de premiers recours sont définis dans le code de la santé publique comme un ensemble de soins comprenant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social; l'éducation pour la santé. La territorialisation des soins primaires en France s'accompagne non pas d'une décentralisation mais d'une déconcentration par le biais des agences régionales de santé chargées d'organiser les soins de premiers recours. En 2016, l'article 64 de la loi de modernisation de notre système de santé ajoute au code de la santé publique l'article L1411-11-1 relatif à la création des équipes de soins primaires, définies ainsi : «*Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la*

---

<sup>2</sup> 30% du budget dépendant de la qualité des soins promulgués, sur la base d'une liste de 100 indicateurs à renseigner par chaque cabinet

protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

La définition des soins primaires en France semble donc se préciser, tout en ayant une acceptation restreinte par rapport concept de soins primaires tel que défini par l'OMS. Par ailleurs, l'organisation retenue repose toujours sur des acteurs privés invités à assurer des soins de premiers recours, sans structure de santé étatique dédiée tels que des centres de santé, bien que les structures d'exercice coordonné telles que les centres de santé soient associées à la notion d'équipe de soins primaires. De même, une régulation sur des niveaux intermédiaires entre l'échelon régional et individuel est observée dans tous les modèles étudiés, posant la question en France de la régulation interrégionale et de la coordination des acteurs à l'échelle locale.

## **1.2 Le système hospitalier est traditionnellement peu investi dans le champ des soins primaires, malgré de nombreux liens en pratique**

### **1.2.1 Le système de santé est historiquement centré sur l'organisation hospitalière, alors que les soins primaires et la santé publique s'organisent selon un réseau d'acteurs multiples**

Le champ des soins primaires et de la santé publique sont marqués par l'affirmation de nouveaux acteurs locaux, comme les collectivités territoriales ou des services déconcentrés de l'État, participant à une forme de territorialisation des soins primaires (Hassenteufel, Schweyer, et al.,2020), tandis que l'organisation hospitalière répond à des normes étatiques et centralisées. La répartition des compétences entre l'État, l'Assurance Maladie et les collectivités territoriales se retrouve dans le portage d'une structure telle qu'un centre de santé hospitalier. Si cette gestion s'avère complexe pour les directions porteuses des centres de santé, elle est également l'opportunité de découvrir de nombreux acteurs de santé, et s'avère être un espace de travail stimulant pour les fonctionnaires engagés dans le projet de centre de santé, comme le suggère les directeurs interrogés : « *C'est un nouveau travail de directeur de travailler sur un projet de centre de santé ! Tout est nouveau, c'est très stimulant* ». Un exemple type de cette répartition entre différentes compétences est le financement de l'activité de médiation en santé. La présence d'un médiateur en santé est valorisée financièrement par l'Assurance Maladie à travers le forfait structure des centres de santé, en lien avec l'accord national sur les centres de santé, sans financer l'intégralité du poste. Des données doivent apparaître dans le rapport du centre de

santé justifiant la subvention versée par l'ARS au centre de santé, notamment au titre des activités de prévention et de promotion de la santé menées par les médiateurs en santé. Enfin, les collectivités territoriales soutiennent les activités de méditation en santé pour réduire les inégalités sociales de santé sur leur territoire, avec une double implication de la ville et de la Région : deux dossiers différents doivent être remplis, l'un sous un format de demande de subvention, l'autre sous le format de réponse à un appel à projet dont la campagne n'est pas synchronisée avec le cycle de gestion hospitalier. En somme, nous observons concrètement une répartition multiple des objectifs de la politique de santé, en particulier pour le volet de l'accès aux soins et de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Les logiques de l'hôpital, de la médecine libérale, de la sécurité sociale et de la santé publique semblent obéir à leur propre cheminement (Marrot, B. 2020) laissant aux acteurs engagés dans des projets la charge de naviguer entre les différentes institutions, ce qui se traduit en termes de gestion par la multiplications des interlocuteurs, des modalités de financements et des calendriers, constituant une des difficultés majeures de la gestion de centres de santé, selon les gestionnaires hospitaliers interrogés.

Au contraire, une organisation globale du système de soin par une même entité permet une plus grande articulation entre les soins primaires et les soins hospitaliers, et une intégration de l'ensemble des interventions sanitaires, médico-sociales et sociales, dans une prise en charge holistique des patients. C'est le modèle choisi en Suède, avec des sociétés publiques en charge de l'ensemble des soins et des services médico-sociaux publics sous la responsabilité des communes (Acker, D. 2020).

### **1.2.2 Les missions des établissements publics de santé comprennent cependant, dans les textes, une participation à des missions de santé publique**

Les établissements publics de santé ont pourtant des missions de délivrance des soins larges, ainsi que des missions d'accessibilité et de santé publique pouvant rapprocher l'hôpital d'une structure de soins primaires. En effet, selon l'article L6111-1 du Code de la santé publique, les établissements publics de santé « *assurent dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre comme le lieu de résidence ou bien l'établissement avec hébergement relevant du Code de l'action sociale et des familles. Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de*

*santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé, en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale. »*

Ainsi, bien qu'étant compris comme externe aux soins primaires, les établissements publics de santé, dont les centres hospitalo-universitaires, occupent une place importante dans les textes dans le champ des soins primaires, de par leur caractéristiques : équipes pluridisciplinaires, accessibilité, prise en compte de la personne de manière globale; mais également par les activités menées, allant du soin à la prévention et l'éducation en santé, en passant par des actions de coopération avec les différents professionnels de santé sur le territoire. La loi relative à l'organisation et la transformation de notre système de santé du 24 juillet 2019 propose différents outils pour réinvestir l'offre de soins de proximité, dont le soutien des hôpitaux de proximité : l'article 35 de la loi (article L-6111-3-1 du code de la santé publique) confie aux hôpitaux de proximité une responsabilité territoriale qu'ils partagent avec les acteurs du territoire. Aussi, les établissements publics de santé sont-ils investis de missions de santé au sens large, comprenant des actions de prévention, de promotion et de soins curatifs.

### **1.2.3 Les établissements publics de santé entretiennent des liens avec le champ des soins primaires, qui semblent s'accroître dans un contexte de transition épidémiologique et de diminution de la disponibilité médicale**

Par ailleurs, ces structures semblent de plus en plus concernées par la demande croissante de soins primaires, dans un contexte de diminution de la disponibilité médicale en ville. Les services d'urgence des établissements sont régulièrement confrontés à des demandes de consultations de médecine générale ambulatoire. De surcroît, ces services sont également confrontés à cas cliniques qui auraient pu être stabilisés si le patient avait été suivi en médecine générale, constat médical partagé par l'un des établissements interrogés, menant à la construction du projet de centre de santé primaire adjacent aux services d'accueil des urgences, en plus de la maison médicale de garde déjà existante, pour proposer un suivi en médecine générale complet. Dès lors, les services des urgences et indirectement, les services hospitaliers, subissent l'absence de structuration des soins primaires. Les établissements publics de santé peuvent se voir contraints d'adapter leur offre de soins secondaires et tertiaires – un service de médecine interne, ou encore un

service d'urgences pour les établissements interrogés, répondant aux besoins de santé ne relevant pas de leur spécialité. En réaction, ces établissements de santé sont amenés à devenir promoteurs de projets de soins primaires dédiés, dont le portage de centre de santé.

En pratique, de nombreuses activités de soins primaires existent au sein des hôpitaux, ouvrant des pistes pour constituer des pôles de soins primaires. Ces acteurs de soins primaires hospitaliers peuvent agir comme interface entre la ville et l'hôpital, sur la base de leur expérience, familiers à la fois du travail avec les services et l'organisation hospitalière, ainsi qu'avec le champ des services sociaux, médico-sociaux et sanitaires en ville. C'est le cas notamment des équipes pluriprofessionnelles des permanences d'accès aux soins (PASS) : ces acteurs partagent une connaissance des structures de soins primaires et des services hospitaliers, et l'offre de soins proposée dans les PASS recoupe de nombreux aspects du concept de soins primaires : accessibilité, participation de la communauté avec des médiateurs ou des travailleurs pairs, prise en charge globale, appui dans le parcours de santé. Ainsi, ces formes de relais de soins primaires au sein des organisations hospitalières sont des atouts pour développer des structures de soins primaires hospitalières. A ce titre, il est intéressant de noter qu'un des médecins recrutés pour le poste de médecin en centre de santé de l'AP-HM, exercera en temps partagé avec la permanence d'accès aux soins. Les médecins de la PASS de l'établissement participent également à un groupe de pairs conjointement organisé par les médecins du centre de santé de l'AP-HM, du centre de santé associatif le château en santé, et d'une maison de santé pluriprofessionnelle des quartiers nord de la ville. Une cartographie des équipes ayant une forte expérience des soins primaires en établissement de santé relève la continuité qui peut exister entre les différentes gradations des soins à l'intérieur même d'un établissement de santé, et du potentiel des établissements pour porter des structures de soins primaires comme les centres de santé, alors même qu'ils semblent a priori hors du champ des soins primaires tel que défini et organisé dans le système de santé français.

Les hôpitaux peuvent également entretenir des liens avec les soins primaires par des coopérations mises en place, en allant au-devant des potentiels futurs usagers de l'hôpital, prévenant leur hospitalisation. Concernant le CHU de Nord, il s'agit par exemple du parcours mis en place avec la CPTS concernant l'insuffisance cardiaque, qui permet de suivre à distance via un objet télé-connecté des signes de dégradation de l'état de santé des patients entrés dans le dispositif qui nécessiteraient des actions à mener en libéral, ou bien un passage en consultation dans le service de cardiologie. Cette action menée par filière de pathologie – l'insuffisance cardiaque – permet d'assurer une bonne coordination entre les différents acteurs autour du patient. Cependant, cette approche par pathologie



segmente les propositions de prise en charge globale d'une population, et devrait, selon le concept de soins primaires, s'ajouter à une organisation robuste de soins primaires. De nombreux spécialistes exerçant au CHU ont exprimé leur intérêt à pouvoir travailler en amont de la prise en charge hospitalière sur la prévention ou l'accompagnement des patients relevant de leur spécialité. Cette dynamique a été observée lors de réunions présentant le centre de santé à la communauté médicale, mais également au travers d'un projet de recherche « santé dans les quartiers nord », ou encore lors d'échanges avec une des médecins exerçant en centre de santé. Cette attention au premier et second recours est en partie induite par la situation d'offre de soins dans le nord de la ville, mais également par la volonté de travailler sur une prise en charge encore plus coordonnée de sa spécialité dans un objectif d'améliorer l'état de santé d'une population plutôt que de soigner seulement à son niveau. Cette approche de la santé « autrement », notion qui revient largement dans les entretiens avec les professionnels de santé des centres de santé interrogés, est un levier pour développer des projets de soins primaires dans les établissements publics de santé tels que des centres de santé.

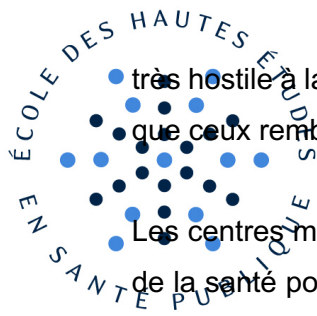
Aussi, les soins primaires, qui semblent être a priori hors du champ des soins hospitaliers, comme le suggère cette question posée par de nombreux acteurs hospitaliers mobilisés dans le projet de centre de santé : « Est-ce bien à nous de mener un tel projet ? » ne semblent pas être étrangers aux établissements publics de santé. Au contraire, parmi la multiplicité d'acteurs dans le champ des soins primaires en France, les établissements publics de santé semblent pouvoir jouer un rôle clef, comme le suggèrent ses missions de santé publique, définies dans le Code de la santé publique, mais également en pratique, par la diversité et la richesse des ressources disponibles dans un établissement public de santé. Ainsi, le portage d'un centre de santé par un établissement public de santé peut se révéler être une opportunité pour proposer un parcours de soins complet aux usagers, tout en redonnant aux praticiens hospitaliers une nouvelle perspective de travail.

## **1.3 Les centres de santé, offre minoritaire mais prometteuse pour un réinvestissement public dans les soins primaires**

### **1.3.1 Les centres de santé, sont dès leur création, un outil au service de la santé publique, dans les marges de l'exercice de la médecine libérale**

Les centres de santé sont les précurseurs d'une approche populationnelle de la médecine au début du XX<sup>ème</sup> siècle. Les centres de santé sont l'héritage des dispensaires créés par les communes, sous l'impulsion du mouvement hygiéniste et du socialisme municipal (1880-1945). Les centres municipaux d'Aubervilliers (1920) ou de Gennevilliers (1936) sont des structures typiques de ce qui deviendra le modèle du centre de santé, décrit en 1932 par Robert-Henri Hazemann, médecin à Vitry-sur-Seine, comme un lieu rapprochant les services d'hygiène, de prophylaxie et de service social de la ville, qualifiant à l'époque ces dispensaires de «citadelles abritant le personnel et l'armement destiné à lutter contre la misère physique, intellectuelle et morale», ou déjà, de «centre de ressources en santé» (Limousin, 2010). Parallèlement à l'initiative communale, des associations caritatives ou des congrégations religieuses participent au développement de centres de santé. La circulaire du 24 août 1961, visant à planifier le développement des structures sanitaires et sociales, permet aux hôpitaux de gérer à leur tour des dispensaires : le centre de santé du centre hospitalier d'Houdan est créé à cette époque. Les mutualités des caisses de sécurité sociale peuvent également créer des centres de santé, tout comme les sociétés mutualistes, dont l'essor est particulièrement important dans la région marseillaise.

La dynamique de création de centres de santé suit en effet des logiques territoriales différentes (Vigneron, 2014). Concernant le territoire des Bouches du Rhône, l'histoire des centres de santé suit celle de l'union de la mutualité CGT des Bouches-du-Rhône, créée en 1936, positionnée en soutien à la Sécurité sociale, contrairement à la fédération nationale de la mutualité française. Dans ce cadre, le dirigeant communiste Louis Calisti et le médecin directeur Jean-François Rey mettent en place un réseau de centres de santé dans le département, avec deux principes structurant : le salariat médical en équipes pluridisciplinaires centrées sur la médecine générale, permettant de supprimer le rapport monétaire entre les médecins et les patients issus des quartiers populaires, et l'alignement des honoraires sur les tarifs d'autorité remboursés par la Sécurité sociale (Belloni, 2017). Ces principes forgent l'identité professionnelle des médecins des centres de santé en même temps qu'ils les marginalisent, dans un contexte départemental de médecine libérale



très hostile à la politique conventionnelle et pratiquant des honoraires deux fois plus élevés que ceux remboursés par les caisses d'assurance maladie.

Les centres mutualistes marseillais sont donc des précurseurs d'un modèle d'accessibilité de la santé pour tous, premiers centres de santé assurant un temps plein rémunéré à la fonction et un investissement complet dans le centre de santé, en développant très tôt les visites à domicile et en intégrant la mise en pratique d'objectifs démocratiquement définis avec le mouvement mutualiste. Ces structures intègrent en effet des préoccupations de démocratie sanitaire, avec une forte participation des professionnels de santé dans la gestion et l'organisation des objectifs et des politiques sanitaires édictées, en lien avec les élus et les administrateurs mutualistes. Par exemple, l'organisation de l'activité médicale était discutée lors des conseils médicaux des centres intégrant médecins et représentants mutualistes. Les centres de santé investissent également le champ de la prévention, comme stratégie politique et contre une médecine de réparation au service des pouvoirs (Marichalar et Pitti, 2014). Le slogan des travailleurs-patients des centres de santé mutualistes était d'ailleurs, en 1970, « *on a en marre de se soigner, ce qu'on veut c'est ne plus être malade* ». Enfin, le réseau des centres de santé mutualistes a été un lieu de recherche en santé publique significatif, notamment sur la démonstration des liens entre santé et environnement de travail.

Les centres de santé connaissent une période de déclin à partir des années 1960, avec notamment un arrêté instaurant des abattements de tarifs entre 10% et 30% pour les centres de santé. Ce contexte normatif est durci par la nécessité d'une approbation préfectorale pour toute création de centre. Après la signature des conventions entre la Sécurité sociale et les syndicats de médecins libéraux, les centres de santé sont perçus comme une solution palliative n'ayant pas vocation à être pérennisée : « *On ne saurait favoriser le développement normal de ces dispensaires alors qu'ils ne devraient pas exister ou qu'ils devraient disparaître dans un délai raisonnable, lorsque l'initiative privée, après un an de carence, devient à même de fournir les services demandés* ». (Ministre de la santé et de la population, 1956, cité par Georges et Waquet, 2013). Les centres de santé sont donc réduits à un rôle de palliatif en cas de carence de l'offre de soins libérale.

La période récente est marquée par un renouveau des centres de santé, matérialisée par une reconnaissance institutionnelle, le terme de centre de santé se substituant définitivement à celui de dispensaire par un décret de 1991, leurs missions étant définies par la suite par l'accord national de 2003. L'intérêt porté pour les centres de santé est observé par la multiplication des études et des rapports à partir du rapport Acker de 2007.

La loi hôpital patients santé territoire du 21 juillet 2009 renove le cadre juridique applicable

au centre de santé et permet aux établissements de santé non lucratifs de créer ou gérer directement un centre de santé. Cette possibilité a été élargie en 2018 aux établissements de santé à but lucratif, une évolution qui interroge quant au modèle et aux finalités actuelles des centres de santé. Si les établissements de santé se sont peu emparés de la possibilité de créer des centres de santé, les groupes privés ont investi le champ des centres de santé, suscitant de nombreuses inquiétudes, affaires, enquêtes et des prises de position sur le devenir de ces structures de santé publique<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> François Crémieux : « On ne peut regarder sans débattre un groupe de santé privé reprendre des centres de la Croix-Rouge française », Le Monde, 9 février 2022

Assurance maladie : treize centres de santé déconventionnés pour une fraude aux soins ophtalmiques et dentaires, France Info, 21 juillet 2023

### 1.3.2 Les centres de santé intègrent la notion de parcours de santé et entretiennent des liens proches avec les hôpitaux

Les centres de santé sont des précurseurs d'une approche populationnelle, intégrant une forte dimension de santé publique, de démocratie sanitaire et de recherche en santé. Ces structures partagent des caractéristiques communes avec les institutions hospitalières.

Tout d'abord, les centres de santé répondent, comme étudié précédemment, aux préoccupations d'accès aux soins. De plus, les centres de santé se distinguent par un large panel de spécialités proposées (Villebrun et al., 2010) par rapport aux maisons de santé pluriprofessionnelles, principalement centrées sur la médecine générale (Hassenteufel, Naiditch, et al., 2020). Le nombre important de spécialités accessibles dans les centres de santé est de nature à favoriser l'accès aux soins à toutes les étapes du parcours de santé, le renoncement pouvant intervenir à toutes les étapes du parcours (Després et al. 2011). Ainsi, les centres de santé sont de nature à proposer une offre très diverse, permettant d'imaginer naturellement le travail conjoint avec des services hospitaliers, notamment sur la mise en place de consultations avancées dans le centre de santé, comme c'est le cas pour le centre de santé des Aygalades, premier centre de santé de l'AP-HM.

Les centres de santé partagent également de grands principes communs avec le service public hospitalier, dont deux des trois principes structurant du service public: l'égalité devant le service de santé, avec une attention particulière pour l'égal traitement de tout usager, sans discrimination ni avantage particulier, ou encore l'adaptabilité du service, par une adaptation à la fois aux besoins des usagers (souplesse d'organisation des consultations, voire démarche communautaire) et les évolutions des techniques et des connaissances médicales (staff sur des cas complexes, regards et échanges sur les pratiques, intégrés dans l'organisation du travail en centre de santé).

L'inscription des centres de santé dans les réseaux de soins hospitaliers constitue d'ailleurs une de leurs spécificités (Acker, 2007). La convention signée entre le centre de santé de Gennevilliers et l'hôpital Bichat de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris<sup>5</sup> en est un exemple : le centre de santé de Gennevilliers fait partie du parcours de soins des usagers hospitaliers, grâce à un système d'information intégré ou encore l'organisation d'admissions directes des patients des centres de santé dans l'établissement public de santé. Ces

---

<sup>5</sup> L'AP-HP et le Centre Municipal de Santé de Gennevilliers signent de nouveaux accords de coopération : site web de l'AP-HP, <https://www.aphp.fr/actualite/lap-hp-et-le-centre-municipal-de-sante-de-gennevilliers-signent-de-nouveaux-accords-de>

modalités de coopération permettent d'agir sur le renoncement barrière entre la médecine générale et la médecine de spécialité, au-delà des obligations tarifaires opposées à ces structures de santé, et créer un espace de travail commun autour des besoins de santé des patients d'un territoire.

De plus, une proximité entre les intérêts des médecins des centres de santé et ceux des médecins des établissements publics de santé dans la prise en charge des patients a également été observée lors des différents entretiens menés avec les professionnels du centre de santé associatif voisin de l'Hôpital Nord de l'AP-HM, le château en santé, mais également lors de deux rencontres organisées entre les équipes du centre de santé et les équipes de l'Hôpital Nord. Les professionnels du centre de santé considèrent que leur travail consiste aussi à faciliter la tâche des services de spécialités, intégrant les contraintes hospitalières dans l'organisation de leur travail, et témoignant d'une volonté de meilleure communication et de partage d'expérience avec l'hôpital. Au cours des entretiens, un des médecins a indiqué son désir initial de voir le centre de santé porté par un établissement public de santé, possibilité évoquée au moment de la création du centre. Une attention particulière est donnée par les professionnels du centre de santé pour préparer et prévenir les passages aux urgences ou les séjours hospitaliers par une écriture systématique d'un courrier de liaison détaillé et tenu à jour, et des liens entretenus dans des dimensions interpersonnelles avec le personnel hospitalier : participation à des groupes de pairs avec une orthophoniste du centre d'action médico-sociale précoce de l'hôpital nord, échanges réguliers de mails avec des praticiens hospitaliers au sujet de cas complexes, lien avec les assistantes sociales de l'hôpital nord.

Les équipes des centres de santé polyvalents médicaux semblent partager un ensemble de valeurs et de missions communes avec les établissements publics de santé dans l'organisation des soins, terrain favorable à des coopérations avec les centres de santé déjà créés. Lorsque des structures de soins primaires ne sont pas présentes, les établissements publics de santé peuvent également sortir de leurs murs pour porter des centres de santé.

### **1.3.3 Les centres de santé, après une période de déclin, connaissent un regain d'intérêt, sous différentes formes, dont le format hospitalier**

Le recensement et la reconnaissance des centres de santé a été très progressive. Aujourd'hui, grâce au numéro FINESS unique, ce dénombrement est plus aisé. L'observatoire e-cds de l'ATIH recense les indicateurs annuels sur les centres de santé depuis leur création en 2016 et constitue une source de données intéressantes pour les futurs gestionnaires de centre de santé. Il indique l'existence au 31 décembre 2020 d'un total de 2236 centres de santé (Sardone, 2021).

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

Parmi les différentes catégories de centres de santé, l'observatoire dénombrait au 31 décembre 2020, un total de 669 centres de santé polyvalents et médicaux intégrant de la médecine générale, contre 500 en 2017 (source FINESS). L'évolution du nombre de centres de santé polyvalents et médicaux est donc très importante. Ces données illustrent la dynamique de création à l'œuvre ces dernières années, répondant notamment aux politiques publiques de transformation du secteur des soins primaires de proximité susmentionnées. Bien que minoritaires sur l'ensemble des centres de santé, l'évolution des centres médicaux non ophtalmologiques est importante depuis les années 2000. Parmi les centres de santé proposant de la médecine générale, près de 40% des centres de santé sont gérés par des acteurs publics: collectivités territoriales, services de santé universitaires, centres hospitaliers, GIP. Le portage de centres de santé par des acteurs publics semble par ailleurs s'accélérer, avec plus de la moitié des centres de santé médicaux créés par des acteurs publics depuis 2017 : 42% de centres gérés par des collectivités territoriales ou par des GIP, 5% par des centres hospitaliers, et 5% par des universités ou par l'Assurance maladie.

## CDS à activité médicale non ophtalmologique par type de gestionnaires, 2020

Collectivité territoriale	167
Association	234
Mutuelle	62
Organisme de sécurité sociale	144
Autre organisme à but lucratif	1
Organisme à but lucratif	7
Établissement de santé	12
État	1
TOTAL	691

Les projets et les modèles de centres de santé sont très divers. L'étude menée par le projet Epidaure Territoires en 2021 sur la dynamique de création des centres de santé fait état d'une diversité de projets derrière la création d'un centre de santé. Bien que tout centre de santé doive se fonder sur un diagnostic de territoire, les objectifs au lancement sont différents selon les acteurs interrogés dans l'enquête. Le portage de centres de santé par des acteurs sociaux comme des associations médico-sociales ou des collectivités territoriales s'orientent vers une réponse aux besoins de santé de la population, alors que les projets de centres de santé associatifs dentaires ont pour objet la constitution de patientèle ou la création d'une activité économique. Selon Richard Lopez, président de la Fabrique des centres de santé, l'équilibre de ces centres de santé dentaires, reposant sur un gros volume d'activité de prothèses dentaires dont les tarifs ne font pas l'objet d'un encadrement conventionnel, fait risquer un glissement du projet de centre de santé vers une approche marchande du soin. Enfin, le secteur associatif comprend une grande diversité d'objets sociaux pour les centres de santé. Outre les grosses entités de centres de santé dentaires, les associations médico-sociales s'orientent vers la prise en charge à domicile et les soins infirmiers. Une partie émergente de centres de santé est constituée d'associations indépendantes, composées de collectifs soignants ou de collectifs issus de la société civile en réponse à une problématique locale.

Les centres de santé constituent des objets à part dans le paysage de l'offre de soins en France, par rapport à leur place dans des systèmes de santé organisés autour des soins primaires, comme l'Espagne ou la Suède. La période récente est marquée par un renouveau des centres de santé. Ce regain d'intérêt est porté à la fois par des institutions publiques, mais également d'autres acteurs économiques, dont des gestionnaires à but lucratif. Parmi les gestionnaires publics de centres de santé, les établissements de santé





**EHESP**

• sont aujourd'hui minoritaires, bien que de nombreux établissements aient parallèlement  
• menés le projet de création de centre de santé au cours des trois dernières années, et que  
• d'autres s'interrogent sur la possibilité de porter de telles structures de soins primaires,  
encouragés localement par des élus, des groupes de soignants ou, comme en Nouvelle  
Aquitaine, par les tutelles. A contrario, la dynamique de création de centres de santé, y  
compris médicaux, par les établissements publics de santé privés, suit une stratégie de  
groupe nationale affirmée de développement de structures de soins primaires. Nous  
verrons que les propositions de centres de santé des établissements publics peuvent d'une  
part correspondre à un type de centre de santé abouti et intégré dans les politiques  
publiques d'accès aux soins, présentant de nombreux bénéfices pour la population, et  
d'autre part, constituer un enjeu stratégique pour les établissements, dans un contexte  
fortement concurrentiel avec l'offre développée par les groupes privés.

## **2 La création d'un centre de santé par un établissement public de santé, réponse pragmatique ou révolution populationnelle ?**

### **2.1 Le choix de développement de centres de santé hospitaliers est un choix politique local, mené par des équipes majoritairement novices dans le portage de tels projets**

#### **2.1.1 Le portage d'un centre de santé est le résultat de facteurs différents en fonction des situations des établissements de santé sur leur territoire**

Les décisions de création de centres de santé suivent des logiques diverses en fonction des établissements interrogés. Parmi ces établissements, trois processus de création de centres de santé semblent avoir été à l'œuvre.

Le projet de centre de santé peut émerger dans le cadre d'une concertation avec les collectivités territoriales, en réponse à des difficultés d'accès aux soins rencontrées localement. Dans cette configuration, le projet de centre de santé hospitalier est perçu comme une mission de santé publique, portée par l'hôpital, acteur le plus à même de salarier des médecins, pour le compte de la collectivité territoriale : *« A priori, nous étions le plus à même de le faire pour le compte des collectivités. Ils voulaient faire des centres de santé, ils ne savaient pas comment faire, on pensait qu'on savait faire ! On est partis d'un modèle de salariat pour arriver au centre de santé hospitalier. »* (Entretien avec un directeur). Le projet de centre de santé hospitalier est directement soutenu par les élus locaux, qui peuvent se mettre en lien avec l'agence régionale de santé pour soutenir le projet hospitalier. Les gestionnaires interrogés indiquent ne pas disposer ni de précédent sur le portage de centre de santé, ni même de connaissances du fonctionnement des financements de ces structures préalables. La décision de création de centre de santé est prise sur la base d'une demande politique locale, en présence d'éléments organisationnels favorables tels que la présence d'un local ou la connaissance d'un groupe de médecins intéressés par le projet, ainsi que la volonté d'un directeur d'hôpital ou un groupe de professionnels de porter ce projet : *« Tout est sorti de ma tête, j'ai proposé un premier montage financier et on s'est lancé »* (Entretien avec un directeur promoteur d'un centre de santé). Dans cette configuration, nous constatons l'inexistence d'une forme d'expérience passée de centre de santé pour les promoteurs du projet, qui peut être totale en l'absence de recrutement de professionnels de santé connaissant le fonctionnement en centre de santé, ou même dans un modèle salarial, tel que cela a pu être le cas pour un des établissements interrogés.

L'origine du projet de centre de santé hospitalier peut également être la rencontre d'une équipe médico-soignante porteuse d'un projet et d'une direction hospitalière ayant préalablement réfléchi à la question des soins primaires. Dans cette configuration, les médecins sont les professionnels apportant l'expérience de centre de santé, ce qui comprend de nombreux avantages au démarrage du centre de santé, puisqu'ils connaissent déjà le fonctionnement du centre, les différentes modalités de financements, les profils à recruter, ou encore les projets de coopération à mettre en place grâce à leur expérience et leur réseau. En effet, un des hôpitaux interrogés a porté le projet de santé sur la base d'une rencontre entre un collectif de quatre médecins exerçant préalablement dans un centre de santé, à la recherche d'une structure support de leur projet de centre de santé et intéressés par les liens à tisser avec l'établissement. Les équipes soignantes étaient donc fortement motrices du projet, convaincant notamment par leur expérience la direction hospitalière et les tutelles de porter une nouvelle activité en soins primaires pour le compte de la structure hospitalière. Ce processus de création repose sur la rencontre d'une direction à la recherche d'un projet permettant de soutenir ou de créer des liens avec des structures de soins primaires, avec une équipe soignantes motivée et ayant préalablement travaillé le projet de centre de santé : *« J'apportais mon réseau, ma connaissance du fonctionnement d'un centre de santé. J'ai le réflexe d'assurer une veille sur les projets et les nouveautés pour les centres de santé, ce qui n'est pas le cas pour tous les profils de médecins généralistes. »* (Entretien avec un médecin coordonnateur)

Enfin, le projet de centre de santé peut être porté par des équipes exclusivement internes à l'hôpital, soutenue par ailleurs par des élus dans le développement de leur projet. Dans ce cadre, le projet de centre de santé est porté en réponse à des difficultés majeures rencontrées par l'établissement public de santé, telle qu'une saturation des urgences pour cause de patients sans médecin traitant, ou encore, un constat médical sur le manque de suivi des patients hospitalisés. Le portage de centre de santé constitue dans ce cas une réponse à une problématique d'organisation des soins constatées par les équipes médicales des établissements publics de santé, dans des zones rurales particulièrement impactées par la baisse de la démographie médicale. L'objet de ces centres de santé est donc de créer un relais inexistant en soins primaires pour résoudre des difficultés hospitalières. Le centre de santé, dans cette configuration, est porté par un pôle de santé, urgences ou médecine interne, et considéré comme une structure du projet médical de l'établissement, au service d'une meilleure prise en charge mais également d'une meilleure organisation des équipes hospitalières. Un des établissements interrogés a ainsi créé un centre de santé à proximité directe des urgences pour permettre de constituer une orientation vers un médecin traitant pour tous les patients recourant aux urgences ne

Blanche PUJOS SAINT-GENEZ - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2022-2023 - 29

disposant pas de médecin traitant, face au constat du manque non pas seulement de créneaux de soins non programmés, mais plus généralement d'offre de médecine générale. Une file active s'est ainsi très rapidement constituée à l'ouverture du centre de santé sur le site hospitalier, permettant à ces patients de progressivement substituer le recours aux urgences par des consultations pluriprofessionnelles en centre de santé. Un autre exemple est la création d'un centre de santé porté par le chef de service de médecine interne, fonctionnant grâce à l'effectif médical du pôle renforcé. Ce centre de santé a été organisé en réponse à un déficit d'offre de médecine générale, face à des difficultés rencontrées telles que l'impossibilité de faire renouveler des ordonnances pour les patients souffrant de maladies chroniques. Les médecins témoignent d'un investissement dans le centre de santé par préoccupation de l'état de santé de la population : « *On voit ici des gens qui ont des pathologies d'avant-guerre ! On ne pouvait plus continuer comme ça dans le service de médecine interne* ». (Entretien le médecin chef de service du centre de santé). Le chef de service interrogé indique que ni lui ni son équipe n'était familier du fonctionnement de l'exercice de la médecine générale de premier recours, et avouent ne pas maîtriser l'exercice en centre de santé : « *Si c'était à refaire, est-ce que je le referais ? C'est très dur pour les équipes de se mettre à faire des dossiers MDPH et des trucs comme ça dont on n'a pas l'habitude quand on est praticien hospitalier. On avait l'impression que les gens venaient faire les courses, on ne comprenait pas tous ces besoins qui s'accumulaient* ».

### **2.1.2 Les équipes hospitalières bénéficient de peu de recul sur les centres de santé tout en rencontrant de nombreuses difficultés techniques**

Qu'il soit un projet de territoire, porté par un collectif soignant, ou la réponse à des problématiques rencontrées par les équipes médicales hospitalières, le projet de centre de santé est une véritable « aventure » pour les gestionnaires hospitaliers, découvrant d'une part l'organisation d'une structure de soins primaires de ville, et rencontrant de nombreuses difficultés liées aux impensés techniques dans le portage de centre de santé hospitaliers.

Tout d'abord, les centres de santé, bien que portés par des établissements publics, demeurent des structures de ville et fonctionnent selon une réglementation propre. Ainsi, les praticiens hospitaliers doivent-ils par exemple disposer de cartes professionnelles afin de coter des actes lorsqu'ils assurent des vacations dans la structure de centre de santé hospitalier, dont la nomenclature diffère de l'exercice hospitalier. Pour les équipes gestionnaires, la découverte du fonctionnement des centres de santé à mesure que le projet se concrétise rend le démarrage particulièrement prenant en termes de temps et de difficultés de gestion : les interlocuteurs diffèrent de ceux des établissements publics de santé, les modalités de financements également, tout comme les systèmes d'informations. Ces difficultés peuvent conduire à passer à côté de certains financements comme la

subvention Teulade, établie pour compenser la prise en charge par l'Assurance Maladie d'une partie des cotisations maladie et vieillesse des professionnels libéraux : il s'agit d'un remboursement après justification par attestation URSSAF du paiement complet des charges sociales. Par ailleurs, les équipes de gestion se confrontent à des difficultés techniques liées au portage hospitalier, qui peut être perçu comme chaotique au démarrage par les acteurs hospitaliers : *« C'est simple : rien ne rentre dans les cases »* (Entretien avec un directeur). A la différence d'autres structures externes portées par les établissements publics de santé, telles que les centres médico-psychologiques ou encore les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), bénéficiant d'un budget dédié prévu dans la réglementation, et financés par dotation, les centres de santé ne disposent pas de modalités propres au portage par des structures hospitalières et reposent sur un financement à l'acte et la réponse à différentes modalités de financements.

Le cadre comptable hospitalier est en effet inadapté au portage d'un centre de santé. L'instruction M21, précisant les différentes natures d'activité pouvant être exercées par un établissement public de santé ne prévoit pas celle du centre de santé. Les établissements optent, en concertation avec le trésorier public, pour un budget se rapprochant de l'activité de centre de santé, en choisissant de créer un budget « autres activités sociales et médico-sociales » (budget P), bien que les comptes proposés ne correspondent pas totalement à l'activité. Par ailleurs, les circuits financiers ne sont pas prévus dans la réglementation, alourdissant le travail des équipes en charge de la facturation. En effet, compte-tenu du système de facturation de la médecine de ville pour les centres de santé, les outils des établissements de santé ne permettent pas de facturer et de dialoguer avec l'applicatif de la DGFIP. De plus, les recettes d'un centre de santé sont réglementées de manière différente des recettes hospitalières : pour réaliser l'encaissement des recettes, un logiciel spécifique aux centres de santé doit être installé et une régie prolongée doit être créée. Il est intéressant à ce titre de noter que les établissements de santé n'ont pas choisi le même logiciel face à cette même problématique. Aucun des logiciels disponibles sur le marché ne peut être relié au système d'information de l'hôpital, rendant la facturation automatique impossible. Un titre de recettes diverses doit être réalisé afin de comptabiliser les recettes versées à la régie (part assurance maladie, mutuelle et patient). Le régisseur doit identifier à intervalle régulier les impayés. Dans ce cas, un titre de recette doit être émis par le logiciel de facturation de l'hôpital pour permettre les poursuites du trésorier à l'encontre du tiers. L'absence d'interface entre les systèmes d'information nécessite ainsi de réaliser plusieurs opérations manuelles, chronophages et sources de difficulté de facturations. Ces difficultés techniques liées à une inadaptation de la réglementation et des contraintes portées aux éditeurs de logiciels pour intégrer les modalités de portage de centre de santé par un établissement public de santé rendent difficile le lancement d'un centre de santé pour les

équipes hospitalières, en même temps qu'elles favorisent des erreurs de facturation dans un contexte d'équilibre financier difficile à atteindre. Ces difficultés peuvent être comptabilisées en termes de temps de travail nécessaire à la mise en place de procédures alternatives pour faire fonctionner le centre de santé malgré ces obstacles techniques.

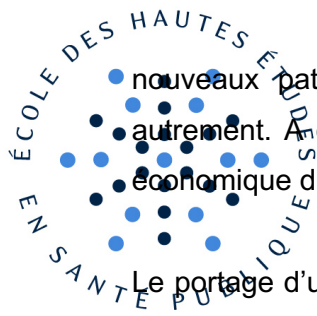
Malgré ces difficultés techniques, l'ensemble des équipes rencontrées racontent la période de lancement du projet de santé comme une période « *pleine de questionnements* », où les équipes techniques ont dû proposer des solutions opérationnelles nouvelles, partageant toutes « *l'aventure du centre de santé* », en travaillant pour un projet techniquement difficile mais porteur de sens pour les directeurs, les équipes techniques et les professionnels de santé rencontrés.

### **2.1.3 Les centres de santé s'avèrent être des opportunités stratégiques pour les établissements publics de santé**

L'ensemble des établissements rencontrés estiment que le bilan de la création du centre de santé est très positif, à plusieurs niveaux. En termes de service rendu à la population, a fortiori pour les centres de santé dont la file active était pré-identifiée par les services hospitaliers en difficulté de réorientation vers des soins de premiers recours, l'augmentation rapide du nombre de patients conforte les décideurs dans leur soutien au centre de santé. De même, les centres de santé s'inscrivent dans le dispositif du Service d'Accès aux soins (SAS) et constitue des participants clefs à l'organisation des soins non programmés sur un territoire, en lien direct avec l'établissement public de santé.

Les directeurs interrogés s'accordent sur l'intérêt politique de porter un centre de santé. Le centre de santé constitue une vitrine pour l'établissement public de santé, à même de tisser des liens de confiance dans l'organisation d'un suivi régulier avec des habitants d'un territoire. De plus, le centre de santé semble constituer un objet en partage entre les habitants, les élus, et le gestionnaire hospitalier, capable de faire le lien entre la structure hospitalière et le reste de son territoire par la nature de l'activité menée, la taille et l'implantation dans le territoire de vie des habitants, a fortiori lorsque le centre de santé est « hors les murs » et non pas dans l'enceinte de l'hôpital.

D'un point de vue économique, les différents gestionnaires interrogés perçoivent seulement à ce stade de la création de leur centre de santé des potentiels intérêts à l'échelle d'une structure hospitalière, de nature à compenser le budget déficitaire du centre de santé. Les difficultés liées à l'équilibrage du budget du centre de santé pourraient s'équilibrer avec l'augmentation de l'activité des services liée aux adressages depuis le centre de santé de



nouveaux patients qui n'auraient pas eu recours à l'établissement public de santé autrement. À ce stade, les établissements rencontrés n'ont pas évalué l'intérêt médico-économique du portage d'un centre de santé.

Le portage d'un centre de santé hospitalier, d'après les entretiens menés, semble être le résultat d'une décision prise sur la base de facteurs différents en fonction des territoires.

Ces différences conjuguées à une faible connaissance de l'histoire et du modèle de centre de santé au préalable semblent entraîner des modèles de centres de santé légèrement différents en fonction de l'objet premier de création du centre de santé et de la capacité des équipes à rassembler des informations sur les modalités de financement des activités de centre de santé. Aussi, la création d'un centre de santé semble-t-elle être initialement une réponse pragmatique à une problématique locale, qui pourrait dans un second temps déboucher sur l'intégration de ces structures dans un axe stratégique de responsabilité populationnelle sur un territoire, incluant les soins primaires dans le champ d'action de l'établissement public de santé.

## **2.2 Dans un contexte budgétaire contraint et sur la base d'un modèle économique structurellement déficitaire, la permanence de la notion de centre de santé dans sa version hospitalière est fragile**

### **2.2.1 Une tension entre tarification à l'acte et qualité des soins inhérente au modèle des centres de santé**

Les gestionnaires hospitaliers tentent d'équilibrer financièrement les centres de santé, sur la base d'un modèle économique jugé structurellement déficitaire (IGAS, 2007 ; IGAS, 2013). L'augmentation de l'activité de consultation semble être l'axe principal pour développer les recettes du centre de santé sur un mode de tarification à l'acte. Ce levier de développement des recettes rentre pourtant en contradiction avec l'organisation de l'activité en fonction des besoins des patients. Un des directeurs interrogés, dont le centre de santé est arrivé à maturité, témoigne de ce dilemme rencontré dans la gestion du centre, avouant avoir évolué sur sa position à mesure qu'il découvrait le quotidien du centre de santé: *« D'une certaine manière, je pourrais dire que je me méfie des jeunes médecins qui veulent trop bien faire. Ils vont parfaitement remplir le dossier patient, préparer de magnifiques lettres de liaison, prendre le temps de discuter avec le patient et faire des bilans très complets. En termes d'activité pure, son bilan sera négatif. Mais je sais que ce patient, lorsqu'il va arriver à l'hôpital, cela va être nickel pour les praticiens qui sont débordés ici et je n'ai aucun doute sur la prévention des passages aux urgences. Il faut savoir ce que l'on*

Blanche PUJOS SAINT-GENEZ - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2022-2023 - 33

*veut avec la création de ces centres de santé... ».* La plupart des gestionnaires indiquent que le nombre et le temps des consultations n'est pas une variable de négociation avec les médecins, partageant la réalité et la difficulté de reprendre des suivis avec des personnes ayant été éloignées du soin depuis longtemps, ou encore, des barrières liées à la langue. Les axes de travail indiqués sont plutôt liés à la bonne valorisation de l'activité menée, par la cotation des actes par exemple, ce qui demande par ailleurs un allongement du temps « hors soin » par rapport au temps « soin », ou encore l'optimisation des plannings et des rappels, au niveau de l'accueil administratif, pour réduire ou s'adapter au ratio de rendez-vous non honorés.

Le dialogue sur l'augmentation des produits de la tarification semble être un des potentiels points de crispation entre les équipes du centre et les gestionnaires. Les différents entretiens montrent que ces structures hospitalières de taille moyenne ou de petite taille ont toutes adoptées un mode de gouvernance direct entre les médecins du centre de santé et le référent gestionnaire (directeur ou cadre administratif de pôle). Cette dimension implique largement l'équipe médicale du centre de santé dans la gestion du centre, tout en facilitant le dialogue et le partage des difficultés financières. Le comité de gestion observé entre un directeur référent et le médecin référent du centre de santé d'un centre hospitalier sur ce mode de fonctionnement témoignait d'une volonté commune de pérenniser le centre de santé malgré les difficultés budgétaires inhérentes au modèle économique. Aussi, ce format de lien direct et de partage des éléments de gestion avec les médecins des centres de santé semble-t-il être un élément marquant d'un bon dialogue de gestion pour les centres de santé hospitaliers, confrontés à un modèle économique rendant difficile la conciliation entre viabilité financière et poursuite d'objectifs de santé publique.

Le modèle du financement à l'acte est reconnu dès 2007 comme incohérent pour le modèle du centre de santé, ne prenant pas en compte les particularités de l'exercice, la qualité des pratiques, tout en étant de nature inflationniste. Selon le rapport de l'IGAS de 2007, les centres de santé de proximité axés sur la médecine générale, comme c'est le cas pour les centres de santé AP-HM, ne peuvent atteindre l'équilibre que si l'activité des médecins est au minimum de 4 consultations par heure, avec un minimum de 4 ETP de médecins généralistes et une bonne maîtrise des ETP de personnels soignants, sans garantir l'équilibre économique. Les différents rapports estiment que la viabilité des centres de santé pourrait être atteinte par une activité pluridisciplinaire incluant des vacations de spécialistes et à condition que les spécialités comportent des actes techniques bien valorisés : c'est la piste choisie par le centre de santé André Roussin, porté par le centre hospitalier Édouard Toulouse, pour atteindre un équilibre financier. Cependant, parmi les activités de spécialistes, la gynécologie est peu contributive à l'équilibre financier, tandis qu'une activité



de radiologie aurait permis d'apporter des recettes plus importantes, moyennant des capacités d'investissement préalables importantes et de la place pour installer le matériel biomédical. Bien que ces réflexions sur l'ajustement des actes en fonction de leur valorisation soient essentielles pour atteindre l'équilibre économique, elles peuvent également éloigner les structures de leur objectif de réponse aux besoins de santé publique.

Une parfaite gestion des centres de santé est nécessaire, mais insuffisante pour atteindre un équilibre économique sans subventions complémentaires. Le rapport IGAS de 2013 énumère une liste de préconisations, dont certaines sont en partie contradictoires avec les caractéristiques des centres de santé, telle que "mettre en place des activités qui dégagent une marge financière" dans une structure répondant avant tout aux besoins de santé de la population. Néanmoins, des recommandations en termes de gestion semblent pertinentes pour les centres de santé hospitaliers :

- Assurer des cotations des actes conformes à la nomenclature
- Lutter contre l'absentéisme des patients (pour illustration, le taux de non-présentation des patients est de 18% au centre de santé AP-HM des Aygalades)
- Organiser les dépenses de personnels en fonction de l'activité (logique mise en place dans l'organisation de l'ouverture du centre de santé des Flamants, avec une augmentation progressive de la taille de l'équipe, qui pourrait être établie en fonction de seuils d'activités ou de demandes constituées)
- Avoir un budget distinct équilibré pour les dépenses autres que liées à l'activité de soins
- Choisir un système d'information et des outils de suivi de l'évolution des recettes et des dépenses

Malgré ces efforts, le rapport indique que les centres de santé assurant une très bonne gestion n'atteignent que rarement et "par un heureux hasard" un équilibre financier. Confronté à cette difficulté, une partie des directeurs interrogés semblent témoigner d'un manque de leviers ou d'outils pour arriver à un équilibre économique, présentant donc un budget annexe pour les centres de santé déficitaire, rendant fragile la pérennité dans le temps d'une telle structure.

### **2.2.2 L'investissement dans des actions de prévention et de promotion de la santé est difficile dans la version hospitalière des centres de santé**

Les missions connexes de santé publique, non obligatoires pour les centres de santé selon le Code de la santé publique, bien que constitutive du modèle historique de centre de santé,

sont peu pratiquées par les centres de santé hospitaliers, créés à la fois sur des bases nouvelles, et confrontés à des difficultés budgétaires importantes.

Les centres de santé interrogés présentent une faible diversité de professionnels de soins et d'activités menées dans le centre de santé. Très peu d'entre eux mènent des actions de santé publique telles que l'organisation d'ateliers de prévention, la réponse à des appels à projets de l'Assurance maladie ou autre financeur sur des thématiques de prévention et de promotion de la santé, ou bien l'intervention dans des associations du quartier.

Dans le paysage des centres de santé hospitaliers, les centres de santé portés par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille dans les quartiers défavorisés de la ville, marqués par des différences majeures d'état de santé de la population par rapport aux moyennes départementales et communales, semblent différer du modèle des centres de santé hospitaliers portés dans des zones rurales. En effet, le centre de santé marseillais se caractérise par la diversité des professionnels constituant l'équipe. Cette caractéristique est en partie due à l'historique de création du centre de santé, initialement expérimentation d'équipe mobile de soins primaires, axée sur la prévention et la promotion de la santé dans les quartiers défavorisés. Le centre de santé a d'emblée intégré une forte dimension de prévention et de promotion de la santé, sur la base du travail préalablement mené par l'équipe, sans que les financements correspondants soient prévus dans le nouveau cadre de financement du centre de santé. L'équipe en charge de la gestion du centre de santé s'est donc confrontée à une réorganisation des activités selon les politiques publiques d'accès aux soins existantes, à même de financer les activités des centres de santé. Par exemple, l'organisation des consultations de psychologie s'est alignée sur le cahier des charges du dispositif Mon psy de l'Agence régionale de santé, et le centre de santé a été référencé par l'Assurance Maladie comme centre référent du dispositif Ramène Ton Cap permettant de valoriser l'activité de diététique menée auprès des enfants au centre en lien avec le médecin généraliste et la psychologue. Cette inscription des actions de prévention et de promotion de la santé du centre de santé dans des dispositifs financés demande une veille importante sur les modalités de financement et un temps de gestion important. Par ailleurs, certaines activités de prévention et de promotion sont toujours menées au centre sans être financées par des dispositifs spécifiques, ce qui rend difficile leur organisation par le centre de santé. L'exemple du centre de santé marseillais témoigne cependant de la possibilité d'organiser un modèle de centre de santé intégré aux différentes politiques publiques d'accès aux soins de l'agence régionale de santé, des collectivités territoriales comme de l'Assurance Maladie, correspondant à une vision étendue du modèle de centre de santé, permettant de réaliser des activités de soins primaires, et de second recours, tout en assurant une proximité avec des acteurs de santé pour éviter des ruptures dans la prise

en charge. La mise en place d'un tel modèle de centre de santé intégrant des actions de prévention et de promotion de la santé financés demande un temps de travail dédié important pour créer des réseaux, mettre en place les structures de financements, connaître les différents financeurs et accompagner l'évolution du projet de santé en fonction des besoins remontés par les équipes et des nouveaux dispositifs de financement.

L'organisation de tels centres de santé suppose donc un investissement de la part de l'hôpital gestionnaire, permis au CHU de Marseille par l'inscription du projet de centres de santé dans la stratégie d'établissement, avec un temps de travail dédié dans l'équipe de direction.

L'investissement des centres de santé dans des actions de santé publique, tout comme l'adaptation du projet de santé en fonction des besoins du territoire est non obligatoire, peu financé ou financé par des acteurs différents, est donc peu assuré dans la version hospitalière des centres de santé. Dans ce contexte, l'évolution du financement forfaitaire de l'Assurance Maladie constitue une piste intéressante pour travailler à l'organisation d'un modèle de centre de santé comprenant une approche plus large des soins primaires. Cette modalité de financement est une part importante du budget du centre de santé hospitalier marseillais, en même temps qu'elle peut constituer un guide pour l'organisation des activités de soins primaires par son système de points en fonction d'objectifs (voir tableau en annexe). Les établissements contactés se sont inégalement emparés de cette récente évolution dans les modalités de financement. La disponibilité de conseillers de l'assurance maladie pour présenter et guider les centres de santé dans l'atteinte des objectifs financés par l'accord national est une ressource importante pour les futurs gestionnaires de centre de santé hospitaliers.

Les centres de santé hospitaliers semblent suivre la même trajectoire que les nouveaux centres portés par les collectivités territoriales. En phase initiale, les élus locaux ne se sentent pas légitimes pour développer des politiques de prévention et de promotion de la santé. Une fois l'objectif d'accès à un médecin traitant atteint, les gestionnaires publics élargissent les objectifs premiers à la mise en œuvre d'un projet de santé de territoire, puis à la prise en charge coordonnée en équipe territoriale, et enfin, au développement d'actions de prévention et de promotion de la santé (Sardone, 2021).

### **2.2.3 La viabilité économique d'un centre de santé ne peut se passer de soutiens extérieurs pour permettre aux centres de santé d'assurer des missions de santé publique**

Actuellement, le financement des centres de santé hospitaliers est fragile. Il demande une capacité de gestion de différentes sources de financements par les gestionnaires, mais également une participation de financeurs extérieurs pour atteindre un équilibre financier. A titre d'exemple, les centres de santé de l'AP-HM reposent fortement sur des subventions de l'ARS, qui ne sont pas associées à l'activité (41% dans la version post-clôture du budget 2022). Seulement 19% du financement est tiré des produits de la tarification. Les financements associés au forfait centre de santé de l'Assurance maladie, valorisant les actions liées à l'exercice coordonné, la prévention, et la réponse aux objectifs de santé publique représentent 21% des financements du centre de santé et constituent une piste encourageante pour le portage de centre de santé exemplaire en termes de réponses aux politiques publiques de santé déclinées dans cette grille forfaitaire.

La majorité des centres de santé hospitaliers ne bénéficient pas d'une subvention d'exploitation extérieure, alors que la part de subventions d'une collectivité territoriale pour équilibrer un budget de centre de santé est estimée à 15% selon le rapport de l'IGAS de 2007. A titre d'exemple, centre de santé de Belfort Léon Blum (regroupant 7 médecins généralistes pour 5,5 ETP et une durée de consultation entre 20 et 30 minutes), cité dans le rapport, n'est équilibré qu'en présence d'une subvention des collectivités territoriales à hauteur de 15% du budget. Dans ce contexte budgétaire, et compte-tenu de la faiblesse de l'expérience en centre de santé à la fois des professionnels de santé comme des gestionnaires investis, la permanence de l'approche globale en soins primaires portée par les centres de santé semble fragile dans sa version hospitalière. Le projet de centre de santé demande d'être soutenu par des acteurs locaux de soins primaires, par une participation financière au projet de centre de santé.

## **2.3 L'intégration d'un centre de santé dans les structures hospitalières semble être porteuse d'un renouveau dans les pratiques hospitalières, au service d'une attractivité de l'exercice de la médecine sur un territoire, de la prise en charge des patients, mais également de la place de l'établissement public de santé dans l'offre de soins**

### **2.3.1 Le modèle de centre de santé introduit des perspectives nouvelles dans l'exercice de la médecine hospitalière et de ville, à même d'attirer des professionnels de santé**

Tout d'abord, il est intéressant de relever les différences culturelles d'exercice de la médecine qui peuvent coexister dans un centre de santé hospitalier. L'exercice en structure d'exercice coordonné constitue en effet un « choc culturel » pour les médecins libéraux rejoignant de telles structures (Fournier et Al, 2014). Les médecins ayant préalablement exercés seuls sont invités à passer d'une culture initiale individuelle à une culture collective, avec un regard de l'équipe porté sur les pratiques et un partage de la compétence de soin. A cette différence de culture d'exercice de la médecine s'ajoute une différence dans le lien avec les modalités de financement : les médecins passent d'une contractualisation individuelle avec l'Assurance Maladie à une contractualisation d'équipe avec l'Assurance Maladie, mais également parfois avec l'État ou les collectivités locales dans des modalités de financement qui sont autant « d'instruments de gouvernement » (Lascoumes et la Galès, 2004). Le travail dans ce cadre de financement (par exemple, le financement 400 médecins de l'ARS, le dispositif Mon Psy) implique des négociations et des ajustements dans la pratique en lien avec des objectifs chiffrés dans un cahier des charges.

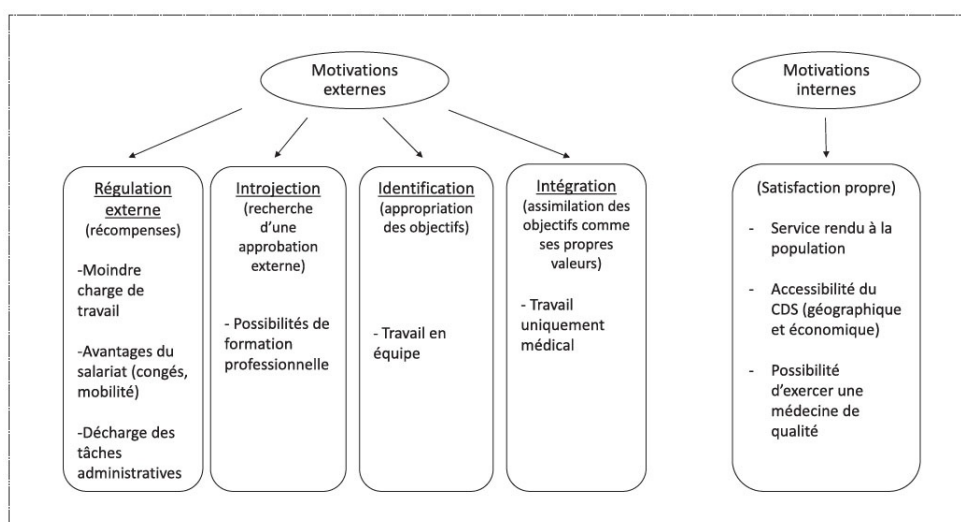
De même, les médecins spécialistes hospitaliers venant exercer en centre de santé rencontrent un cadre de travail très différent d'un service, traduit par une des spécialistes intervenant au centre de santé marseillais interrogée « *Il faut accepter de soigner avec peu de matériel, sur la base d'un dialogue avec le médecin traitant qui connaît bien le patient. Tous mes confrères ne seraient pas à l'aise avec cela* ». Le rapport avec les usagers, enfin, peut constituer une révolution pour les pratiques de professionnels de santé en centre de santé. En fonction des profils recrutés, une plus grande participation des usagers peut être organisée par les professionnels, notamment ceux ayant eu une expérience précédente en centres de santé participatifs.

Le centre de santé présente des caractéristiques intéressantes pour les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes ou les spécialistes souhaitant exercer en équipe, dans un cadre salarial, rejoignant un projet collectif au service de l'amélioration de la santé de la population. Selon l'enquête menée dans le cadre du projet Epidaure sur la dynamique de création des centres de santé entre 2017 et 2021, la majorité des médecins recrutés ont placé la possibilité de travailler en équipe au-dessus des autres critères liés aux conditions de travail dans le choix du poste, niveau de salaire compris. Le travail dans un collectif à l'échelle du centre et à l'échelle de l'environnement local est un élément permettant d'expliquer la stabilité des recrues dans les centres de santé, au-delà du simple attrait du salariat proposé en centre de santé.

Une étude menée en 2016 auprès des médecins exerçant en centre de santé en Bretagne et dans le Pays de Loire a permis de classer les motivations poussant les médecins à travailler dans les centres de santé. Les motivations externes apparaissent comme

prédominantes au moment du choix de candidater dans un centre de santé. Les motivations internes deviennent ensuite prioritaires dans la décision de s'engager durablement dans le centre de santé. L'étude préconise ainsi de développer des conditions attrayantes pour répondre aux motivations externes, et de développer des actions de santé publique, de prévention et d'éducation à la santé pour répondre aux motivations internes des médecins dans la durée (Ridard, Somme, 2018).

Classification des motivations des médecins - centres de santé  
(Bretagne et Pays de Loire, France, 2016)



**2.3.2 L'alliance entre les centres de santé et les établissements publics de santé permet de conforter la place des établissements publics dans l'offre de soins, face à une stratégie d'investissement dans les soins primaires de groupes privés**

La présence d'un centre de santé présente un double avantage pour conforter la présence d'un service public sur le territoire.

D'une part, le centre de santé propose une prise en charge globale, régulière, souvent familiale, permettant d'entretenir un lien de confiance entre le centre de santé et ses usagers. Les centres de santé peuvent également travailler régulièrement avec les habitants du territoire d'implantation, dans l'adaptation des activités proposés, la participation à des événements associatifs du quartier, ou encore la mise en place de groupe de pairs autour de problématiques rencontrées. Cette dynamique communautaire est d'ailleurs encouragée par l'expérimentation « structure d'exercice coordonnée participative », dans laquelle les centres de santé hospitaliers, plus particulièrement ceux

implantés dans des quartiers prioritaires de la ville, pourraient s'inscrire. Le lien particulier avec le premier niveau du service public de santé semble essentiel pour assurer une promotion de la santé, et une implication plus importante des usagers dans des structures de taille réduite, plus propice à la création de liens entre les équipes hospitalières et les patients que de grands ensembles hospitaliers. Aussi, les centres de santé hospitaliers peuvent-ils constituer des espaces privilégiés pour travailler avec les usagers, adaptés aux spécificités des différents territoires couverts par de grandes structures, telles que le CHU.

D'autre part, la qualité des services de première ligne permet aux établissements publics de santé d'améliorer leur image auprès des habitants, permettant à la fois de réduire les ruptures de prise en charge pour les habitants qui pourraient être éloignés du soin, mais également de valoriser les services du CHU à travers la vitrine que constitue le centre de santé. Cet élément est souligné par les différents directeurs d'établissements de taille moyenne portant un centre de santé, qui estiment que la présence de centres de santé dans des zones rurales permet également d'orienter de nombreux patients prioritairement vers les services hospitaliers, par rapport à d'autres établissements concurrents. En ce sens, en développant des centres de soins primaires, les services publics de santé se positionnent également dans l'offre de soins d'un territoire. Cet objectif est affiché secondaire voire peu exprimé dans la présentation des motivations des gestionnaires de centre de santé hospitaliers interrogés.

A contrario, la création de centres de santé suit une stratégie affirmée du leader de l'hospitalisation privée, le groupe Ramsay Générale Santé, affichant sa volonté de développer un « réseau de centres de santé », pour « développer l'accès aux soins » dans les déserts médicaux. Sur le site internet du groupe, à la catégorie « Stratégie France », nous retrouvons en premier item l'investissement dans les soins primaires « *Devenir un acteur de 1er plan en matière de soins primaires, et expérimenter des modes d'organisation et de financements innovants et vertueux pour le système de santé sur le modèle scandinave.* », adossé à l'équipement de ces structures de soins primaires : « *Développer significativement notre activité d'imagerie médicale adossée à nos établissements ou à nos futurs centres de soins primaires* »<sup>6</sup>. Actuellement, 5 centres de santé du groupe Ramsay Générale de Santé sont ouverts, et 7 centres de santé sont en cours d'ouverture, dépassant le nombre de centres de santé hospitaliers publics ouverts<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> <https://www.ramsaysante.fr/sites/all/fullpage/yeswecare-458942523/index.html>, consulté le 18 août 2023

<sup>7</sup> <https://praticien.ramsaysante.fr/exercer-dans-un-centre-de-sante/centres-de-sante-le-concept>, consulté le 24 août 2023

Si la principale motivation des établissements publics de santé est de répondre aux difficultés d'accès aux soins primaires sur leur territoire, et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, soutenus par les équipes soignantes et des élus locaux, cette dynamique de développement de centres de santé intervient également dans un contexte de concurrence avec une stratégie marchande de groupes d'hospitalisation privée. A ce jour, les centres de santé sont portés principalement par des établissements privés de santé, dont l'Hôpital Foch ou l'Hôpital Saint Joseph, permettant à ces établissements de bénéficier d'une visibilité supplémentaire auprès des potentiels usagers de leurs services. Ce choix stratégique est avancé par l'Hôpital Foch dans la présentation de son nouveau centre de santé placé à la Défense : «l'endroit est énormément fréquenté», et «les consultations de spécialistes dans l'enceinte du centre pourront donner suite à des bilans à Foch» selon les représentants de l'hôpital interrogés<sup>8</sup>. Le directeur général de l'Hôpital Foch indique d'ailleurs que le centre de santé est une manière de flécher l'activité vers son établissement de santé : « Nous sommes l'établissement de référence du 92, situé juste à côté de la Défense. Mais les gens n'ont pas forcément le réflexe de venir chez nous, c'est donc une manière de leur donner le fléchage ».

### **2.3.3 Le modèle de centre de santé hospitalier public doit se distinguer par sa capacité à améliorer l'état de santé d'une population sur un territoire**

L'investissement des hôpitaux publics dans une stratégie d'implantation de centres de santé répond à une demande locale, et à la poursuite d'intérêts de santé publique en lien avec un modèle de centre de santé non lucratif. Les récents dé-conventionnements de centres de santé pour facturations frauduleuses ou pratiques anormales constituent des alertes pour le développement de centres de santé détenus par des groupes privés lucratifs. Dans ce contexte, le centre de santé public peut constituer un modèle exemplaire, intégré dans les différentes politiques publiques de santé. D'une part, l'organisation de conditions de travail en équipe et au service d'un projet de santé publique répond aux aspirations des médecins exerçant en centre de santé, et permet d'apporter des solutions pérennes à des problématiques de santé publique alarmantes sur certains territoires. Dès lors, la valorisation du modèle de centre de santé proposant des activités de soins primaires diverses et au service des besoins de santé de la population doit être recherché et valorisé. Le rapport de 2007 de l'IGAS sur le modèle économique des centres de santé proposait à ce titre un autre format de financement des centres de santé, sur la base d'indicateurs de

---

<sup>8</sup> Article de presse : Le Quotidien du Médecin (2022), *L'hôpital Foch sort de ses murs avec un centre pluridisciplinaire* <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/lhopital-foch-sort-de-ses-murs-avec-un-centre-pluridisciplinaire>



santé publique, telle qu'une convention sur la base d'objectifs de santé publique entre le centre de santé et l'Agence régionale de santé, sur une durée de 5 ans. L'expérimentation actuelle des structures d'exercice coordonné participatives permet également d'évaluer la pertinence d'un financement par dotations par rapport à un financement à l'activité pour ces structures de soins primaires répondant aux caractéristiques des soins primaires telles que prônées dans la définition d'Alma Alata. La perspective de portage de centre de santé par un CHU pourrait également permettre d'associer une équipe de recherche en soins primaires au développement du projet, par exemple sur le format de conventions industrielles de formation par la recherche, ou encore par un investissement des équipes de recherche en santé publique dans les centres de santé, permettant de sécuriser du temps à la partie de recherche et développement du centre de santé, afin de pérenniser un modèle en émergence dans les centres hospitaliers.





**EHESP**





EHESP

Les centres de santé constituent une offre de soin minoritaire dans le système de santé français, peu structuré autour des soins primaires, et centré sur l'hôpital. Considéré comme hors du champ des soins primaires dans l'organisation de l'offre de soin, l'hôpital est pourtant dans les textes et en pratique investi de missions de santé publique larges. Le portage d'un centre de santé par un établissement public hospitalier constitue un projet porteur de sens et de renouveau dans les projets médicaux hospitaliers, en même temps qu'il propose un format d'exercice attractif pour les médecins généralistes.

Les difficultés budgétaires et techniques liées au portage de centre de santé par les établissements publics demandent ainsi à être dépassées par un renouvellement des modalités de financements, et une étude attentive au format de centres de santé portés par des entités publiques. En effet, ces centres de santé poursuivent des objectifs de santé publique et de réponse aux besoins du territoire qu'il convient de valoriser, d'inscrire dans un système de gradation des soins, quand les centres de santé portés par des organismes lucratifs sont pointés voire déconventionnés pour leurs dérives.

Les centres de santé constituent des entités de soins résilientes dans le projet stratégique d'un établissement public de santé de toute taille, l'inscrivant dans une démarche territoriale et d'amélioration de la pertinence des soins. Le développement de ces structures s'inscrit dans les réflexions actuelles sur un service public territorial de santé.

Dans le contexte général de raréfaction des ressources médicales, et de réflexion écologique sur la bonne allocation des ressources pour le fonctionnement des services publics, ces structures socles de santé constituent des leviers pour améliorer l'efficacité de nos systèmes hospitaliers et participe d'un effort collectif pour réduire les inégalités sociales de santé. Les valeurs qui fondent les soins primaires sont de ce point de vue proches de la prise de conscience écologique, soucieuse du développement local, de la gestion collective des communs et de la maîtrise des mobilités.



---

## Bibliographie

---

**EHESP**

- Limousin, M., (2010) '*Les centres de santé en mouvement*', Le Temps des Cerises
- Fourmer, C., (2015) '*Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes*', Thèse – Université Paris Sud

### Articles de revue :

- Carini-Belloni, B., « *Une médecine mutualiste de transformation sociale au service du mouvement ouvrier à l'épreuve du tournant « lucratif » de la mutualité* », Sociologies pratiques, vol. 45, no. 2, 2022, pp. 29-40.
- Rismer A., BELCHE J., Van Der Vennet J., « Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne », *Santé Publique*, 2016/3 (Vol. 28), p. 375-379.
- Alfonso M., Bénard A., Chapron A., Chau. K, Doussiet E., et al. (2018), '*Les soins primaires : une définition du champ pour développer la recherche*'. *Epidemiology and Public Health*, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 66 (2), pp.157-162
- Bourgueil, Y, Marek, A, Mousquès, J (2009) *Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande*, questions d'économie de la santé n° 141
- Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M., Rotar Pavlic, D., Svab, I., Tedeschi, P., Wilm, S., Wilson, A., Windak, A., Van der Zee, J., & Groenewegen, P. (2013). *The strength of primary care in Europe: an international comparative study*. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 63(616), e742–e750.
- Marrot, B. (2020). *Administrer le système hospitalier ou administrer le système de santé ?* *Revue française d'administration publique*, 174, 443-458. <https://doi.org/10.3917/rfap.174.0147>
- Colin, M-P & Acker, D. (2009) '*Les centres de santé : une histoire, un avenir*', *Santé Publique*, 21(hs1), p.57
- Le Goff, E. (2011) '*Innovations politiques locales, régulation de l'Etat et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010)*', *Revue française des affaires sociales*, (4), pp. 158-177

- Giraux, F. (2013) *'Lutte contre les inégalités sociales de santé : le rôle des centres de santé'* Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats, (36), pp. 40-43
- Bergeron, H. & Nathanson, C. (2014). *Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004*. Sciences sociales et santé, 32, 5-32.
- Acker, D. (2020). *L'organisation des soins primaires dans les pays nordiques*. Revue française des affaires sociales, 313-323.

#### **Littérature professionnelle :**

- Dogimon, R. (2017) *La responsabilité populationnelle de l'hôpital. L'expérience hors des murs du CH de Douai*, Gestions hospitalières (571), p.165
- Croizier P, Barette L, Milandou R (2023) *'Aller vers les personnes les plus éloignées du soin'*, Revue hospitalière de France (610) pp.20-23
- 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.
- Guide des centres de santé du ministère de la santé et de la prévention : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_centre\\_sante\\_010319.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_centre_sante_010319.pdf)

#### **Littérature grise :**

- PWC (2015) *Étude et analyse des conditions favorables à l'implantation de centres de santé en Ile-de-France*, p.58
- Bergeron, H et Moyal, A. (2018) « L'organisation des soins primaires : regards croisés sur un nouvel objet d'étude », in. *Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France*, Sciences Po, pp. 5-15
- Georges, P. et Waquet, C. (2013) *Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, IGAS, p. 138
- Organisation Mondiale de la santé (1998) *Rapport sur la santé dans le monde*.
- Acker, D. (2007) *Rapport sur les centres de santé*. Direction de l'hospitalisation et des soins
- Saderne, E. (2021) *Dynamique de création des centres de santé sur le territoire français entre 2017 et 2021*. Rapport Epidaure Territoires, IJFR–CDC
- Vigneron E., 2014, *Les centres de santé, une géographie rétrospective*, Paris, Fédération des établissements hospitaliers d'assistance privés (FEHAP), p. 247
- World Health Organization. (2008). *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais*





---

## Liste des annexes

---

### Annexe 1 : grille d'entretien pour la réalisation du diagnostic territorial du centre de santé du Grand Saint Barthélémy de l'AP-HM

**EHESP**

#### **Thème 1 : la situation de santé de la population**

- Quelles sont les trois principales pathologies diagnostiquées ou rencontrées le plus souvent ?
- Selon vous quelles sont les raisons qui expliquent la récurrence de ces pathologies ?
- Quelles difficultés dans la prise en charge de ces pathologies ?

#### **Thème 2 : l'offre de soins sur le territoire**

- Comment estimez-vous l'offre de soins sur le territoire ?
- Selon vous, quelles sont les améliorations qui pourraient être apportées ?
- Selon vous, quels sont les publics auprès desquels il faut agir en priorité ?

- Enfants
- Adolescents
- Jeunes Adultes
- Adultes
- Parents
- Personnes en situation précaire

- Personnes isolées
- Personnes Handicapées

- Personnes Agées
- Autres .....

- Identifiez-vous des problématiques propres aux personnes précaires, ou des difficultés dans l'accès aux soins ?

#### **Thème 3 : leur connaissance des acteurs de santé, et de promotion de la santé sur le territoire**

- Quels sont les acteurs ressources du territoire que vous connaissez ? dans les domaines suivants :

Santé	Social	Éducation	Prévention	Animation

- Quelles seraient les propositions que vous feriez pour améliorer le travail en réseau ?

#### **Thème 4 : les priorités fà donner pour le futur centre de santé**

- Parmi les sept objectifs inscrits dans le plan régional de santé, sélectionnez les trois objectifs qui vous semblent prioritaires pour le territoire concerné :

- 1. prendre en compte les besoins d'une population vieillissante ;**
- 2. mettre en place une politique globale en faveur des enfants et des jeunes ;**
- 3. proposer une palette de réponses diversifiées aux personnes en situation de handicap ;**
- 4. renforcer la politique de santé mentale pour faire face aux défis à venir ;**
- 5. poursuivre la baisse de la mortalité prématurée ;**
- 6. organiser la prise en charge des maladies chroniques ;**
- 7. réduire l'impact sur la santé de l'exposition aux risques environnementaux.**

- Quelles thématiques prioritaires devraient selon vous faire l'objet d'action de prévention/promotion en santé ?

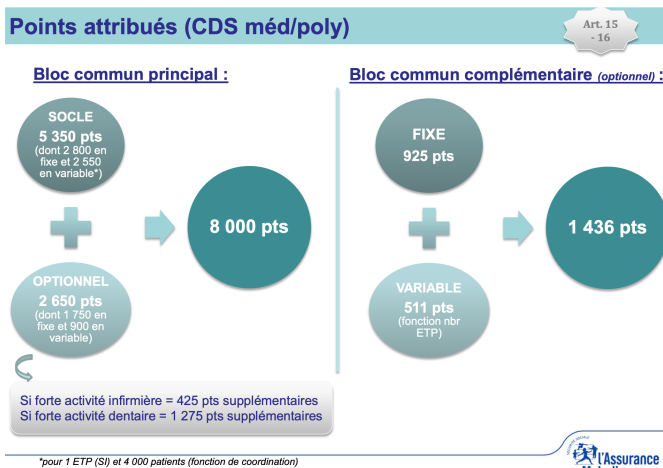
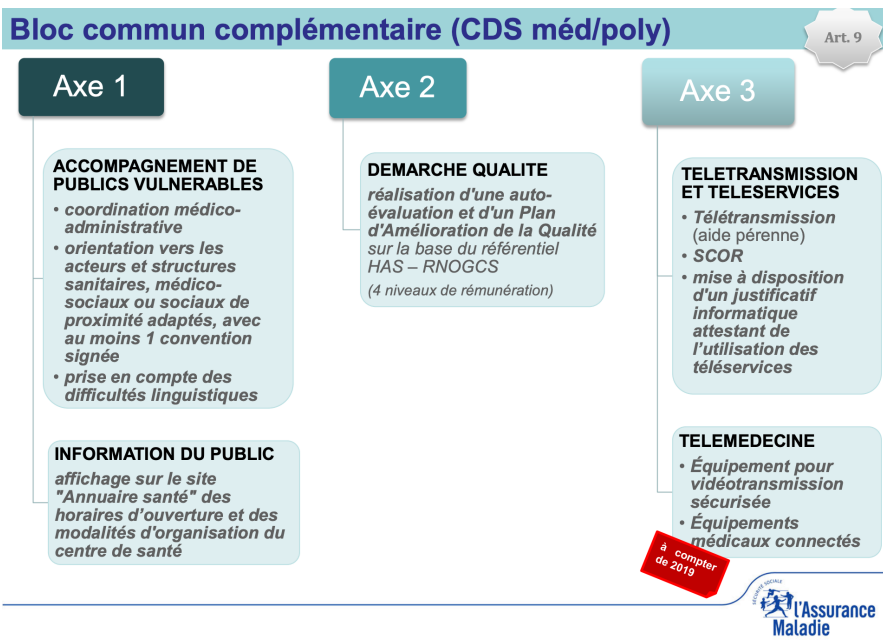
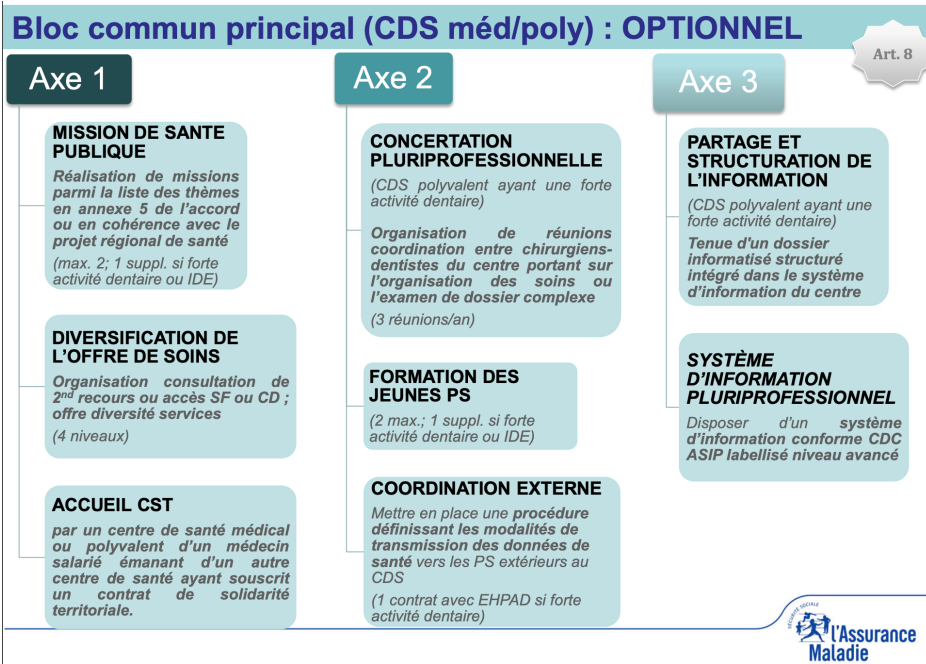
- Au-delà de la réponse à nos questions aujourd'hui, souhaiteriez-vous être associés plus étroitement au projet de centre de santé ?

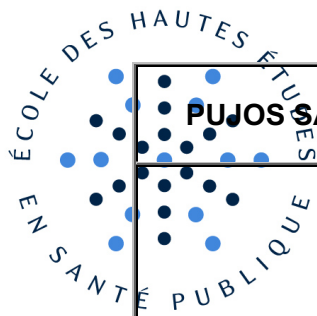
#### **Annexe 2 : grille d'entretien pour la réalisation d'une comparaison entre les différents gestionnaires publics hospitaliers de centres de santé**

Création du centre	Date de création
	Historique du choix de portage de centre de santé: pourquoi porter un centre de santé? Liens avec les CT? Soutien de financeurs publics?
	Lieu de création : descriptif rapide
Structure du centre de santé	ETP médicaux
	ETP paramédicaux
	ETP administratifs
	ETP médico-sociaux ou sociaux
	Système de facturation (organisation retenue sans N21, difficultés ?)
	SI (modalités retenues, logiciel interfacé, partage d'informations?)
	Budget du centre de santé

	Equilibre financier (subvention supplémentaire: si oui, à quelle hauteur?)
Fonctionnement du centre de santé	Activités proposées au centre de santé
	Nombre de consultations médecins généraliste par an
	Gouvernance du centre de santé: lien avec l'établissement, gestion, mangement des équipes, tableaux de bord
	Coopérations avec le territoire du centre de santé
	Attractivité du centre de santé pour les professionnels de santé
Enjeux associés au centre de santé	Missions de santé publique hors consultations portées par le centre ? Quelle valorisation ?
	Profil de la patientèle du centre de santé : MT, Femmes, Taux de CSS/AME
	Évaluation du dispositif pour l'établissement : quel bilan selon eux? Comment le centre de santé s'inscrit dans le projet stratégique de l'établissement ?

## Annexe 3 : rémunération forfaitaire de l'Assurance Maladie pour les centres de santé dans le cadre de l'accord national





EHESP

PUJOS SAINT-GENEZ	Blanche	<Date du jury>
<b>Élève directeur d'hôpital</b> Promotion 2022 - 2023		
<b>L'hôpital et les soins primaires : le cas du portage de centres de santé par les établissements publics hospitaliers</b>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Ce mémoire propose d'étudier le développement de centres de santé portés par des établissements publics de santé, et leur apport dans le projet stratégique d'un établissement de santé ainsi que dans la mise en place de politiques publiques de santé. Il présente la place des centres de santé hospitaliers dans l'organisation de l'offre de santé en France, en comparant le rôle des centres de santé dans les différents systèmes de santé des pays développés ayant adopté une organisation centrée sur les soins primaires. Ce travail analyse les modalités de portage d'un centre de santé par un établissement public hospitalier, et propose des perspectives pour le développement de cette offre de soins primaires intégrée dans l'offre hospitalière.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Centre de santé, soins primaires, santé communautaire, offre de soin, santé publique, établissement public de santé</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		