



HAL
open science

Les centres municipaux de santé, une offre de soins particulière

Gorguine Valougeorgis

► **To cite this version:**

Gorguine Valougeorgis. Les centres municipaux de santé, une offre de soins particulière. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02129990

HAL Id: dumas-02129990

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02129990v1>

Submitted on 15 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

MEMBRE DE

U-S-PC
Université Sorbonne
Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2019

N° 010

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 18 mars 2019

Par

Gorguine VALOUGEORGIS

Les centres municipaux de santé, une offre de soins particulière

Dirigée par le Docteur Jean-Claude Tavernier

JURY

Mme le Professeur Maryse Wolikow

Président

Mme le Professeur Sibylle Vital

Assesseur

Mme le Professeur Tchilalo Boukpepsi

Assesseur

M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

Assesseur

Tableau des enseignants de la Faculté

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme DAVIT-BÉAL Mme DURSUN Mme VITAL	M. COURSON Mme JEGAT Mme SMAIL-FAUGERON Mme VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE		Mme BENAHMED M. DUNGLAS Mme KAMOUN-GOLDRAT Mme LE NORCY
	PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	Mme FOLLIGUET M. PIRNAY	Mme GERMA M. TAVERNIER
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme COLOMBIER Mme GOSSET	M. BIOSSE DUPLAN M. GUEZ
	CHIRURGIE ORALE	M. MAMAN Mme RADOI	Mme EJEIL M. GAULTIER M. HADIDA M. MOREAU M. NGUYEN
	BIOLOGIE ORALE	Mme CHAUSSAIN M. GOGLY Mme SÉGUIER Mme POLIARD	M. ARRETO Mme BARDET (MCF) Mme CHARDIN M. FERRE M. LE MAY
3. RÉHABILITATION ORALE	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme BOUKPESSI Mme CHEMLA	Mme BERÈS Mme BESNAULT M. BONTE Mme COLLIGNON M. DECUP Mme GAUCHER
	PROTHÈSES		M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TIRLET M. TRAMBA Mme WULFMAN
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIEAUX	M. SALMON	M. ATTAL Mme BENBELAID Mme BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) M. BOUTER M. CHARRIER M. CHERRUAU M. FLEITER Mme FRON CHABOUIS Mme MANGIONE Mme TILOTTA
	PROFESSEURS ÉMÉRITES	M. BÉRENHOLC Mme BRION M. LASFARGUES M. LAUTROU M. LEVY	M. PELLAT M. PIERRISNARD M. SAFFAR Mme WOLIKOW

Mise à jour le 04 septembre 2018

Remerciements

À Mme le Professeur Maryse Wolikow

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Habilitée à Diriger des Recherches

Professeur des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

D'avoir si promptement et avec enthousiasme accepté la présidence de ma thèse d'exercice. Je n'ai pas eu la chance de travailler avec vous mais j'espère que nous pourrions échanger et que vous pourriez me faire profiter de votre expérience aussi bien au sujet de la santé publique que de la pédodontie, qui me tiennent toutes deux particulièrement à cœur.

À Mme le Professeur Sibylle Vital

Docteur en Chirurgie dentaire

Ancien Interne des Hôpitaux

Docteur de l'Université Paris Descartes

Habilitée à Diriger des Recherches

Professeur des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Vice-doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

De m'avoir offert l'opportunité de réaliser ce séjour Erasmus en Suède, qui propose un système de santé différent du notre et qui a éveillé mon attention sur la question. Cette thèse n'aurait probablement pas vu le jour sans cette belle expérience.

À Mme le Professeur Tchilalo BoukpeSSI

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Docteur en Sciences odontologiques

Habilitée à Diriger des Recherches

Professeur des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Pour votre bienveillance, votre bonne humeur, votre patience et votre sens de la pédagogie. J'ai aimé apprendre et travailler à vos côtés. Je vous souhaite une bonne continuation sur tous les points de la vie.

À M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Docteur en Sciences odontologiques

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chevalier de l'ordre national du mérite

Officier de l'ordre des palmes académiques

Pour votre générosité, votre disponibilité, votre modestie et votre bonne humeur. Je vous remercie particulièrement pour vos conseils et l'intérêt que vous avez porté à la direction de cette thèse d'exercice. C'est un réel bonheur de travailler à vos côtés.

A mes parents, pour m'avoir toujours laissé le choix, toujours encouragé dans mes choix, pour avoir toujours été des exemples pour moi, pour m'avoir inculqué les valeurs indispensables pour être quelqu'un de bien.

A mon frère jumeau, mon phiphi d'amour, mon meilleurs ami, mon double, ma gueule d'ange, merci d'être toujours là, je serai toujours fier de toi car tu fais toujours tout avec le Coeur.

A mes grands parents, Yaya, Pap, Mamanpari et Babadjoon pour tout l'amour que vous m'avez toujours offert, vous êtes mes quatre soleils.

A Chadi pour ton énergie et ton rire contagieux.

A mes amis d'enfance, Antoine, Arthur, Tristan, Claudia et Gabriella, copains comme cochons, nous en avons traversé du chemin ensemble, et il en reste encore tant à parcourir.

A mes amis de la fac mes Puppet et les folles parties de babyfoot dans notre passio enfumé, à Robin mon acolyte, mon binôme d'externat, Lamia tes beaux et grands yeux et ton blablabla adorable, Aurélien mon mentor et dieu vivant, Anhmin et Aicha pour me supporter depuis si longtemps.

A Matiouchka pour ton pep's et ta joie de vivre, à toute l'équipe de Jacky Teuf pour toutes les grosses barres de rire si grosses que je fais ma muscu dessus.

A la CourneuveTeam, ma première équipe de travail, qui sans le savoir a fortement participé à mon envie de réaliser cette thèse. J'ai de la chance d'être tombé sur vous.

A la vie.

A Papou, tu restes toujours en moi.

Table des matières

INTRODUCTION	3
1 : HISTOIRE DES CENTRES DE SANTE	4
1.1 DE LEUR NAISSANCE A 1945.....	4
1.2 LES CENTRES DE SANTE DE 1945 A 1960.....	12
1.3. LES CENTRES DE SANTE DE 1960 A 1980.....	14
1.4. DE 1980 A 2000	15
2 : LES CENTRES DE SANTE AUJOURD’HUI	17
2.1. DEFINITION DU CENTRE DE SANTE	17
2.2. INVENTAIRE DES CENTRES DE SANTE	20
2.3. DIFFERENCES ENTRE LES CENTRES DE SANTE.....	26
2.3.1 <i>Les organismes de gestion</i>	26
2.3.2 <i>Taille et activité</i>	27
2.3.3. <i>Le mode de rémunération des praticiens</i>	27
3 : UN TYPE DE CENTRE PARTICULIER : LE CENTRE MUNICIPAL DE SANTE (CMS)	29
3.1. LES QUESTIONNAIRES.....	29
3.1.1. <i>Questionnaire pour les patients des CMS</i>	29
3.1.2. <i>Questionnaire pour les chirurgiens-dentistes des CMS</i>	30
3.1.3 <i>Questionnaire pour les médecins directeurs des CMS</i>	32
3.2. ANALYSE DES QUESTIONNAIRES.....	36
3.2.1. <i>Avis des patients</i>	36
3.2.2. <i>Avis des praticiens-dentistes</i>	37
3.2.3. <i>Différences entre les CMS</i>	38
4 : SYNTHESE	39
4.1. AVANTAGES DU MODELE CMS	39
4.1.1. <i>Une offre de soins dans les quartiers défavorisés et les déserts médicaux.</i>	39
4.1.2. <i>Un accès social et financier aux soins avec une offre de soins adaptée aux populations en situation précaire</i>	40
4.1.3 <i>Un mode d’exercice attractif pour les jeunes praticiens</i>	40
4.1.4 <i>Une réponse aux besoins du système de santé.</i>	41
4.2. INCONVENIENTS DU MODELE CMS	42
4.3. SOLUTIONS PROPOSEES	44

CONCLUSION.....	47
BIBLIOGRAPHIE	51
TABLE DES FIGURES.....	53
ANNEXES.....	54

Introduction

L'idée de cette thèse est de répertorier les avantages et les inconvénients du modèle de soins proposé par les centres de santé et plus particulièrement par les centres municipaux de santé, et d'évaluer la potentialité de leur développement sur une plus large partie du territoire métropolitain.

Dans un modèle de santé qui tend de plus en plus vers une logique de rentabilité financière, avec l'ouverture toujours croissante et encouragée de centres privés à but lucratif, qu'en est-il des valeurs sociales, d'égalité dans l'accès aux soins, de prévention et d'éducation à la santé qui sont l'essence du métier ?

La logique financière est-elle compatible à une médecine juste et égalitaire ?

Comment répondre aux problèmes démographiques et des déserts médicaux qui vont être de plus en plus criants ?

Les centres de santé et plus particulièrement les CMS sont-ils, de par l'idéologie qu'ils prônent et l'offre de soins qu'ils apportent une solution ?

Afin d'essayer de répondre à ces questions, nous reviendrons premièrement sur l'histoire des centres de santé depuis leur création jusqu'à aujourd'hui, pour en donner la définition la plus précise. Puis nous donnerons un inventaire des centres de santé en France et nous établirons en quoi ils diffèrent entre eux principalement.

Nous nous pencherons ensuite, via l'étude de questionnaires distribués, sur les CMS, et plus précisément sur les avantages et les inconvénients de ces structures d'après les premiers concernés, à savoir leurs patients, puis leurs praticiens dentistes.

Enfin nous proposerons des solutions pour corriger les défauts de ces structures, toujours d'après les informations tirées des questionnaires, mais aussi sur la base de données de la littérature et notamment une étude IGAS sur la situation économique des centres de santé de 2013 et une plus récente de 2018, un rapport REFERIS commandé par l'ARS Ile de France en 2015 sur les conditions favorables à l'implantation d'un centre de santé en Ile de France, et une étude EPIDAURE de 2011 sur l'apport des centres de santé en matière d'accès aux soins et de réduction des inégalités de santé.

1 : Histoire des centres de santé

1.1 De leur naissance à 1945.

Vers le milieu du 19eme siècle, la tuberculose, la syphilis et l'alcoolisme font des ravages notamment dans les communes les plus populaires, pauvres en matière d'offre de soins notamment primaires. Dans les villes ouvrières de la banlieue parisienne, la situation sanitaire est défavorable, avec un fort taux de mortalité infantile et un sous encadrement médical.

Figure 1 : Un grand fléau, la tuberculose



Source : Galais, « Affiche de la commission américaine de préservation contre la tuberculose en France », 1917

L'apport de sciences comme la démographie et l'épidémiologie ont permis le développement du courant de l'hygiénisme qui va révolutionner de nombreux domaines : la médecine, mais aussi l'architecture, l'urbanisme, le traitement des eaux usées, le développement des égouts...

Au début du XXème siècle s'opère ainsi une confluence entre les courants de l'hygiénisme et de l'assistance sociale qui va contribuer, dans le contexte d'une montée en puissance des communes, des associations (Loi de 1901), des syndicats et du mouvement ouvrier, à donner naissance aux premiers dispensaires et centres de santé municipaux.

En effet, la loi du 15 juillet 1893 sur « l'assistance médicale gratuite » donne la permission aux communes à disposer d'une organisation spéciale permettant de créer des dispensaires, services municipaux à part entière.

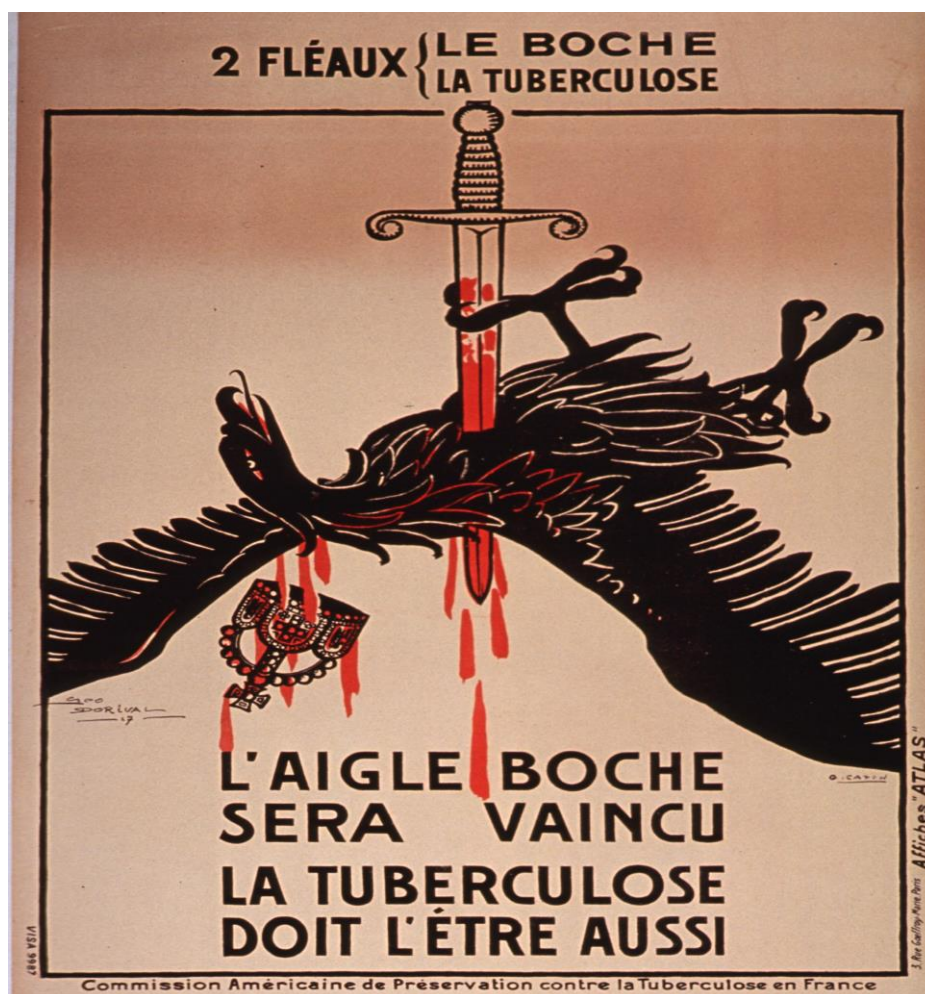
Une décennie plus tard, la loi impose aux villes de plus de 20000 habitants de créer un bureau d'hygiène.

C'est enfin en 1901 que le premier dispensaire antituberculeux ouvre à Lille sous la direction du Dr Albert Calmette.

En 1904, le Pr Jacques-Joseph Grancher communiquait à l'Académie de Médecine que la tuberculose doit être diagnostiquée et traitée à ses prémices et qu'elle est d'autant plus obéissante à la thérapeutique que le traitement en est fait de meilleure heure. Les bases de la médecine préventive sont posées.

Le 7 avril 1916, une semaine avant la promulgation de la loi sur les dispensaires, André Honnorat, député, déclare devant l'Assemblée Nationale qu'il est fort regrettable que le dispensaire, né d'une idée française développée en 1900 par le Pr Calmette, n'a trouvé son application que chez l'ennemi allemand, qui en 1913 en compte 1500 contre 46 seulement en France. Il ajoute que la France ne supporte pas depuis 2 ans les pires sacrifices sur le front pour perdre à l'arrière la guerre contre la tuberculose et autres maladies sociales (cf. Annexe 1).

Figure 2 : L'aigle boche sera vaincu, la tuberculose doit l'être aussi



Source : Capon, « L'aigle boche sera vaincu, la tuberculose doit l'être aussi », 1917

La première campagne était de contrer la tuberculose qui sévissait rageusement dans ces quartiers. Etablissements publics, ces dispensaires sont subventionnés par l'Etat, les départements ou les communes et sont destinés d'abord aux plus démunis et à ceux qui bénéficient de l'Assistance Médicale Gratuite, puis seront ouverts par la suite à toute la population.¹

C'est entre les années 20 et 30 que le réel mouvement venant créer le Centre de Santé a vu ses idées émerger et fleurir. En effet, de nombreux médecins reconnus (Paul Courmont, Gustave Roussy, René Sand, Anthelme Rochoaix, Edouard Fuster, Jacques Parisot, Léon Bernard, Georges Ichok, G. Forestier, Robert-Henri Hazemann, Robert Debré) présentent des écrits, des revues de littérature (« Le Mouvement Sanitaire », « Les Annales d'Hygiène », « l'Hygiène Sociale »...), des colloques et des

¹ Limousin, *Les centres de santé en mouvement*.

congrès où se construit pierre après pierre l'édifice du centre de santé dont l'idée directrice est un projet fondamentalement médical visant à améliorer la santé humaine, et ce avant tout autre projet politique, sociale ou d'organisation de la profession par le salariat.²

En 1926, un jeune médecin hygiéniste Robert-Henri Hazemann, installe une coordination médico-sociale des services d'hygiène, de prophylaxie et du service social. A partir de là va se développer en France le concept de « centre de santé ». Suite à une formation à la santé publique aux Etats-Unis, il va apporter une vision offensive de la planification sanitaire, dans le cadre de l'expansion urbaine. D'après R.-H. Hazemann, en effet : « Le problème consiste non seulement à canaliser l'extension des agglomérations, à lui fournir un cadre, mais aussi à prévoir l'existence de « centres » qui constituent des sortes de citadelles abritant le personnel et l'armement destinés à lutter contre la misère physique, intellectuelle et morale, rançon de la vie en commun, afin d'obtenir dans le cadre collectif et sans paternalisme le plein épanouissement des possibilités physiques, intellectuelles et morales des individus et des familles qui constituent la cité, la font vivre ou la font mourir. »

Dès 1930, les dispensaires municipaux sont conventionnés avec les caisses d'assurance sociales et pratiquent le tiers payant.

De cette décennie de bouillonnement d'idées et de réflexions, nous pouvons extraire neuf lignes de force qui ont tracées le cheminement de la transformation du dispensaire en centre de santé dans toute sa dimension globale.

1/ Une santé perçue comme un état de bien-être résultant d'une politique publique volontaire et interventionniste, avec un rôle de la collectivité pour la promotion de la santé.

« Le service social municipal constitue l'organisme ou l'ensemble qui luttent, soit préventivement, soit curativement, contre la misère économique, physiologique et morale dans la famille. » RH Hazemann, Le Service social municipal et ses relations avec les œuvres privées, 1928

2/ La réalisation de l'importance de l'épidémiologie et des limites de l'approche clinique pour la résolution des maladies sociales. Il devient évident que les causes de la maladie sont liées à la vie propre de l'organisme tout autant qu'à son environnement. Le recours aux statistiques permet

² Vignerot, *Les centres de santé : une géographie rétro-prospective*.

d'étudier ces environnements, de dresser un tableau de risques et de mettre en place des politiques de santé efficaces et adaptées.

Ainsi en 1930, le Dr Georges Ichok écrivait dans la revue du Mouvement Sanitaire³ :

« La statistique est tout à fait autre chose qu'une compilation de chiffres, même tabulée.

1° La statistique a pour base la collection, le classement et la conservation des documents quantitatifs,

2° Elle permet de les traiter quantitativement dans le but de les interpréter qualitativement, transformant ainsi la quantité en qualité selon les lois de la dialectique,

3° Elle permet de s'élever du particulier au général, de l'individuel au social, trouvant ainsi sa place toute indiquée en hygiène théorique et appliquée,

4° Instrument scientifique, sensible et précis, elle ne peut donc être employée qu'à l'étude de données honnêtes et précises,

5° Il n'est pas possible d'appliquer ces méthodes sans une collaboration confraternelle et confiante des médecins praticiens, des hygiénistes et des statisticiens. »

Hazemann écrivit en 1932 suite à la publication de l'ouvrage du Dr Ichok « Étude sur la population française », qu'il appartient dorénavant au corps médical de participer à la recherche épidémiologique en signalant les causes de décès qui permettront, une fois connues précisément d'instaurer une médecine préventive plus efficace et économe. Les prémices du zonage et de la médecine adaptée aux besoins des territoires sont posées (cf. Annexe 2).

3/ Une nécessaire pluridisciplinarité : le médecin ne peut être isolé pour que l'action sanitaire qui est aussi sociale soit pleinement accomplie. Ainsi dans le même établissement se réuniront le personnel de l'assistance sociale, les différentes professions médicales et paramédicales, les services d'hygiène, de prévention et d'actions de santé publique. Ces intervenants travailleront en coordination et en harmonie, pour offrir au patient le suivi le plus adapté à sa situation.

³ Ichok, « Les bases de la statistiques appliquées à l'hygiène sociale ».

Figure 3 : La visiteuse d'hygiène prévient la maladie, elle est l'auxiliaire des médecins



Source : Fondation Rockefeller, « La visiteuse d'hygiène prévient la maladie : elle est l'auxiliaire des médecins »,

1924

4/ Une perspective territoriale et une politique de secteur, afin de faciliter l'accès à la santé aux populations dont les besoins spécifiques auront été détectés et ciblés. Les démarches administratives ne doivent à aucun moment exercer un frein à la recherche de soin. Elles doivent être simplifiées au maximum et les assistants sociaux intégrés au centre de soins ont le rôle de médiateur entre le patient et le praticien (cf. Annexe 3).

« L'hygiène ne se fait pas à distance elle opère au contact de la population. Le médecin hygiéniste, tel que nous le comprenons, vit près d'elle. »⁴

Pr Emile Roux, juin 1924 (MS 1924)

⁴ Roux, « Le médecin hygiéniste ».

5/ Face à l'évolution du capitalisme et un ordre social de plus en plus basé sur la production et l'échange des biens, le médecin doit défendre sa propre responsabilité sociale qui lui donne le devoir d'exercer son savoir pour aider ses concitoyens sans attendre un quelconque service de l'assisté en retour. En effet le patient a affaire à un service public qui participe comme lui à un contrat social. Ainsi il n'y a pas de paternalisme du côté du soignant, qui sera correctement rémunéré pour son travail, et pas de sentiment d'infériorité de la part du patient, qui reçoit ce qui lui est dû.

6/ Le dispensaire doit s'élargir à l'ensemble du champ médical, sur l'éducation du patient à la santé pour permettre non seulement la guérison d'un quartier, d'une ville ou d'une commune face à une maladie sociale ciblée mais également la prévention de nouvelles épidémies et problèmes sanitaires. Son action doit se prolonger sur le long terme et pour cela il faut étendre son champ à une médecine préventive, éducative et généralisée (cf. Annexe 4)

7/ L'importance de la prévention. Les statistiques ont montré que dans les régions où des dispensaires ont été créés et où des soins préventifs ont été donnés, la morbidité et la mortalité ont diminué de façon sensible.

8/ Le dispensaire doit être en relation étroite avec l'hôpital, et pour cela il faut y intégrer des médecins généralistes et spécialistes, des dentistes, des radiologues et des outils d'analyse qui permettront d'intercepter efficacement les différentes pathologies pour si besoin orienter vers d'autres organismes pour des soins complexes.

Une communication efficace doit être possible et être rendue possible par la transmission simple des documents et par un travail coordonné entre les différentes instances et les différents professionnels (sociaux et médicaux).

9/ Le centre de santé doit faire partie intégrante de tout nouveau projet d'extension et d'aménagement de la ville, pour que la création de nouveaux quartiers se fasse parallèlement avec les bonnes mesures d'hygiène et avec un accès à la santé.

Durant cette période de profusion d'idées qui ont fait germer le centre de santé, jamais aucun texte n'a été d'ordre idéologique et n'a porté atteinte au mode libéral de la profession ou aux syndicats médicaux. Leur portée n'a toujours été qu'à visée purement médico-sociale et ils plaident au contraire pour la collaboration avec les praticiens libéraux qu'ils intégreraient dans le dispositif qu'ils créent.

Malgré cela, de nombreux syndicats médicaux et la plus grande partie du corps libéral voit dans ces textes une menace à l'encontre de l'exercice libéral préexistant et se dressent contre ce projet de santé. Ainsi en 1932 le Dr Cibrié, premier secrétaire général du CSMF (Confédération des Syndicats Médicaux Français), déclare fermement :

« Les dispensaires d'hygiène sociale, qu'ils soient polyvalents ou spécialisés, doivent se renfermer dans les limites strictes définies par la loi du 15 avril 1916, c'est-à-dire faire du dépistage et de la prophylaxie sans traitement. »⁵

Toutefois, les progrès de la médecine, les techniques et matériels de plus en plus coûteux rendent de plus en plus inévitable la médecine de groupe et ce projet de santé propose une réponse à cela.

Le projet est bien accueilli par la CSMF car il permet d'externaliser sur le budget de l'Etat.

Il est même à ce moment bien vu par les pouvoirs publics car il propose des traitements à moindre coût par rapport à ceux proposés par le secteur hospitalier.

En mai 1936 arrive au gouvernement le Front Populaire avec Henri Sellier comme ministre de la santé. Avec R.H. Hazemann pour chef de cabinet technique, ils formalisent politiquement enfin la formule du centre de santé.

Ils rédigeront ensemble un rapport qu'ils présenteront lors du troisième congrès de la conférence internationale du service sociale en août 1936 et qui synthétisera toutes les idées qui ont bourgeonné depuis 1930. Ils en sortiront un ouvrage qui demeure aujourd'hui la référence : « La santé publique et la Collectivité ».

⁵ Cibrié, « Les dispensaires d'hygiène sociale ».

Figure 4 : Photographie d'Henri Sellier, ministre de la santé de 1936 à 1937.



Source : Agence Meurisse, « Portrait de M. Henri Sellier, sénateur maire de Suresnes », 1936

Mais la guerre et les années d'occupation viendront occulter le projet médical des centres de santé. Le débat fut alors réduit sur les formes de l'exercice médical, le centre de santé sera confiné dans son identité de médecine salariée, comme il l'est d'ailleurs toujours aujourd'hui, et sa dimension sociale et politique de fond au sens où l'entendaient les précurseurs du mouvement habilement abandonnée.

1.2 Les centres de santé de 1945 à 1960

Après la Libération, de nombreux dispensaires voient le jour en région parisienne. La demande sociale est forte, le contexte est favorable avec une Sécurité sociale instituée en 1945 et des tutelles administratives plutôt bienveillantes. Les maires des communes « difficiles » intègrent ces réalisations dans leurs programmes électoraux.

Le peu de médecins dans ces villes ouvrières, l'absence de spécialistes contribuent au succès de ces services, d'autant plus que le refus de conventionnement des syndicats médicaux va entraîner l'appui et le soutien des caisses d'assurance maladie pour l'extension et la création de nouveaux centres.

Ainsi en 1951, on compte 54 villes gérant des dispensaires de soins sur les 80 communes suburbaines de la Seine. On en compte 94 en France entière.

Mais le corps libéral de la profession va vite accuser les dispensaires de concurrence déloyale et le slogan « médecine de caisse » viendra dénaturer et réduire la portée du projet. Les syndicats médicaux vont, au nom des principes de la Charte de la médecine repris par l'Ordre des médecins (le libre choix du praticien ; l'entente directe pour la fixation des honoraires et le paiement direct à l'acte ; la liberté de prescription et le respect du secret médical) contester le salariat des médecins des centres et l'existence d'un contrat entre un gestionnaire et le praticien.

Or il ne devrait pas exister pour l'Ordre de subordination d'un médecin de soins à d'autres impératifs que ceux de la Charte.

Ainsi en 1956, Bernard Lafay, ministre de la Santé publique et de la population annonçait :

« 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 temps de carence, devient à même de fournir les services demandés. »

L'administration souhaite que ces services municipaux luttent à armes égales avec les dispensaires privés (décret du 9 mars 1956) et va pour cela leur imposer plusieurs obligations : leur création doit être approuvée par les Préfets, un statut du corps médical doit être arrêté, une commission médicale consultative et de surveillance sera créée pour chaque établissement.

En 1960 la CSMF signe la première convention nationale de la médecine libérale. Ceci est un tournant pour l'histoire des centres de santé. En effet le conventionnement d'une grande partie du corps médical libéral permet aux assurés d'être convenablement remboursés et retire aux centres de santé l'une de leur justification première : le tiers payant.⁶

Mais le coup le plus sévère porté au projet est certainement cet arrêté relatif à la Commission Interministérielle des Tarifs qui impose aux dispensaires un abattement des tarifs de 10 à 30%.

⁶ Lesieur, « Les centres de santé municipaux, passé, présent perspectives ».

Le combat mené par les organismes soutenant les dispensaires et centres de santé contre les abattements de tarifs sera long et leur abolition n'aura lieu qu'en 1985 sous l'impulsion de Jack Ralite alors ministre de la Santé.

1.3. Les centres de santé de 1960 à 1980

Cette période va vivre une avancée importante dans l'avenir des centres de santé en France. Nous pouvons en retenir deux grands noms : Jean Reigner, qui sera le Secrétaire Général du Syndicat national des médecins des dispensaires, puis, de 1963 à 1983 Président de l'Union des Syndicats de médecins de centres de santé. Il va organiser l'union confédérale des médecins salariés au sein de la CSMF. Il sera le premier interlocuteur des organisations médicales et des pouvoirs publics.

Georges Godier qui entre au bureau du syndicat en 1955. Il présidera en 1964 les syndicats des médecins de centres de santé de la Seine puis la Fédération nationale des médecins de centres de santé municipaux. Il présidera enfin jusqu'en 1985 le Syndicat des médecins des centres de santé municipaux.

Ces deux hommes lutteront pour la reconnaissance du salariat des médecins, pour l'augmentation de leur salaire et pour l'adoption du contrat syndical.⁷

La question qui se pose durant cette période concerne le statut des centres de santé dans la carte sanitaire nationale : doivent-ils être des structures alternatives ou bien complémentaires du mode libéral déjà largement installé. A quelle échelle, nationale ou locale ?

Le problème relevé lors de nombreux congrès est qu'il y a une méconnaissance des choix stratégiques opérés à l'échelon local, et il est donc difficile de proposer une réponse.

D'après Marc Schoene, directeur de la santé de la ville de Saint-Denis, « les articulations entre programme politique local et missions des centres de santé sont soit inexistantes, soit limitées et implicites et rarement explicites ».

A l'échelon national, l'Etat ne prend pas vraiment position mais utilise les centres de santé habilement comme moyen de pression dans ses négociations avec les syndicats médicaux libéraux.

⁷ Limousin, *Les centres de santé en mouvement*.

1.4. De 1980 à 2000

Malgré l'arrivée du parti socialiste en 1981 à la tête du gouvernement, les abattements des tarifs ne seront supprimés qu'en 1985. La loi du 6 janvier 1986 oblige les centres de santé municipaux d'obtenir un agrément devant la Commission Régionale. La décentralisation confère aux maires plus de pouvoir mais celui-ci ne concerne pas la santé et le social. L'essentiel de ces compétences revient aux départements.

Malgré tout il y a des progrès dans de nombreux centres de santé municipaux, qui vont promouvoir des activités nouvelles : soins aux personnes âgées, PMI, lutte contre les addictions, prévention bucco-dentaire... Il leur est demandé de plus en plus de sortir des établissements et d'aller à la rencontre de la population.

En 1991, un rapport de l'IGAS puis des décrets reconnaissent enfin les centres de santé. Leur condition de conventionnement avec la Sécurité sociale sont établis. Ils ne dépendront ainsi plus d'une caisse locale et mais d'une caisse nationale, ce qui facilitera grandement leur gestion économique notamment en ce qui concerne le tiers payant.⁸

Même si l'Etat n'intervient pas dans les nouvelles missions et que peu de moyens sont débloqués, les centres commencent à mieux s'organiser. Dans un contexte favorable où les populations sont touchées par la crise économique et les professionnels par la crise démographique, la justification des centres de santé commence à être reconnue.

Beaucoup de centres se modernisent alors et se développent avec des investissements efficaces et de réels efforts de gestion.

Malgré tout, dans de nombreuses communes les centres ferment lors de changements de majorité. Ces communes ont souvent pour objectif premier de changer la population ouvrière et populaire de leur ville en une population bourgeoise. La médecine sociale n'y trouve plus sa place.

Ainsi, il n'est pas exagéré de dire que la survie et le développement des dispensaires puis des centres de santé dans notre système d'offre de soins a été tout sauf une « promenade de santé ». Perçus depuis leur apparition comme une menace par le corps libéral qui a longtemps vu en eux et au service qu'ils proposent une concurrence déloyale, ces structures ont longtemps porté l'étiquette de « médecine de caisse » malgré les soins indispensables qu'ils pouvaient apporter à des populations en situation précaire. Très dépendants des politiques des collectivités territoriales, leur existence est

⁸ Lesieur, « Les centres de santé municipaux, passé, présent perspectives ».

toujours bancal et il a fallu des hommes de convictions comme Honnorat, Hazemann, Godier... pour soutenir et défendre les valeurs sociales et l'approche médicale différente que ces structures publiques proposent.

2 : Les centres de santé aujourd'hui

2.1. Définition du centre de santé

Nous allons essayer de définir le plus clairement possible ce qu'est un centre de santé aujourd'hui. En effet, il est souvent confondu avec d'autres types de structures comme les dispensaires, les maisons de santé, les pôles de santé...

L'article L6323-1, en vigueur jusqu'au 1^{er} Avril 2018 donne cette définition du centre de santé⁹ :

Article L6323-1 Les Centres de Santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code.

Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé. Ils peuvent soumettre à l'agence régionale de santé et appliquer les protocoles définis à l'article L. 4011-2 dans les conditions prévues à l'article L. 4011-3.

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé. Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement. Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés. Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé.

⁹ Ministère de la santé, « Article L6323-1 ».

Ce décret prévoit également les conditions dans lesquelles, en cas de manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins dans un centre de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut :

- *Enjoindre au gestionnaire du centre d'y mettre fin dans un délai déterminé*
- *En cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou de non-respect de l'injonction, prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité du centre, assortie d'une mise en demeure de prendre les mesures nécessaires ;*
- *Maintenir cette suspension jusqu'à ce que ces mesures aient pris effet*

Il est intéressant de donner ici l'article du 1^{er} Avril 2018 :

Les centres de santé 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 professionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux.

Par dérogation à l'alinéa précédent, un centre de santé peut pratiquer à titre exclusif des activités de diagnostic.

Tout centre de santé, y compris chacune de ses antennes, réalise, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie.

Les centres de santé sont ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels y exerçant.

Le Code de Santé Publique offre ainsi une définition précise du centre de santé :

- Une structure de santé de proximité ;
- Une structure de soins qui n'est pas forcément médicale mais qui peut être paramédicale ou dentaire.
- Un centre de soins de premier recours qui peut dispenser des soins au centre ou au domicile des patients

- Une structure engagée dans des actions sociales de santé publique, de prévention et d'éducation à la santé
- Un lieu de stage pour la formation
- Un endroit où s'élabore un projet de santé
- Une structure qui peut être créée et gérée par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales ou des établissements de santé
- Une pratique systématique de la délégation du paiement du tiers
- Le salariat des médecins
- Une soumission au pouvoir de sanction des ARS en cas de non-respect des tarifs conventionnels du secteur 1

Les quatre derniers points donnent aux centres de santé leur spécificité et les différencient des maisons de santé et de l'exercice libéral.

En effet, le titre IV de la loi n°2011-940 du 10 août 2011 précise bien que les maisons de santé sont à considérer comme des sociétés commerciales et donc à but lucratif.

Le terme « Centre de santé » si souvent affiché par de nombreux établissements de santé est donc galvaudé et ne correspond pas à la stricte vérité. Ces structures présentent en fait que très peu de liens avec les ARS, représentent une personne morale de droit privé, n'ont pas d'obligation de permanence de soins et sont à considérer comme des sociétés commerciales à but lucratif.

Cet amalgame entre les centres de santé et les maisons de santé est entretenu par des lois comme la loi Hôpital Patients Santé et Territoire (HPST) de 2009 qui tend à les confondre dans son chapitre « Pôle de santé » dont l'objectif à terme serait d'installer un service territorial de santé privé et non plus public. En effet cette loi permet aux établissements privés à but lucratif ou non d'ouvrir des centres de santé sans autres conditions que leur viabilité financière et la pratique du tiers payant. D'autre part, la création de maison de santé associant des médecins libéraux payés à l'acte est encouragée.¹⁰

¹⁰ Lonqueue et Delmotte, « Analyse juridique détaillée de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », dite loi Bachelot ».

2.2. Inventaire des centres de santé

Pour faire l'inventaire des centres de santé en France aujourd'hui, encore faut-il préciser ce que le terme centre de santé regroupe. Comme mentionné précédemment, le flou entretenu dans ce qui définit le centre de santé depuis les années 40 rend très compliqué le dénombrement des centres de santé en France.

Dans une enquête publiée par la CNAM en 1995, on appelle centre de santé l'ensemble des centres de soins médicaux, les centres de soins dentaires, les centres de soins infirmiers puis les centres de soins polyvalents.

Ainsi les centres d'examen de santé, les centres médico-scolaires, les centres de consultations avancées contre le cancer, les centres de médecine sportive, les centres de transfusion sanguine, les dispensaires d'entreprises sortent de ce groupe restreint.

La seconde raison du dénombrement difficile des centres de santé est que le Ministère de la Santé et plus particulièrement la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) ne sont pas à jour sur la question des agréments qui sont donnés par les DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales). Ces dernières par ailleurs n'enregistrent pas toujours la fermeture des centres.

Dans son enquête menée en 1995, la CNAM compte 1454 centres de santé dont 29 centres de soins médicaux, 377 centres de santé dentaires, 691 centres de soins infirmiers, 357 centres de santé polyvalents. Cependant ce recensement ne prend pas en compte les regroupements d'activité ni les centres du régime minier qui à cette époque n'avaient pas fait l'objet d'un agrément.¹¹

Plus récemment, en 2014, une nouvelle enquête réalisée par la Nouvelle Fabrique des Territoires, la FEHAP (Fédération de établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs) et le RNOGCS (Regroupement National des Organisations de Gestionnaires des Centres de Santé), dénombre 1842 centres et antennes de santé, dont 1609 centres et 233 antennes.

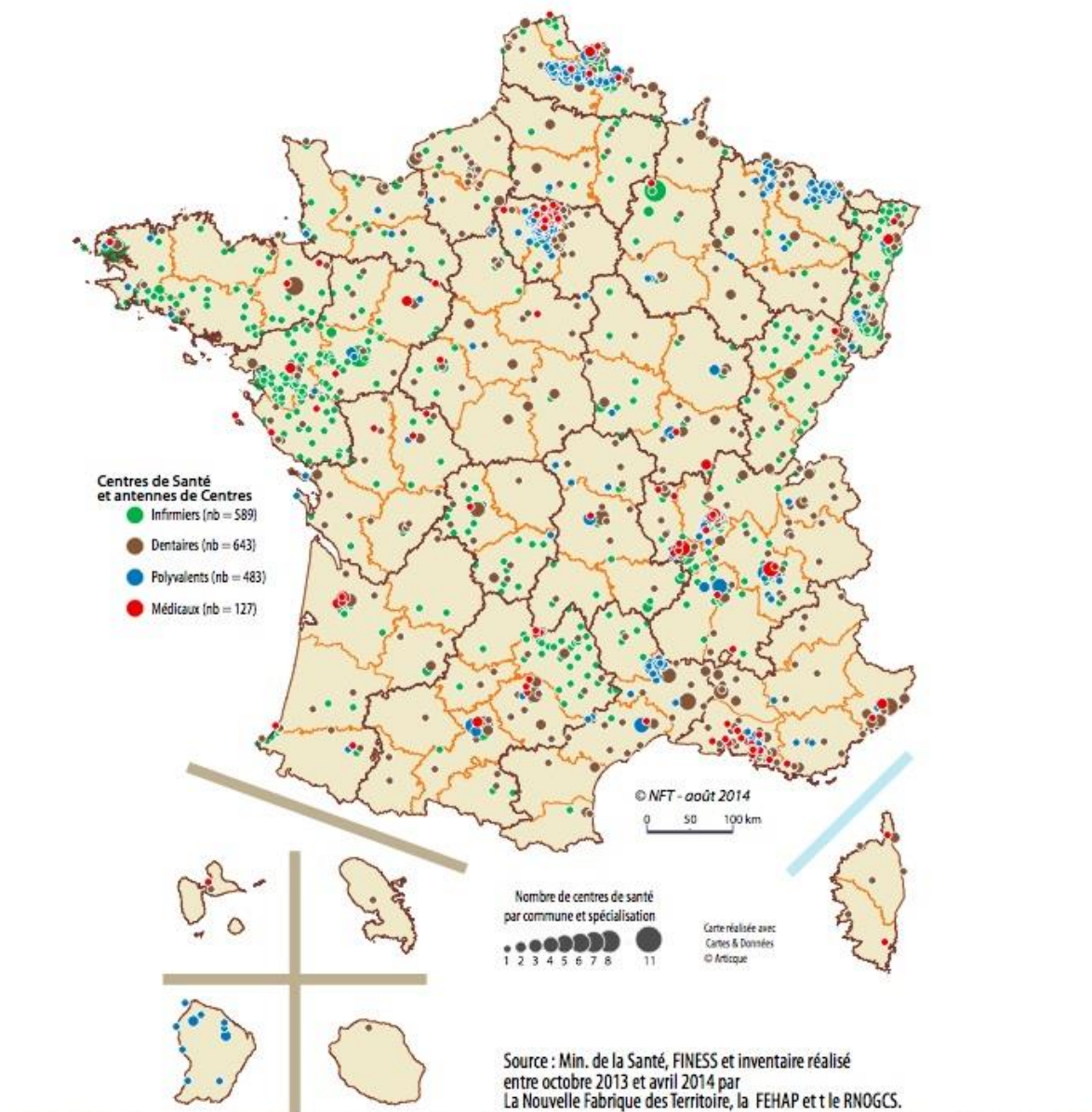
Parmi ces 1842 centres et antennes, on compte 589 infirmiers, 643 dentaires, 483 polyvalents et 127 médicaux.¹²

¹¹ Georges et Waquet, « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain ».

¹² Vignerot, *Les centres de santé : une géographie rétro-prospective*.

Voici une cartographie de leur répartition sur le territoire français.

Figure 5 : Les 1842 centres de santé et antennes de centres de santé en France



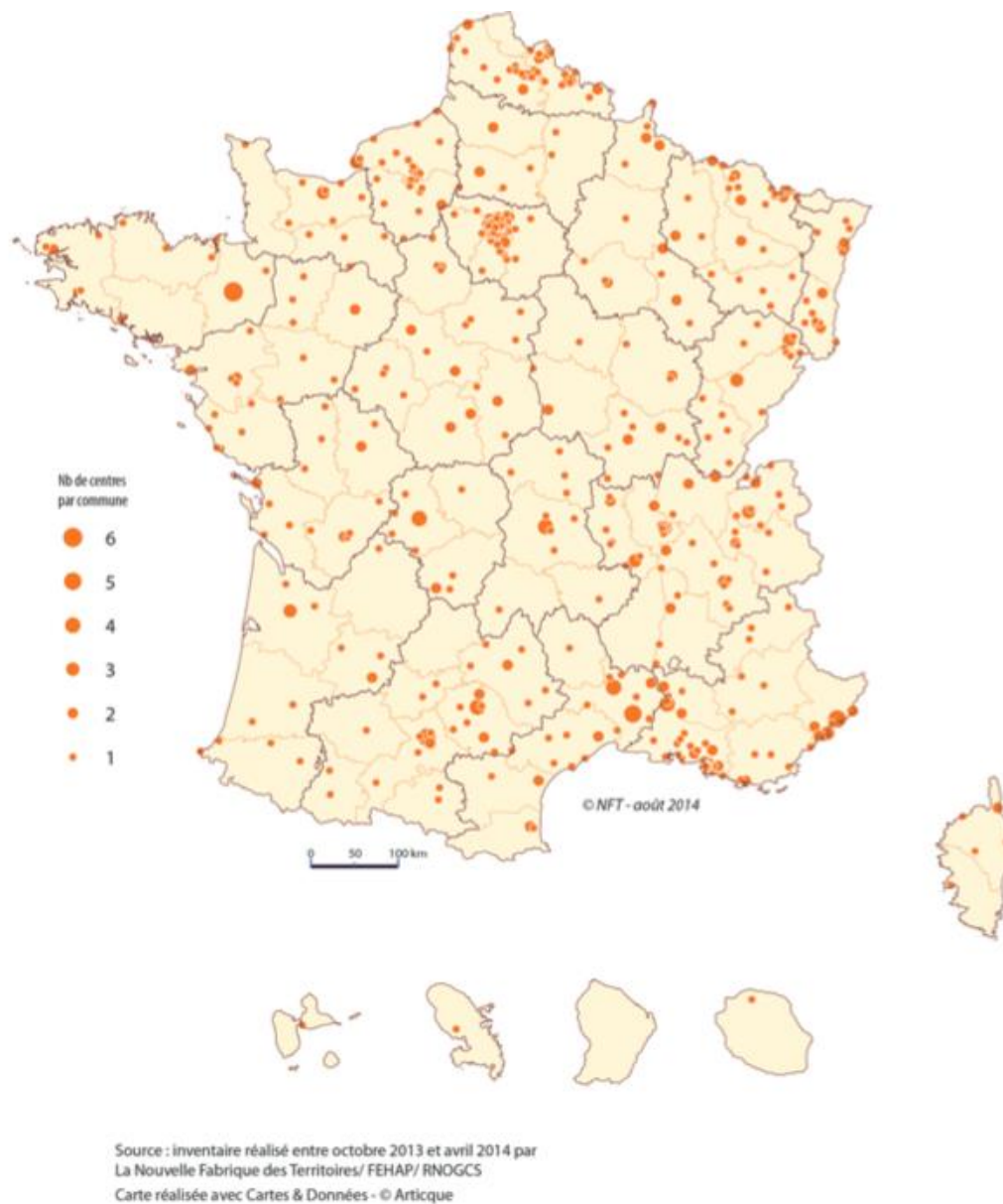
Source : Cartes & Données, « inventaire réalisé entre octobre 2013 et avril 2014 par la Nouvelle Fabrique des Territoires/FEHAP/RNOGCS », 2014

Si on se penche sur chaque type de centre de santé, on remarquera que

- Les centres de santé dentaire sont distribués sur la carte nationale de façon régulière, et leur répartition est adaptée à celle de la population française depuis la seconde guerre mondiale. Cela s'explique facilement par le fait que 70% des centres dentaires sont mutualistes, à l'image de la force de l'enracinement du mouvement mutualiste en France. En région parisienne, la

présence de nombreux centres s'explique par la volonté historique des municipalités de gauche de pouvoir offrir aux classes populaires l'accès aux soins dentaire et prothétique.

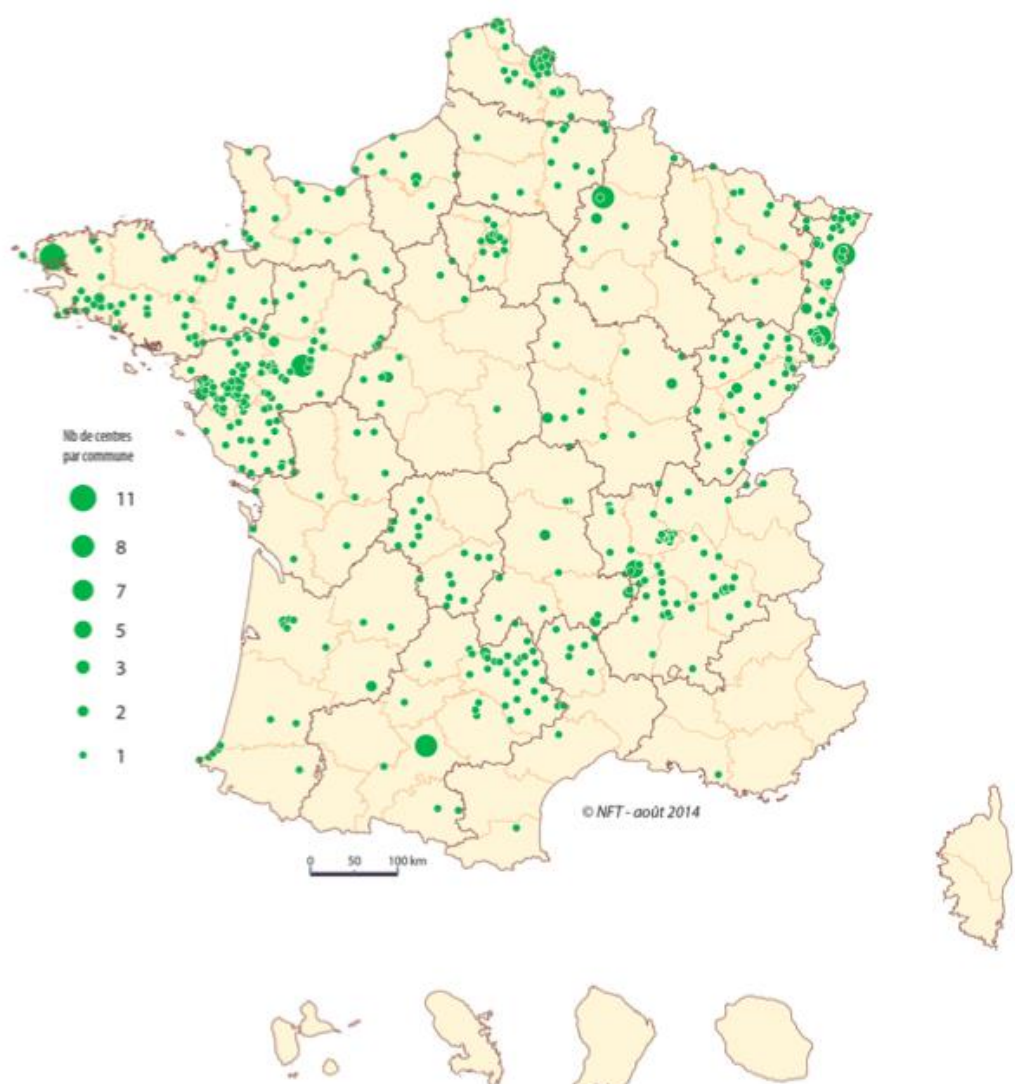
Figure 6 : les 643 centres de santé dentaires



Source : Cartes & Données, « inventaire réalisé entre octobre 2013 et avril 2014 par la Nouvelle Fabrique des Territoires/FEHAP/RNOGCS », 2014

- Les centres de soins infirmiers sont répartis moins équitablement puisque très peu nombreux des Ardennes aux Pyrénées et quasi absents sur le bassin méditerranéen. Ici, c'est l'histoire religieuse du pays qui l'explique, comme l'indique clairement la carte de Fernand Boulard sur les pratiques religieuses du pays de 1945 à 1970 ci-dessous :

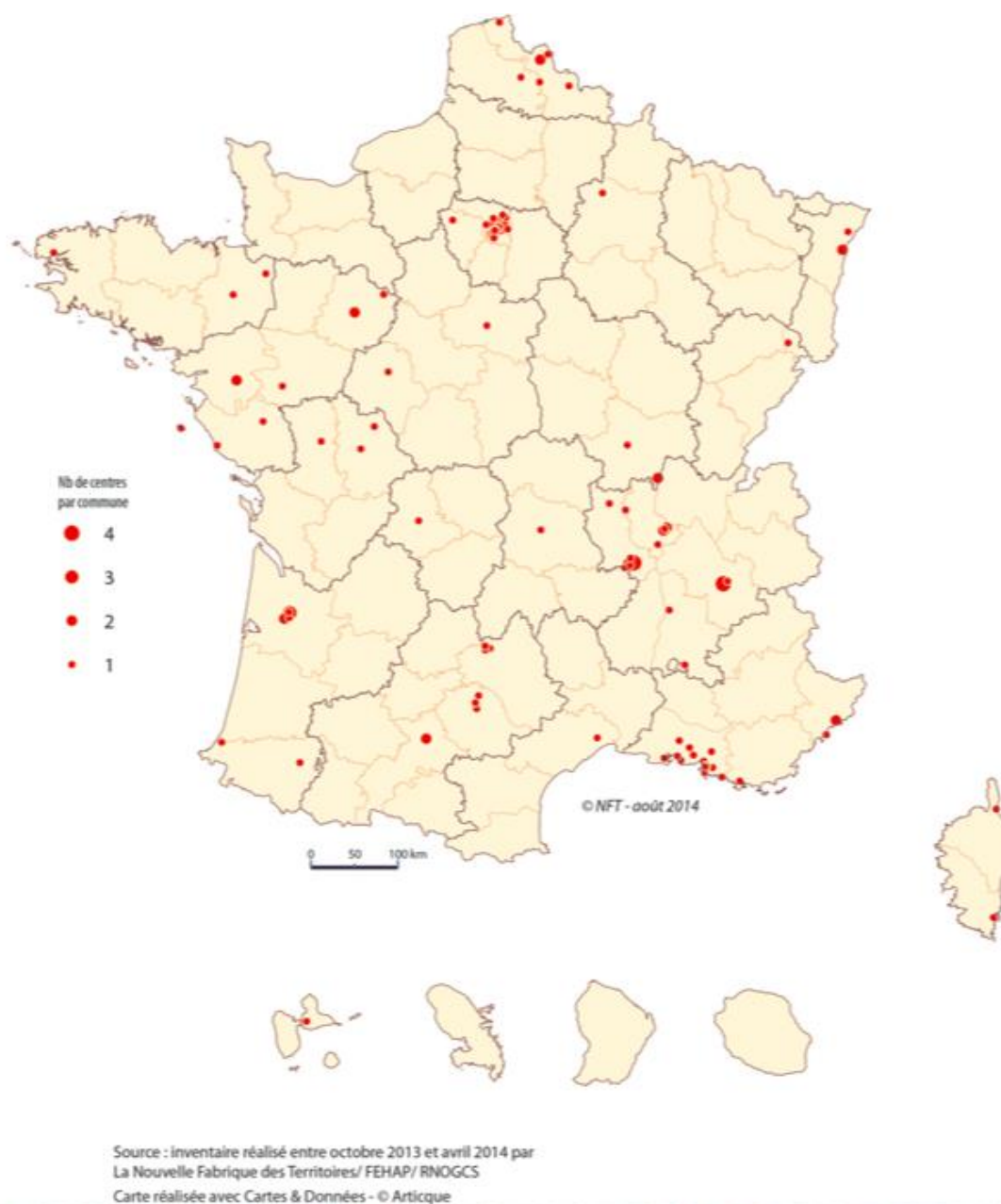
Figure 7 : les 589 centres de soins infirmiers



Source : Cartes & Données, « inventaire réalisé entre octobre 2013 et avril 2014 par la Nouvelle Fabrique des Territoires/FEHAP/RNOGCS », 2014

- Les centres de santé médicaux sont quant à eux distribués entre les villes au passé industriel et dont la carte de ces centres correspond pour la plupart à la carte électorale traditionnelle du parti communiste.

Figure 8 : les 127 centres de soins médicaux

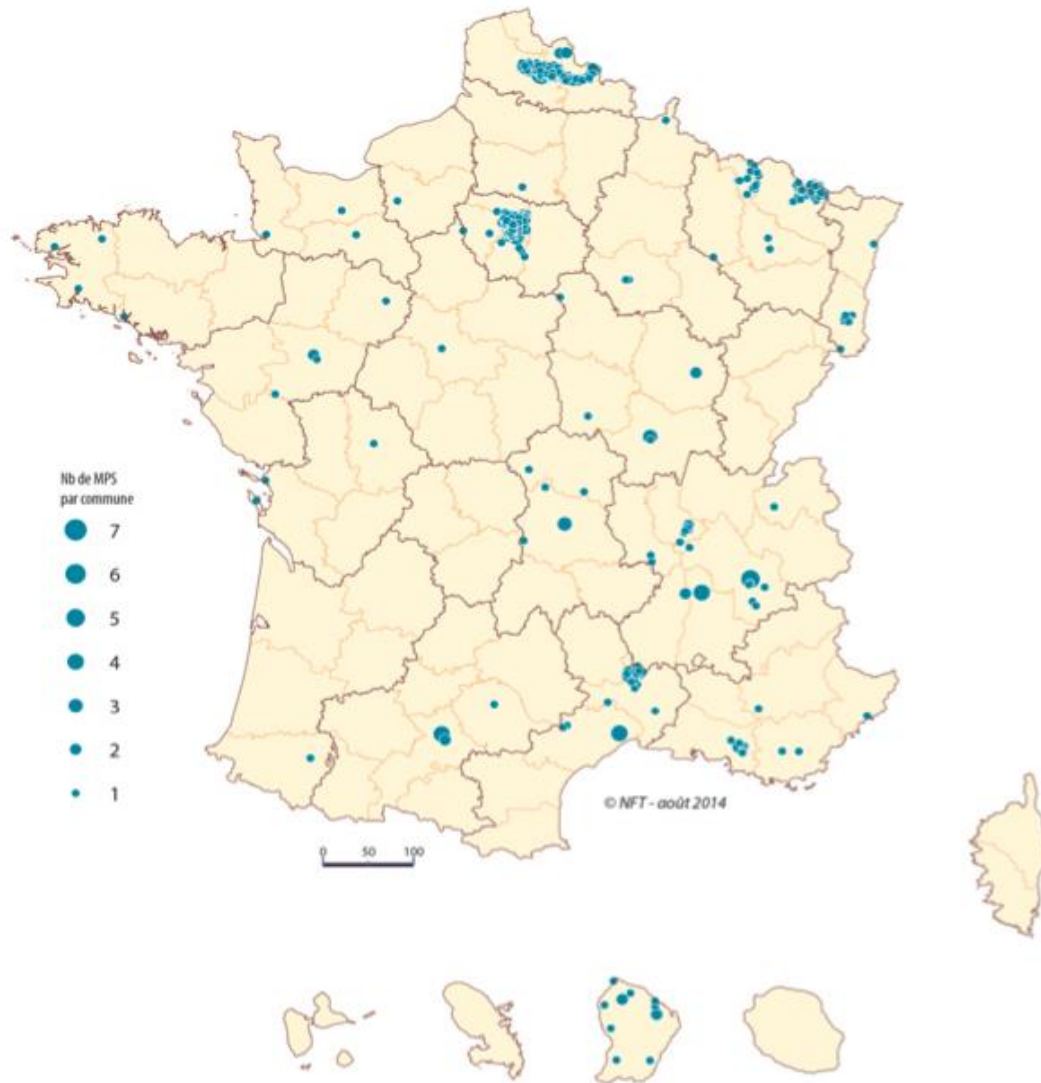


Source : Cartes & Données, « inventaire réalisé entre octobre 2013 et avril 2014 par la Nouvelle Fabrique des Territoires/FEHAP/RNOGCS », 2014

- Les centres de santé polyvalents dépendent principalement de deux types de caisses : la Caisse des mines avec 219 centres et la FNCS avec 116. Leur concentration est donc importante au sein des bassins miniers. On en retrouve également en région parisienne. Sur le reste du territoire français, leur présence est quasi-nulle voire inexistante, ce qui est fort regrettable

car ils représentent l'évolution finale des dispensaires ruraux dans l'idée initiale des concepteurs des centres de santé qu'étaient Hazemann et collaborateurs.

Figure 9 : les 483 centres de santé polyvalents



Source : inventaire réalisé entre octobre 2013 et avril 2014 par La Nouvelle Fabrique des Territoires/ FEHAP/ RNOGCS

Source : Cartes & Données, « inventaire réalisé entre octobre 2013 et avril 2014 par la Nouvelle Fabrique des Territoires/FEHAP/RNOGCS », 2014

Nombre de ces centres de santé polyvalents sont aujourd'hui à la pointe de la modernité et n'ont pas grand-chose à envier à certains hôpitaux. Leur répartition dans une plus large partie du territoire contribuerait à l'établissement d'un réseau de centres de diagnostic et de traitement permettant d'éviter des recours inutiles à l'hôpital là où ils sont présents.

Selon la Direction Générale de l'Offre de Soins, depuis 2011, les centres de santé se développent partout en France et répondent efficacement au problème des déserts médicaux. Ainsi, en 2017, on peut en compter 1750 dont 500 sont des centres médicaux ou polyvalents et les autres dentaires et infirmiers.

2.3. Différences entre les centres de santé

2.3.1 Les organismes de gestion

Le premier élément qui distingue les différents centres est l'organisme qui en assure sa gestion. Ces différents organismes sont regroupés au sein de la RNOGCS, la Regroupement National des Organisations Gestionnaires des Centres de Santé, formée au début des années 90 et qui va être l'interlocuteur des pouvoirs publics (Assurance maladie, Ministère de la Santé). Elle sera en grande partie responsable de la reconnaissance des centres de santé dans le Code de la Santé Publique. Elle comprend aujourd'hui :

- La Fédération des Mutuelles de France (FMF) ;
- La Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) ;
- ADESSADOMICILE Fédération Nationale ;
- La Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) ;
- La Croix Rouge Française (CRF), avec laquelle la FEHAP a convenu d'une délégation de la représentation des centres de santé aujourd'hui adhérents à la FEHAP ;
- La Caisse Autonome Nationale de Sécurité Sociale dans les Mines (CANSSM) ;
- La Confédération des unions régionales des centres de santé infirmiers (C3SI) ;
- La Fédération Nationale des Institutions de Santé et d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne (FNISASIC) ;
- L'Union Nationale ADMR ;
- L'Union nationale de l'Aide des Soins et des Services aux Domiciles (UNA) ;
- Les collectivités territoriales.

Ces organismes ont un terrain d'activité qui leur est propre et sont donc complémentaires. Ainsi ADESSADOM, l'ADMR, C3SI, la FNISASIC et l'UNA s'occupent exclusivement des centres infirmiers, la CRF majoritairement des centres infirmiers, la CANSSM principalement des centres de santé polyvalents, les Mutuelles (FMF et FNMF) du dentaire, la FNCS des soins médicaux et dentaires.

Comme dit précédemment, la complémentarité de ces organismes de gestion et le fait qu'il sont plus ou moins spécialisés dans une activité, il n'existe pas de concurrence entre elles.¹³

D'après les dernières données du FINESS (Fichier National des Etablissements sanitaires et sociaux), 40% des centres sont gérés par des associations, 34% par des mutuelles, 12% par l'Assurance Maladie, 7% par les collectivités territoriales.¹⁴

2.3.2 Taille et activité

En plus des centres infirmiers, isolés et en mono-activité, on compte :

- Les petits centres de proximités constitués en moyenne de cinq à dix praticiens dentistes et/ou médecins généralistes. Ces centres ont pour office à desservir les habitants du quartier ;
- Les centres de taille moyenne, polyvalents, qui proposent en plus des généralistes et des dentistes, des spécialistes (rhumatologues, gynécologues, diabétologues...), un plateau technique minimal (radiologie, laboratoire...), des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes), voire des diététiciennes et des assistantes sociales. Ils proposent une offre de soins pour les habitants du quartier voire de la ville et sont des antennes pour d'autres structures plus importantes ;
- Les centres de très grande taille, qui peuvent comprendre plus de 150 praticiens et qui drainent une patientèle de proximité mais aussi répondent à des besoins liés aux migrations domicile/travail ;
- Les centres ne proposant que de l'imagerie qui sont peu nombreux.

2.3.3. Le mode de rémunération des praticiens

Les personnels des centres sont des salariés mais relèvent de statuts variés (de conventions collectives comme la mutualité, le régime minier, la Croix Rouge, de la fonction publique territoriale ou d'accords locaux).

Tous salariés, ils sont rémunérés à la fonction pour les temps pleins, à la vacation pour les temps partiels, et pour la grande majorité à l'activité sur la base d'un pourcentage sur les actes réalisés (le niveau du pourcentage dépendant de l'ancienneté, de la discipline et du contexte local).

¹³ Vigneron.

¹⁴ Georges et Waquet, « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain ».

Les centres de santé municipaux présentent la particularité de ne proposer qu'un salariat à l'heure et non un pourcentage à l'acte.

3 : Un type de centre particulier : le Centre Municipal de Santé (CMS)

A ce jour, peu d'études ont été menées sur les CMS, leur mode de fonctionnement particulier, et leur apport pour la population.

Afin de comprendre l'importance sociale et sanitaire de ces centres, nous avons distribué des questionnaires à leurs patients et aux praticiens dentistes qui y travaillent. Ces deux questionnaires permettront de dresser un bilan sur la qualité de l'offre de soins proposés par les CMS, mais aussi sur ce qui pourrait être amélioré, d'après les premiers concernés, à savoir les usagers et leurs praticiens.

Un troisième questionnaire concernera le fonctionnement global du CMS et permettra d'étudier les différences entre ces structures

3.1. Les questionnaires

3.1.1. Questionnaire pour les patients des CMS

QUESTIONNAIRE POUR LES PATIENTS DES CMS

Êtes-vous globalement satisfait du service rendu par votre CMS ?

- Oui
- Non
- Pas tout à fait
- Autre :

Qu'est-ce qui vous satisfait dans ce service ?

- La localisation du centre
- La qualité des praticiens
- La modernité de la structure
- La qualité du matériel de soin
- Le coût des soins
- La pluridisciplinarité (plusieurs pratiques dans le même centre)

- Le délai d'attente entre deux rendez-vous
- La qualité de l'accueil
- L'accompagnement médico-social
- La durée de la consultation et le rapport praticien/patient
- Autre(s) (si c'est le cas, merci de préciser) :

Êtes-vous bénéficiaire de :

- La Sécurité Sociale
- D'une complémentaire santé (mutuelle)
- La CMU-c
- L'AME

Qu'est-ce qui selon vous pourrait être amélioré dans votre CMS ?

3.1.2. Questionnaire pour les chirurgiens-dentistes des CMS

QUESTIONNAIRE POUR LES CHIRURGIENS-DENTISTES DES CMS

Depuis combien de temps travaillez-vous en CMS ?

- Moins de 5 ans
- Plus de 5 ans

Avez-vous eu préalablement une expérience en libéral ?

- Oui
- Non

Cette expérience en libérale vous a-t-elle satisfaite ?

- Oui
- Non
- Pas complètement

Si la réponse à cette question est la deuxième ou troisième réponse, merci de préciser brièvement pourquoi :

Avez-vous aujourd'hui un exercice en libéral à temps partiel ?

- Oui
- Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) continuez-vous cette double activité ?

- Financière
- Intérêt d'exercer différemment
- Patientèle différente
- Autre(s) (si c'est le cas, merci de préciser) :

Quels avantages trouvez-vous à travailler dans un centre municipal de santé ?

- Mission sociale et actions de santé publique
- Importance de la prévention et de l'éducation thérapeutique
- Liberté de programmation des soins
- Exercice salarié (absence de charges)
- Salariat à la fonction (offre de soin la plus « éthique »)
- Délégation des tâches administratives
- Formation continue
- Pluridisciplinarité
- Pluriprofessionnalité
- Travail en équipe
- Absence de charges
- Travail à 4 mains (assistante dentaire)
- Autres (si c'est le cas, merci de préciser) :

Quel est le rythme des réunions de concertations mono-disciplinaire ? pluri-disciplinaire ?

Quels inconvénients trouvez-vous au modèle CMS ? Sont-ils remédiables selon vous ? De quelle façon ?

Pensez-vous que le modèle CMS puisse se développer sur le territoire français et être une réponse au problème de désertification médicale ?

3.1.3 Questionnaire pour les médecins directeurs des CMS

QUESTIONNAIRE POUR LES CMS

1/ A quelle ville appartient votre CMS ?

2/ Quelle est l'activité de votre centre de santé ?

- Médicale
- Dentaire
- Autre (si c'est le cas, merci de préciser) :

3/ Quelle est la taille de votre centre de santé ?

- 5 à 10 praticiens
- 10 à 100 praticiens
- plus de 100 praticiens

4/ Quel est le taux de praticiens en temps plein / temps partiel ?

5/ Pouvez-vous chiffrer le nombre de praticiens de chaque service ?

- Médecins (merci de préciser pour chaque spécialisation) :
- Dentistes (merci de préciser pour chaque spécialisation) :
- Kinésithérapeutes :
- Infirmiers :
- Assistantes sociales :
- Autres :

6/ Organisez-vous des réunions d'équipe « mono-professionnelles » ? Quelle est leur fréquence ?

- Oui, à la fréquence de :
- Non

7/ Organisez-vous des réunions d'équipe « pluri-professionnelles » ? Quelle est leur fréquence ?

Oui, à la fréquence de :

Non

8/ Le centre est-il équipé d'un plateau technique ?

Imagerie médicale, si c'est le cas, merci de préciser quel type d'imagerie :

Site de prélèvement biologique

Laboratoire médical

Autre(s) :

9/ Le centre est-il doté d'un service :

Infirmier

De kinésithérapie

D'un accueil social

Autre (s) :

10/ Le centre intègre-t-il :

Un SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile)

Un CPEF (Centre de Planification et d'Education Familiale)

Une PMI (Protection Maternelle et Infantile)

Un CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles)

Une PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé)

11/ Quel est le mode de rémunération du personnel ?

Salariat à la fonction

Salariat à l'activité

Autre (si c'est le cas, merci de préciser) :

12/ Acceptez-vous des stagiaires pour leur formation ?

- Collégiens pour leur stage de 3^{ème}
- Internes en médecine
- Externes en médecine
- Externes en dentaire dans le cadre du stage actif
- Externes en dentaire en année de thèse
- Autre (si c'est le cas, merci de préciser) :

13/ Proposez-vous une aide financière à la formation de votre personnel soignant ?

- Oui
- Non

14/ Pratiquez-vous le tiers payant systématique sur la part Sécu ? Sur les complémentaires ?

- Pas de tiers payant
- Tiers payant sur la part de la Sécurité Sociale
- Tiers payant sur la part de la Sécurité Sociale + les assurances complémentaires
- Autre (si c'est le cas, merci de préciser) :

15/ Pratiquez-vous le strict respect des tarifs opposables ?

- Oui, pour tous les soins
- Non, pour aucun soin
- Oui, pour certains soins (si c'est le cas, merci de préciser quels sont les soins avec dépassement d'honoraires) :

16/ Le centre répond-il aux objectifs économiques fixés par la ville ?

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

17/ Quels sont les services qui sont équilibrés ?

- Radiologie
- Médecine (si c'est le cas, merci de préciser quelles spécialisations) :
- Dentaire (si c'est le cas, merci de préciser quelles spécialisations) :
- Kinésithérapie
- Infirmierie
- Autres

18/ Organisez-vous des actions de prévention et/ou de dépistage ?

Prévention

- en maternelle
- en école primaire
- en collège
- au lycée
- lors de forum de santé

Dépistage

- en maternelle
- en école primaire
- en collège
- au lycée
- lors de forum de santé

19/ Quelles sont les campagnes de ces actions ?

- vaccination gratuite
- dépistage du cancer du sein
- accompagnement et prévention en addictologie
- Consultation de victimologie
- dépistage et éducation thérapeutique du diabète
- Bilan bucco-dentaire gratuit (programme M'T dents)
- Intervention d'éducation bucco-dentaire dans les écoles
- Dépistage bucco-dentaire dans les écoles

Autres :

20/ Quels en sont les financeurs ?

Collectivité territoriale

ARS

Autre(s) (si c'est le cas, merci de préciser)

3.2. Analyse des questionnaires

Sur les 9 CMS (Nanterre, Courneuve, Bobigny, Vitry sur Seine, Malakoff, Saint Denis, Aubervilliers, Montrouge, Ivry Sur Seine) dans lesquels nous avons distribué les questionnaires, nous avons recueilli 68 questionnaires patients, 26 questionnaires dentistes dont l'étude nous a apporté différentes informations.

3.2.1. Avis des patients

Les patients qui consultent en CMS sont dans la très grande majorité satisfaits de la proximité du centre de leur lieu de vie, de la qualité des soins offerts et des infrastructures, de la durée des consultations plus longues que dans le libéral et qui permettent une meilleure relation praticien/patient, le coût des soins et le respect des tarifs opposables, une offre de soins coordonnés, l'accompagnement médico-social.

Le premier mécontentement des patients des CMS est la sous-représentation de certaines spécialités comme l'orthophonie ou encore l'implantologie dans le secteur dentaire.

Par ailleurs, certains CMS, pour des raisons budgétaires, ont dû se séparer de leur service d'accueil social (qui est pourtant l'une des particularités inhérentes à ce modèle de centre).

Enfin, des défauts au niveau organisationnel et notamment au niveau de l'accueil téléphonique et de la prise de rendez-vous (souvent long délai d'attente et standard téléphonique déficient) sont très souvent mentionnés.

3.2.2. Avis des praticiens-dentistes

Le recueil des questionnaires des praticiens dentistes des différents CMS permet d'apporter un certain nombre de conclusions.

En effet les idées sont très souvent concordantes.

Concernant les raisons pour lesquelles ces dentistes quittent l'exercice en cabinet de ville, on retrouve

- La fuite de la solitude et la recherche du travail d'équipe ;
- La surcharge administrative et les contraintes de gestion ;
- La pression financière ;
- Les horaires de travail.

Les niveaux de satisfaction les plus exprimées des praticiens dentistes sont :

- Importance de la prévention et de l'éducation thérapeutique ;
- Mission sociale et actions de santé publique ;
- Salariat à la fonction (offre de soin la plus « éthique ») ;
- Travail en équipe ;
- Absence des tâches administratives et de gestion du cabinet ;
- Absence de charges.

Parmi les inconvénients de ce modèle de centre, il ressort

- Les lenteurs administratives ;
- Les problèmes budgétaires et les difficultés à atteindre l'équilibre ;
- Le manque de motivation récurrent des secrétaires et assistantes ;
- Une patientèle quelquefois difficile à gérer, avec des barrières socio-culturelle et linguistique ;
- Une mauvaise répartition des tâches administratives créant des problèmes de gestion de rendez-vous, des commandes de matériel...

Afin de remédier à certains de ces problèmes, de nombreux dentistes émettent des propositions qui se rejoignent.

Il faudrait par exemple motiver les nouvelles recrues (praticiens, assistants ou administratifs) en leur montrant l'intérêt social de leur travail.

La formation des agents d'accueil devrait se faire dès leur recrutement pour qu'ils soient polyvalents et puissent s'adapter à tous les services du centre, et un plan de formation continu devrait leur être proposé.¹⁵

De même afin de palier toute éventualité d'absence du personnel d'accueil, il faudrait que les assistantes soient capables de faire encaisser les actes de soins primaires afin de minimiser les impayés.

Concernant la pertinence du développement de CMS sur le territoire français pour répondre au problème de la désertification médicale, les praticiens la confirment, à condition qu'ils soient compris dans un réseau de soins, en collaboration avec des hôpitaux et des spécialistes libéraux proches de leurs structures qui permettraient de compléter l'offre de soins primaires qu'ils proposent.

3.2.3. Différences entre les CMS

Malgré un fil conducteur identique, sociale et égalitaire, les CMS des différentes villes, en fonction du niveau socio-économique de leurs populations et de leurs besoins en santé, adoptent des politiques de santé sensiblement différentes.

Ainsi dans des villes comme la Courneuve ou Aubervilliers, où les populations sont en situation de plus grande précarité, il y aura, en chirurgie dentaire par exemple, moins d'actes prothétiques qu'à Montrouge ou Malakoff, mais plus de soins conservateurs, totalement remboursés par l'Assurance Maladie et les complémentaires, mais qui apporteront moins de recettes au centre.

De même, il sera plus simple de créer un service d'implantologie, rentable économiquement, dans les CMS des villes où les populations peuvent se les permettre.

Il y aura également souvent un plus large déploiement financier dans les villes très populaires pour les actions de santé publique qui ne génèrent aucune recette directe.

¹⁵ Cabinet REFERIS, « Étude et analyse des conditions favorables à l'implantation des centres de santé en Ile de France ».

4 : Synthèse

4.1. Avantages du modèle CMS

Les 3 problématiques majeures de notre système de soins sont claires aujourd'hui : répondre aux inégalités d'accès aux soins, répondre aux aspirations nouvelles des jeunes praticiens, répondre à la transition épidémiologique.

L'IRDES, RBC et Réferis se sont penchés sur ces questions. Il en ressort que si les centres municipaux ne sont pas les seuls pouvant apporter des solutions à ces questions, ils sont, de par la pratique du tiers payant, la prise en charge de populations plus précaires que la moyenne, l'exercice salarié et coordonné, l'accompagnement médico-social et les actions de prévention, d'une grande utilité.

4.1.1. Une offre de soins dans les quartiers défavorisés et les déserts médicaux.

En effet, même si la France compte encore un grand nombre de médecins (densité de 334 médecins pour 100 000 habitants), ils sont répartis très inégalement sur le territoire. Parmi les zones les plus dépourvues, il y a les ZUS (Zones Urbaines Sensibles), qui abritent pourtant les populations les plus fragiles et précaires. Les causes sont bien connues : insécurité, revenus plus faibles, handicaps sociaux dans l'acte de soins (barrière de la langue, des cultures...). A cet égard les centres de santé sont une réponse à la demande forte dans les « quartiers difficiles ».¹⁶ En effet, les questionnaires ont chiffré à 100% des patients satisfaits de l'offre de soins à proximité de leur domicile.

D'autre part, les études montrent que la démographie médicale va chuter dans les années à venir (suite à la réduction du numerus clausus en 1990) et il est à prévoir une réelle pénurie de médecins dans les zones rurales qui ne sont déjà pas riches en offre de soins. Il est aujourd'hui connu que les centres de santé attirent beaucoup plus les jeunes praticiens dans ces régions, de par la proposition d'exercer en équipe et de façon coordonnée.¹⁷

¹⁶ Cabinet REFERIS.

¹⁷ Buzyn, « Renforcer l'accès territorial aux soins ».

4.1.2. Un accès social et financier aux soins avec une offre de soins adaptée aux populations en situation précaire.

Le pourcentage de CMU-c ou AME dans les CMS diffère en fonction de la ville de leur appartenance, mais reste toujours plus élevé que dans les cabinets de ville. En effet d'après les questionnaires, entre 8 et 24% des patients des CMS étudiés bénéficient d'aides sociales aux soins contre 6% des patients des cabinets libéraux selon une étude EPIDAURE de 2011.¹⁸

Cela s'explique par un meilleur accès financier aux soins avec la pratique systématique du tiers payant (intégral ou sur la part Sécu), le strict respect des tarifs opposables, et des dépassements d'honoraires fixés avec tact et mesure (sur les actes de prothèse dentaire par exemple) qui permettent l'accès sociale aux soins.¹⁹

En plus de cet accès financier aux soins, les centres de santé ont un devoir d'accompagnement social qui s'avère d'une grande aide pour des patients étrangers ne maîtrisant pas le français, pour offrir l'accès à des droits sociaux comme la CMU-c ou l'AME qui financeront une partie voire la totalité des soins. Un interprétariat est par ailleurs souvent disponible.

La gratuité des soins est souvent possible dans l'attente de l'obtention des droits avec un service de Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans tous les CMS.²⁰

D'autre part il n'y aura pas de refus de soins et de discrimination liée aux paiements qui ont été malheureusement observées dans de nombreuses études (les études de Médecins du monde se sont intéressées aux refus de soins des patients bénéficiaires de l'AME).

4.1.3 Un mode d'exercice attractif pour les jeunes praticiens

- Mode d'exercice « regroupé » et travail en équipe, que ce soit dans le cadre d'un pôle de santé pluri-professionnel en collaboration avec des praticiens libéraux externes au centre ou dans celui interne au centre avec différents spécialistes et un suivi coordonné du patient ;
- Délégation du travail administratif (comptabilité, commande de matériel, gestion du tiers payant, télétransmission des feuilles de soin) et plus de temps pour la pratique pure ;
- Statut de salarié avec

¹⁸ Bourgueil et Mousquès, «Évaluation de l'apport des centres de santé en terme d'accès aux soins et de réduction des inégalités de santé. »

¹⁹ Friot et Poinsart, « La cotisation maladie aux prises avec la CSG et la mutuelle ».

²⁰ Holué, « Les centres de santé, pivots d'un service public territorial de santé ? »

- Un salaire fixé qui permet de consacrer plus de temps à des activités certes moins financées mais dont l'intérêt médical est connu (prévention, éducation thérapeutique...);
- Des horaires de travail définis qui offrent une plus grande conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale ;
- Un meilleur niveau de protection sociale (arrêt maladie, congés payés, régime de retraite plus avantageux...).
- Exercice diversifié avec la possibilité de mener des actions de santé publique, d'éducation à la santé, de recherche et de formation ;
- Liberté de mobilité (pas d'investissement de départ à l'inverse du cabinet libéral ou des maisons de santé).

4.1.4 Une réponse aux besoins du système de santé.

4.1.4.1. Soins coordonnés

Suite aux progrès économiques et sociaux, nous assistons à un vieillissement de la population qui présente de plus en plus de pathologies chroniques (cancers, diabète, maladies cardio-vasculaire) et dégénératives qui nécessitent des traitements de longue durée par de multiples professionnels. Ce changement de nature des pathologies est connu sous le terme de transition épidémiologique.

Le travail pluri-professionnel, dans la même structure, avec l'établissement d'un dossier médical unique et personnalisé facilite grandement leur prise en charge puisqu'elle permet de traiter la pathologie dans son entité, d'harmoniser les messages et l'éducation thérapeutique délivrés au patient, de sécuriser les prescriptions, et bien-sûr de faciliter la communication entre les différents acteurs pour proposer la solution thérapeutique la plus adaptée au patient.

En plus de l'outil essentiel du dossier médical unique (informatisé pour la grande majorité des centres aujourd'hui), le personnel va organiser des réunions d'équipe « mono-professionnelles » très régulièrement (en général 1 à 2 heures par semaine), où les dossiers pourront être étudiés pour échanger sur des recommandations ou des articles et partager les connaissances pour la prise en charge de problèmes de santé particuliers. Puis se tiennent aussi des réunions pluri-professionnelles, plus occasionnelles qui serviront quant à elles à aborder certains aspects organisationnels du centre et à tenir l'ensemble des services au courant des nouvelles concernant l'un d'eux.

4.1.4.2. Santé publique

Nous avons vu préalablement que les actions de santé publique font partie des missions premières des centres de santé. Cependant ces actions sont dépendantes des fonds qui leur sont alloués. Un budget fixé par la collectivité territoriale leur sera dédié et il sera complété par l'ARS, le conseil régional ou départemental. La machine de financement est souvent lourde et il n'est pas rare que ces actions soient portées par le seul engagement volontaire de l'équipe soignante, avec un financement partiel voir nul.²¹

Ces actions de santé publique seront donc différentes entre chaque CMS car elles répondront aux besoins spécifiques de chaque ville à laquelle ils appartiennent. Le diagnostic des besoins réalisé, un contrat local de santé sera rédigé et les actions de santé publique ciblées. Ainsi, le CMS de la Courneuve où la population est dans une précarité particulièrement avancée (IDH2 à 0,39 contre 0,25 à Paris) va devoir déployer des moyens financiers et humains plus important que d'autres CMS de villes plus aisées.

4.2. Inconvénients du modèle CMS

Une étude menée par l'IGAS en 2013 sur les centres de santé a démontré que seulement trois types de centres arrivent à s'approcher de l'équilibre financier :

- Certains centres de santé dentaire, grâce aux soins prothétiques sur lesquels ils peuvent faire des dépassements ;
- Les centres infirmiers, avec souvent des structures qui développent d'autres activités type soins à domicile et qui permettent d'approcher l'équilibre ;
- Quelques centres polyvalents associatifs qui bénéficient d'au moins une des caractéristiques suivantes : la propriété des locaux, une taille très importante, la possibilité de s'appuyer sur une activité dégageant des marges, un appel au mécénat.

Cette même étude montre que la plupart des centres municipaux polyvalents sont déficitaires. Ils ne s'équilibrent que grâce à une importante aide financière de la commune (d'au moins 1/3 des recettes). En effet les financements extérieurs se font de plus en plus rares et les centres doivent faire face à de nouvelles contraintes. Les associations reçoivent toujours moins de subventions publiques et ne

²¹ Cabinet REFERIS, « Étude et analyse des conditions favorables à l'implantation des centres de santé en Ile de France ».

peuvent plus contribuer au redressement structurel. Les collectivités territoriales quant à elles, de par les compétences nouvelles qui leur ont été confiées ces dernières années et malgré une volonté politique forte d'offre de soins de proximité, sont obligées de réduire leur coût pour les développer ou les préserver.

La même étude IGAS pose les bases du problème et propose un modèle pour améliorer la viabilité financière de ces centres qui présentent un bilan budgétaire négatif.

Leur fragilité est selon elle liée à un modèle économique imparfait et une gestion inégale.

Ce modèle économique souffrirait de 4 imperfections :

- Peu de cohérence entre les dépenses et les recettes en ce qui concerne les missions de soins. En effet, étant salarié, il n'y a aucune corrélation entre le niveau de rémunération du praticien et son niveau d'activité ;
- L'obligation du tiers payant (intégral ou sur la part Sécu) qui coûte énormément aux centres du fait des lenteurs administratives de remboursement par l'Assurance Maladie (coût de vérification des droits et de l'établissement de la facturation par les agents d'accueil, coût de la gestion des factures, des rejets, des impayés...) ;
- Un financement très inégal de la part des gestionnaires pour les actions d'accompagnement sociale, de santé publique, d'éducation thérapeutique et de santé, de prévention, qui font pourtant partie des missions de santé principale des centres ;
- Un financement de la fonction de coordination pour les centres de santé prévu par la loi mais très lourde à mettre en place et non utilisé.

Certains CMS présentent également des difficultés à attirer des praticiens notamment des spécialistes, dont la rémunération proposée est plus faible qu'en libéral.²²

Nous pouvons mentionner de par les questionnaires des problèmes récurrents dans plusieurs CMS de type organisationnels comme la mauvaise répartition des tâches et les lenteurs administratives, la démotivation des secrétaires et assistantes médicales, le délai de commandes du matériel.

²² Cabinet REFERIS.

Enfin dans de nombreux centres, les conventions avec certaines mutuelles ont été supprimées et le patient ne pouvant plus bénéficier de la dispense d'avance de frais (tiers-payant intégral), de nombreux soins ne peuvent être dispensés. L'accès social aux soins qui était l'une des valeurs les plus inhérentes des CMS n'est donc plus total pour un certain nombre d'entre eux.

4.3. Solutions proposées

D'après l'étude IGAS et 2013 puis de 2018, la gestion des centres municipaux doit être améliorée en appuyant sur trois leviers :

a) L'optimisation des recettes,

- En établissant une large plage d'ouverture horaire (55 heures d'amplitude d'ouverture hebdomadaire) ;
- En ayant une bonne productivité horaire avec un planning bien rempli et une possibilité de rendez-vous non programmés ;
- En ayant un adressage interne entre les différents services du centre mais également externe, avec leurs partenaires (principe du réseau de santé) en développant une politique de communication avec eux pour se faire adresser des patients ;
- En réalisant un bon codage des actes, avec des formations régulières pour les nouvelles codifications de la CCAM ;
- En absorbant tous les financements possibles, comme l'option de coordination des centres.

b) La maîtrise des dépenses,

- En établissant un lien entre la rémunération du personnel soignant et les recettes d'activité, leur rémunération doit se faire en fonction de ce qu'il rapporte aux centres ;
- En maîtrisant le coût du tiers payant (l'audit de 2018 fixe pour objectif un coût de gestion du tiers payant inférieur à 4 euros par acte) ;
- Un taux de rejet à 2% ;
- En maîtrisant les autres postes de dépenses, comme les achats des prothèses dentaires, le nombre de secrétaires, d'assistantes dentaires (essayer d'atteindre un ratio soignants/non soignants proche de 1).

c) Le pilotage stratégique du centre

- En l'adaptant régulièrement aux besoins locaux, via un diagnostic territorial précis et un portefeuille d'activités équilibré (combiner aux activités générant des recettes faibles, d'autres dégagant des marges financières) ;
- En optimisant l'organisation du centre tant au niveau structurel qu'administratif (un gestionnaire économique dans l'équipe de direction, des outils de pilotage comme un budget autonome, un plan de financement, une comptabilité analytique..., un coordinateur pour les plannings et l'accès aux droits des patients) ;
- Un système d'information efficace permettant une coordination facilitée des soins (dossiers patients numérisés) ;
- Un tableau de bord de l'activité du centre, journalier et hebdomadaire, qui indiquera par exemple les recettes d'activité, le taux d'absentéisme des patients, du personnel, le taux d'activité des praticiens.

Il faut toutefois rester vigilant sur ces informations fournies par ces études. En effet, si elles dressent un modèle de centre de santé rentable économiquement, celui-ci reste un idéal à suivre pour les futurs nouveaux centres et ceux déjà existants peuvent s'en inspirer pour tendre vers l'équilibre mais ne pourront pas forcément se calquer dessus, pour de nombreuses raisons.

Il suppose en effet de multiplier les activités or elles ne sont pas toujours indispensables, car dépendantes du diagnostic territorial²³. Ces activités elles-mêmes peuvent voir leurs tarifs décroître (comme la radio et la biologie) et donc être moins rentables. Enfin, en fonction du projet de santé du centre, elles ne dégagent pas forcément de marges (en dentaire, quand la pédodontie ou encore la restauration conservatrice est privilégiée à la restauration prothétique par exemple).

Un pilotage axé uniquement sur la rentabilité financière apporte par ailleurs le risque de voir, comme c'est malheureusement déjà le cas dans certains centres mutualistes dits « low-cost », des dérives de traitement, où en dentaire par exemple, il y aura une sur-indication de soins prothétiques afin d'améliorer les recettes d'activité. De plus, dans une logique purement économique, la qualité des soins serait fortement compromise (avec par exemple des centres qui travaillent avec des prothésistes dentaires moins coûteux mais au cahier de charges plus faible).²⁴

²³ Cabinet REFERIS.

²⁴ Dame, « Une ordonnance aux effets secondaires redoutables ! »

Les missions de santé publique (actions de prévention et de dépistage) et d'accompagnement médico-social, chères aux CMS doivent quant à elles être préservées et cela en dehors de toute considération économique.

D'autre part, si la rémunération des praticiens se fait à l'acte, elle va dans le même temps diminuer (en médecine générale par exemple) et les centres vont perdre en attractivité. Il faut donc essayer de trouver un équilibre, en mixant, par exemple et comme cela se fait déjà dans plusieurs CMS, un salaire fixe avec une part variable en fonction de l'activité.

Par ailleurs, imposer un rythme plus soutenu de rendez-vous et augmenter les heures de travail hebdomadaire pourrait déplaire à de nombreux praticiens qui justement ont fui le modèle libéral pour des raisons d'horaires trop lourds et stressants, et pour une liberté de planning qui leur semblait nécessaire pour la réalisation de soins de qualité.

En conclusion, des efforts de gestion dans l'organisation interne tout autant que dans le fonctionnement externe peuvent être fait pour améliorer la rentabilité des centres. Il est toutefois indispensable de ne pas entrevoir la question uniquement à travers le prisme économique au risque de perdre les valeurs premières, idéologiques et sociales, qui font l'identité des centres de santé, à savoir l'accès pour tous à des soins de qualité.

Conclusion

Nous pouvons conclure d'après ces études (IGAS et questionnaires) que le modèle CMS apporte de nombreuses réponses aux nouvelles attentes des jeunes praticiens. Le travail en équipe, pluridisciplinaire et coordonné, la délégation du travail administratif et l'absence de contraintes de gestion et de pression financière, le statut de salarié et ses avantages, les missions de santé publique, la liberté de mobilité et les horaires de travail fixes sont des valeurs prônées par de plus en plus de nouveaux diplômés.

Leurs patients en sont pour la très grande majorité satisfaits, et si la pluri-professionnalité y est appréciée, d'autres regrettent seulement la faible représentation de certaines spécialités médicales dans leurs centres.

Cependant et comme tout modèle, il a ses inconvénients. Les retours des questionnaires traitent majoritairement des lenteurs administratives pour tout changement ou commande, des difficultés économiques et de la dépendance budgétaire à la collectivité territoriale, du manque de motivation du secrétariat et des assistantes.

Comme vu précédemment ces problèmes ne sont pas irrémédiables, et un travail sérieux de réorganisation et de gestion nouvelle est possible pour y pallier. Certains leviers simples comme une formation régulière à la nouvelle codification CCAM pourrait contribuer grandement et facilement au redressement économique de ces centres.

Une responsabilisation du personnel soignant et non soignant, à travers la fixation d'objectifs clairs et précis et des réunions régulières avec la direction pour des réajustements fonctionnels semblent également indispensable.

Le CMS étant un centre de santé à but non lucratif, qui existe grâce à l'appui financier des collectivités territoriales, l'idée n'est pas de le rendre rentable, ce qui n'est matériellement pas possible (de par la nature des soins qu'il offre et qui dégagent peu de marge, la politique et les actions de santé publique qui sont à perte...), mais de réduire le déficit qu'il engrange. Les études IGAS menées depuis 2013, REFERIS de 2015 et EPIDAURE de 2011 dressent un modèle à suivre.

Cependant, il est délicat de suivre des recommandations quand il s'agit de santé et que les besoins des populations divergent autant en fonction des territoires. Les problématiques de santé sont différentes d'une ville à l'autre et les services publics n'auront pas les mêmes efforts à fournir pour offrir des soins équitables, éthiques et de qualité pour toute leur population.

D'autre part les actions de santé publique seront, elles, toujours dépendantes d'un budget alloué par la ville puis de subventionnement supplémentaire de la part des ARS, des conseils régionaux et départementaux.

Les CMS, à condition qu'ils respectent certaines conditions dans la base de leur fonctionnement, et dans la mesure où ils s'adaptent réellement à la problématique de santé spécifique à chaque territoire (avec des actions de santé publique ciblées, des spécialistes bien sélectionnés en fonction des manques sur le territoire...) restent pour autant une réponse très adaptée au problème de la désertification médicale qui va en s'accroissant en France.

Aujourd'hui implantés dans la grande majorité en Ile de France, et plus particulièrement dans les banlieues pauvres en médecins, ils apportent une aide évidente aux populations qui les fréquentent.

S'ils sont pour l'instant majoritairement déficitaires, il faut évaluer leurs effets au moyen voire long terme, de par le message de santé, de prévention, et les actions de santé publique qu'ils apportent chez des populations qui n'en ont jamais ou très rarement bénéficié. Les effets de ces indispensables actions d'éducation à la santé se feront sentir sur les prochaines générations et le recours aux soins primaires seront alors bien moindre, et avec eux le coût des soins alloués par la ville aux centres chutera enfin.

Ils supposent de la part des communes un gros investissement et un engagement politique prononcé (d'autant plus avec les restrictions croissantes des dotations de l'Etat aux communes) mais qui peut s'avérer nécessaire dans certains déserts médicaux.²⁵

Ainsi, le 6 février 2018, la FNCS (Fédération Nationale de Centres de Santé) a signé aux côtés de l'Etat la charte de mise en œuvre du plan de renforcement de l'accès territorial aux soins, dont la finalité serait qu'à travers l'installation d'un réseau de centres de santé, d'antennes, et de protocoles de coopération entre centres, médecine libérale et hôpitaux, pour chaque unité territoriale et pour un nombre d'habitants donné, il y ait une équipe de soins primaires. Les centres de santé et les antennes

²⁵ Damecour, « Quel avenir pour le centre de santé municipale de Clichy ».

de santé qui assureraient les soins de premiers recours travailleraient ainsi en coopération avec les hôpitaux et les spécialistes libéraux, qui s'occuperaient des soins plus complexes.^{26 27}

En août 2018, le Plan National d'Accès aux Soins (PNAS) fixe des objectifs précis : doubler le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles et de centres de santé d'ici 5 ans. Pour atteindre cet objectif, 400 millions d'euros sont prévus dans le cadre du grand plan d'investissement.²⁸

La nouvelle convention dentaire signée en juin 2018 qui, entre autre, revalorisera les soins conservateurs (qui sont restés pendant des années parmi les moins chers d'Europe), permettrait aux CMS de générer plus de marges et encouragera peut-être les communes à en créer.²⁹

Toujours dans cette même convention et comme il a été stipulé pour les médecins libéraux qui s'installent dans les zones fortement démedicalisées, une incitation et une aide financière à l'installation est en cours de discussion pour l'intégralité de la profession, à savoir les étudiants et les praticiens des centres de santé.

Afin d'élargir ces aides conventionnelles à d'autres spécialités (dentistes, kinésithérapeutes, orthophonistes...) des travaux de zonage sont en cours, l'objectif fixé par le PNAS étant de doubler la population couverte en zone sous-dense. Un budget de 200 millions d'euros sur 5 ans sera alloué à ces aides à l'installation sur ces territoires.

Nous pouvons donc aujourd'hui envisager l'installation à plus grande échelle de CMS sur l'ensemble du territoire français, à condition d'une volonté et de l'engagement des communes à encourager un modèle de soins accessible pour tous, éthique, équitable et prônant la prévention et l'éducation à la santé.

Toutefois, l'ombre des filières, des actionnaires et du marché plane car depuis 2009 et la loi Bachelot « Hôpital Patients Santé et Territoires » (HPST), une clinique privée peut gérer un centre de santé.³⁰ Ainsi, les nouveaux centres de santé qui ouvriront dans les zones démedicalisées pourront, en apportant les soins de « premier recours », devenir une source de recrutement de patients pour les cliniques privées et constituer une filière alimentant leur établissement.³¹

²⁶ Colombani, « Une charte pour lutter contre les déserts médicaux ».

²⁷ Ministère de la santé, Projet régional de santé.

²⁸ Buzyn et al., Charte relative à la mise en oeuvre du plan de renforcement de l'accès territoriale aux soins.

²⁹ Revel et al., « Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie. »

³⁰ Frechani-Maujor, « Les municipalités laissent mourir les centres de santé ».

³¹ May, « Non au virage lucratif pour les centres de santé / oui à une ordonnance qui conforte l'innovation et l'équité sociale. »

La légitimité de la rentabilité financière s'entend pour une structure à finalité lucrative. Mais nous avons vu les dérives qu'elle peut apporter dans certains centres axés uniquement sur la logique économique, dont l'illustration la plus dramatique a été fournie par l'affaire Dentexia.³²

Voilà pourquoi il faudra, en plus des gestionnaires (mutualité, caisses Croix Rouge...), que les professionnels de santé et syndicats représentants des centres de santé à but non-lucratif soient toujours présents à la table des discussions pour l'établissement des futures conventions et lois de santé à venir, afin de défendre les valeurs prônées par leurs structures.

Pour informer et sensibiliser les futurs praticiens aux problématiques de santé qui se posent et qui vont s'accroître dans les années à venir (déserts médicaux, accès aux soins, vieillissement de la population, revalorisation des actes...) il serait intéressant d'intégrer dans l'enseignement universitaire des cours de médecine sociale et d'approche territoriale.

L'ouverture des centres de santé pour des stages de formation des étudiants (internes en médecine, externes dentistes en stage actif puis en année de thèse) devrait également leur être communiquée pour leur permettre d'avoir un premier contact avec ce modèle d'offre de soins différent.

³² Pineau, « Soins dentaires low-cost en France, histoire du scandale ».

Bibliographie

- Bourgueil, Y., et J. Mousquès. « Évaluation de l'apport des centres de santé en terme d'accès aux soins et de réduction des inégalités de santé. » EPIDAURE, 2011. <https://www.fncs.org/sites/default/files/pdf/2015/NoteSyntheseEpidaureJuillet2011.pdf>.
- Buzyn, A. « Renforcer l'accès territorial aux soins », 2017. <https://www.silvereco.fr/renforcement-de-laces-territorial-aux-soins-le-plan-dagnes-buzyn/3189246>.
- Buzyn, A., H. Colombani, C. Leicher, P. Gendry, et P. Marissal. Charte relative à la mise en oeuvre du plan de renforcement de l'accès territoriale aux soins (2018). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_relative_a_la_mise_en_oeuvre_du_plan_de_renforcement_d_e_l_acces_territorial_aux_soins_fppps_.pdf.
- Cabinet REFERIS. « Étude et analyse des conditions favorables à l'implantation des centres de santé en Ile de France », 2015. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/CDS-centres-de-sante-territoires-rapport-2016.pdf>.
- Cibrié, P. « Les dispensaires d'hygiène sociale ». *Le médecin de France*, 1932, 485-88. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5507298s/f100.image.r=le%20médecin%20de%20France,%201932,%20Cibrié>
- Colombani, H. « Une charte pour lutter contre les déserts médicaux », 2018, FNCS. <https://www.fncs.org/une-charte-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux>.
- Dame, M. « Une ordonnance aux effets secondaires redoutables ! », 2018, SNCDCS. <http://sncdcs.free.fr/?p=319>.
- Damecour, A.-S. « Quel avenir pour le centre de santé municipale de Clichy », 2017, Le Parisien. <http://www.leparisien.fr/clichy-92110/quel-avenir-pour-le-centre-municipal-de-sante-de-clichy-03-10-2017-7305954.php>.
- Frechani-Maujour, P. « Les municipalités laissent mourir les centres de santé », 2014, Le monde diplomatique. https://www.monde-diplomatique.fr/2014/04/FRECHANI_MAUJORE/50315.
- Friot, B., et L. Poinart. « La cotisation maladie aux prises avec la CSG et la mutuelle », 2008. <http://alternative-au-capitalisme.e-monsite.com/pages/la-protection-sociale/la-cotisation-maladie-aux-prises-avec-la-csg-et-les-mutuelles.html>.
- Georges, P., et C. Waquet. « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain ». Inspection générale des affaires sociales, 2013. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf.
- Holué, C. « Les centres de santé, pivots d'un service public territorial de santé? », *Le concours médical*, n° 140 (2018). <http://leconcoursmedical.fr/content/2756-de-grandes-ambitions-pour-les-centres-de-sante>.
- Ichok, G. « Les bases de la statistiques appliquées à l'hygiène sociale » VI, n° 73 (1930): 290-95. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k122757r/f641.item.r=Ichok%20La%20statistique%20est%20tout%20à%20fait%20autre%20chose%20qu'une%20compilation>
- Lesieur, A. « Les centres de santé municipaux, passé, présent perspectives ». CNLCS, 2003. <http://www.formationcitoyennete.org/IMG/pdf/A.Lesieur.pdf>.
- Limousin, M. *Les centres de santé en mouvement*. Paris: Le temps des cerises, 2012.
- Lonqueue, C., et H. Delmotte. « Analyse juridique détaillée de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », dite loi Bachelot ». *La gazette santé sociale* (blog), 2012. <http://www.gazette-sante-social.fr/826/analyse-juridique-detaillee-loi-hopital-patients-sante-et-territoires-dite-loi-bachelot>.
- May, E. « Non au virage lucratif pour les centres de santé / oui à une ordonnance qui conforte l'innovation et l'équité sociale. », 2017, SNCDCS. <http://sncdcs.free.fr/>.

- Ministère de la santé. « Article L6323-1 », 2018.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691345&dateTexte>.
- — —. Projet régional de santé, Pub. L. No. Ordonnance numéro 2018-20, Article L1434-12 (2018).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020891647&dateTexte=>.
- Pineau, N. « Soins dentaires low-cost en France, histoire du scandale ». *Eurodentaire* (blog), 2018.
<https://www.eurodentaire.com/soins-dentaires-low-cost-france-le-scandale/>.
- Revel, N., M. Ronat, T. Souly, et P. Denoyelle. « Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie. », 2018. http://www.cnsd.fr/wp-content/uploads/2018/05/TextePropositionUNCAM_7mai2017.pdf.
- Roux, E. « Le médecin hygiéniste ». *Le mouvement sanitaire*, n° 1 (1924): 11-14.
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k122751g/f15.image>
- Vigneron, E. *Les centres de santé : une géographie rétro-prospective*. Paris : FEHAP, 2014.

Table des figures

Figure 1 : Un grand fléau, la tuberculose	4
Figure 2 : L'aigle boche sera vaincu, la tuberculose doit l'être aussi	6
Figure 3 : La visiteuse d'hygiène prévient la maladie, elle est l'auxiliaire des médecins.....	9
Figure 4 : Photographie d'Henri Sellier, ministre de la santé de 1936 à 1937.....	12
Figure 5 : Les 1842 centres de santé et antennes de centres de santé en France	21
Figure 6 : les 643 centres de santé dentaires.....	22
Figure 7 : les 589 centres de soins infirmiers	23
Figure 8 : les 127 centres de soins médicaux.....	24
Figure 9 : les 483 centres de santé polyvalents	25

Annexes

- (1) « Nos soldats ne supportent pas depuis deux ans les pires sacrifices pour que la France, victorieuse de l'ennemi sur ses frontières, demeure vaincue sur son territoire par la maladie. Ils combattent pour qu'elle soit, demain, plus grande, plus forte, plus belle qu'elle n'était hier. De là la nécessité pour nous, pendant qu'ils luttent au front de nos armées, de lutter ici, à l'arrière, contre la tuberculose et toutes les maladies sociales. »

« Nous verrons des dispensaires surgir sur tout le territoire, non seulement par suite de la création des comités départementaux d'assistance aux militaires tuberculeux, mais encore par suite de la simple application de la loi, puisque, partout où la mortalité est trop élevée, ils deviendront obligatoires. »

André Honnorat,

Rapporteur de la loi sur les dispensaires à la chambre des députés le 7 Avril 1916

- (2) « L'ouvrage de M. Ichok (Etude sur la population française, Ed. de la Biologie Médicale, 1932) démontre qu'il y a encore des statisticiens en France. Il ne nous manque plus que des statistiques. Puisse l'étude sur la population française largement diffusée dans le corps médical l'inciter à déclarer les causes des décès. Ces derniers mieux connus, la médecine préventive sera plus efficace et à moins de frais – et alors seulement nous pourrons tous enfin espérer mourir à la fois de sénilité et à un âge avancé. »

RH Hazemann, 1932

(MS p427)

- (3) « Les personnes malheureuses et malhabiles se heurtent aux différents remous de la vie et souvent ne savent où frapper, un « coup de pouce » judicieusement lancé aurait pu facilement les remettre à flot en leur évitant de s'enfoncer définitivement. La bonne méthode n'est pas de laisser le malheureux se heurter en plus aux guichets multiples de l'Assistance, ce qui ajoute encore à son désarroi, en mettant les choses au mieux, ces guichets ne sont que les dispensateurs parcimonieux et formalistes de secours administratifs. Comment s'étonner qu'ensuite, le « candidat assisté » dégoûté de « l'Ad-mi-nis-tra-tion » attende le dernier moment pour y recourir, alors il se présente souvent lorsque la situation est irrémédiablement compromise, son état de santé incurable, ses maux propagés à l'entourage immédiat ou lointain, c'est-à-dire lorsque la prophylaxie sociale n'est plus possible. [...] Lorsque l'Assistance a bien en mains son secteur et qu'elle y est bien connue,

c'est elle qui doit dépister les familles à conduire, soutenir, assister, et qui doivent se confier spontanément à elle. Dès qu'une mère de famille ou toute personne est dans l'embarras il faut qu'elle se dise « Il va falloir que j'aie trouver Mademoiselle X, pour qu'elle me sorte de là !»

RH. Hazemann, 1928 MS

- (4) « La grosse erreur du dispensaire antituberculeux rural a été de ne pas être purement et simplement un dispensaire d'hygiène ouvert à tous. Outre l'appréhension qu'a laissée et que laisse dans beaucoup d'esprits cette étiquette qui sonne trop souvent comme un glas, on n'a pas assez retenu que le meilleur moyen de dépister la tuberculose était d'amener peu à peu le public au dispensaire sous un prétexte ou sous un autre, ne serait-il qu'éducatif et surtout d'assurer aux médecins-praticiens les moyens matériels d'exercer mieux leur beau rôle social de protecteurs de la santé publique [...]

Pour cela, il fallait leur ouvrir largement les portes du dispensaire, [...]

Il fallait aussi que tous les praticiens puissent y trouver les moyens de diagnostic un peu technique dont ils ont couramment besoin, ne serait-ce que pour leur faciliter la déclaration des maladies transmissibles, (...). En même temps qu'ils auraient pu signaler les situations difficiles et délicates de leurs clients, de façon à les faire bénéficier matériellement ou moralement des ressources des œuvres d'aide sociales, publiques ou privées. Les diagnostics délicats auraient pu y être précisés en collaboration avec le médecin plus spécialement qualifié. En un mot, le dispensaire d'hygiène sociale aurait dû être pour le praticien « la maison du médecin » et pour le public « l'école de santé ».

Dr H. Mallard, MS 1926

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire
de l'Université Paris Descartes

Docteur Jean-Claude TAVERNIER

Professeur Louis MAMAN

Vu, le Président de l'Université Paris Descartes

Professeur Frédéric DARDEL

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Louis MAMAN

Les centres municipaux de santé, une offre de soins particulière

Résumé :

Dans une société qui se libéralise de plus en plus, quel visage notre système de santé va avoir demain. Va-t-il prendre un virage mercantile assumé avec l'ouverture de cliniques à but lucratifs, la création de filières de soins, la gestion des centres de santé comme une entreprise dont le but est uniquement de générer des fonds financiers et cela au dépend des intérêts de patient ? Un contrôle rigoureux de ces centres sera-t-il réalisé par un comité d'éthique pour éviter de nouveaux scandales type Dentexia ? Le modèle libéral a montré ses faiblesses pour répondre au problème des déserts médicaux et des quartiers sous-denses en médecins. Un plan national de santé récemment voté sous le gouvernement Macron prévoit la création de maisons et centres de santé dans le territoire pour médicaliser ces zones délaissées. Cette thèse d'exercice a pour objectif de rappeler l'histoire des centres de santé, les valeurs qu'ils défendent et le modèle d'offre de soins particulier qu'ils proposent, via des questionnaires distribués à plusieurs centres de santé municipaux, et l'appui de plusieurs études et audits réalisés depuis une dizaine d'années.

Discipline :

Santé publique et prévention

Mots clés fMesh et Rameau :

Centres de santé communautaire -- histoire -- Dissertations universitaires ; Odontologie en santé publique -- Dissertations universitaires ; Santé publique -- Enquêtes -- Thèses et écrits académiques ; Centres de santé -- France -- Thèses et écrits académiques

Université Paris Descartes
Faculté de Chirurgie dentaire
1, rue Maurice Arnoux
92120 Montrouge