



HAL
open science

Freins et leviers à la création des Centres de santé récemment ouverts en France métropolitaine : enquête qualitative auprès des porteurs de projet

Boris Campos Jarquin

► To cite this version:

Boris Campos Jarquin. Freins et leviers à la création des Centres de santé récemment ouverts en France métropolitaine : enquête qualitative auprès des porteurs de projet. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02145749

HAL Id: dumas-02145749

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02145749v1>

Submitted on 3 Jun 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.

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Boris CAMPOS JARQUIN

Né le 20 août 1988 à San Salvador - El Salvador

**Freins et leviers à la
création des Centres de
santé récemment ouverts
en France métropolitaine.
Enquête qualitative auprès
des porteurs de projet.**

**Thèse soutenue à Rennes
Le mardi 30 octobre 2018**

Devant le jury composé de :

Pr Eric BELLISSANT

PU-PH Pharmacologie fondamentale ;
pharmacologie clinique; addictologie.
Université Rennes 1

Président du jury de thèse

Pr Alain LEGUERRIER

Professeur émérite, Chirurgie thoracique et
cardiovasculaire. Université Rennes 1
Juge.

Dr Ronan GARLANTEZEC

MCU-PH, Epidémiologie, économie de la santé et
prévention. Université Rennes 1
Juge.

Dr Emmanuel ALLORY

MCA de médecine générale. Université Rennes 1.
Juge.

Dr Eric MAY

Médecin généraliste, Malakoff.
Directeur de thèse.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie générale
BOUGET	Jacques	Pr Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRISOT	Pierre	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Pr Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Jean-Claude	Pr Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Pr Associé	Cardiologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	PU-PH consultant	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie

GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE GUEUT	Mariannick	PU-PH consultant	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Pr Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Pr Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MENER	Eric	Pr Associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MICHELET	Christian	Pr Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Pr Associé	Epistémologie clinique
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Pr Associé	Médecine générale
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RICHARD DE LATOUR	Bertrand	Pr Associé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Pr Associé	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET	Françoise	Pr Associé	Médecine générale
THIBAULT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAULT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûrologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSEMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMARY	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER	Romain	MCU-PH	Urologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NAUDET	Florian	MCU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
RENAUT	Pierrick	MC Associé	Médecine générale
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques

VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

PRATICIENS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ARNAUD	Alexis	PHU	Chirurgie infantile
AUFFRET	Vincent	PHU	Cardiologie
BELAZ	Sorya	PHU	Parasitologie et mycologie
BOUZILLE	Guillaume	PHU	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
CAVEY	Thibault	PHU	Biochimie et biologie moléculaire
DUMONTET	Erwan	PHU	Immunologie
KERBRAT épouse LECUYER	Anne	PHU	Neurologie
LOCHER	Clara	PHU	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MERDRIGNAC	Aude	PHU	Chirurgie générale
PELTIER	Lucas	PHU	Biochimie et biologie moléculaire
PRONIER	Charlotte	PHU	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PROISY	Maïa	PHU	Radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Eric BELLISSANT, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie pour l'intérêt porté à mon sujet. Je vous prie de bien vouloir trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Alain LEGUERRIER, merci d'avoir accepté de juger mon travail, merci pour l'intérêt porté à la question de l'organisation des soins de premier recours.

A Monsieur le Docteur Ronan GARLANTEZEC, merci d'avoir accepté de juger mon travail. Puisse un jour la santé publique acquérir la reconnaissance et les moyens qu'elle mérite.

A Monsieur le Docteur Emmanuel ALLORY, merci d'avoir accepté de juger mon travail, merci pour ton oreille attentive. Ton engagement dans l'innovation et la recherche en médecine générale est un exemple.

A Monsieur le Docteur Eric MAY, mon directeur de thèse, merci pour ta disponibilité, ta réactivité, tes relectures minutieuses, tes remarques pertinentes. J'espère que tu finiras par oublier les sueurs froides dont j'ai été responsable. Ton dévouement mérite le plus grand respect.

Aux élus, aux salariés de la fonction publique, aux salariés des centres de santé et aux bénévoles que j'ai rencontrés, merci pour le temps que vous avez consacré à la réalisation de ce travail.

Au Docteur Michel LIMOUSIN, qui, en portant un intérêt à mes premiers écrits, à ouvert le chemin menant à ce travail.

Je souhaiterais également apporter des remerciements :

A Matthieu Rault.

Maintenant je souhaiterais remercier mes amis.

Aux anciens du Sud-Ouest, à Pablo, Seb, Adri, Dorian, Béna, à Gabi, Dan et leur p'tit bout, à ceux que je ne met pas ici mais auxquels je pense quand même. Et puis je dédie ce travail, bien évidemment, à Ciel 31.

Aux rennais.e.s, aux blancs-costela et leurs pitchouns (j'ai pas le mot diwanais), à Bastien (le meilleur crêpier à l'accent du sud-ouest), à Smat et à son nouveau chemin. A Transel et gretel, aux deux.

Mention spéciale à Charlotte, pour s'être tapée ce que moi-même j'ai du mal à faire : me relire de A à Z. Merci pour ton amitié.

Aux membres du gang des lyonnais.e.s, qui m'ont démontrés qu'on pouvait trouver dans la médecine le pire comme le meilleur. Et parfois l'inverse.

Bon, ok... A Matthieu Rault.

A mon équipe commando de relectrices et de relecteurs.

A Isèle, Jo, à Alexis, qui nous a quitté trop vite. Voici la preuve de la réalité de mon cursus.

Au pays des Kerterres et à ses habitant.e.s.

A mes collègues de l'aventure du Stétho'SCoP. J'aurais bien mis ici une citation vachement pertinente pour exprimer le travail accompli, ce qu'il reste à accomplir et à découvrir, défricher ensemble, l'enthousiasme que ça génère pour moi et tout ça, mais visiblement Woody Allen n'a encore rien dit à ce sujet.

Aux Morbihannais.e.s, à Catherine, à Serge, aux gars et à leur accueil chaleureux, à notre vignoble du turfu et tout le tralalala. Et au Comment Ksé, tant qu'on y est !

Aux néo-morbihannais.e.s, des deux côtés de la rade, à Anne et à mon futur petit acolyte.

A mes camarades.

A Marine. En un mot comme en cent : Merci. Cent fois merci. Heu mince... Enfin tu me comprends. Un long chantier, mais c'est probablement le prix à payer pour ceux qui ne renoncent pas à l'océan.

Al pulgarcito.

A Jennifer et sa petite smala, que le Sud puisse lui offrir ce qu'elle cherche.

A Lidia, ma grande petite soeur.

A Tristan et son énergie débordante. A Aurore et son appétit naissant pour le savoir. A eux deux, pour qui je peux éprouver l'appréhension ressentie devant ceux qui s'apprêtent à se lancer dans le grand bain. Frater', mes Frères.

A Ma', qui nous y a préparé comme aucun n'aurait pu l'espérer. Merci.

A celle que l'on peut choisir de combattre ou de servir, à celle dont on parle parfois sans la nommer. Souriez, souriez. Vous verrez.

Déclaration d'intérêts : Cette thèse a bénéficié du soutien financier de l'institut
Jean François Rey.

Plan

Remerciements	8
Plan	12
Résumé	14
Liste des abréviations	15
I- Introduction	16
II- Matériel et Méthodes	18
1 - Méthodes	18
2 - Critères d'inclusion/d'exclusion et échantillon	18
III-Résultats	20
1 – Caractéristiques des CDS inclus	20
2 - Identification des attentes initiales	20
a - CDS gérés par une collectivité territoriale : des attentes qui découlent d'une histoire stéréotypée	20
b – CDS : un modèle qui permet aux non médecins d'être à l'initiative	21
c - Santé communautaire et approche globale de la santé	22
d - La possibilité d'une gestion collective horizontale : autogestion et égalité salariale	22
e – Complémentarité ou alternative au modèle libéral ?	22
3 - Freins à la création des CDS	23
a – Un double sentiment de prise de risque	23
b – Freins expérimentaux : le prix de l'innovation	24
c – Freins réglementaires	25
Médecin salarié en CDS: un statut bancal	25
Le casse-tête de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)	25
Le tiers-payant intégral : une gestion complexe et chronophage	26
Un flou autour des règles comptables	26
Impossibilité d'accueillir médecins salariés et libéraux dans un même bâtiment	26
Un cadre réglementaire mouvant	27
d– Freins secondaires aux logiques professionnelles : une opposition libérale	27
e- Freins au recrutement du personnel	28
Freins liés au territoire	28
Freins économiques	29
Freins professionnels	29
Conséquences : saturation du CDS, éventuels retours négatifs des habitants.	29
f– Freins politiques	30
g– Frein social : crédibilité des porteurs de projet	30
4 - Leviers facilitant la création de CDS	30
a – L'apport de structures modèles	30

b – La Fédération Nationale des CDS et l’Union Syndicale des Médecins de CDS	30
c – Une reconnaissance... tardive ou a posteriori	31
d– Levier politique local et national	31
e– Leviers institutionnels, associatifs et participation habitante	32
f– Leviers professionnels	32
g– Patrimoine immobilier déjà existant des collectivités	32
h– Un levier à double tranchant : la communication.	33
5 - Freins et leviers économiques	33
a – Un déficit assumé, un objectif d’équilibre le plus souvent	33
b– Freins économiques : les dépenses	33
b – L’accord national : un levier encore difficile à manier	35
c– Leviers économiques hors accord national	36
6 - Doléances et suggestions	37
a – Un traitement inégal comparé aux MSP et aux praticiens libéraux	37
b – Suggestions des enquêtés pour faciliter la création des CDS	38
c – Suggestions apportant des modifications structurelles au modèle d’organisation des soins de premier recours.	39
Portage par une structure supra-communale et maillage territorial	39
Sortir la structure du paiement à l’acte	40
Régulation publique de la démographie médicale	40
IV – Discussion	41
1- Forces et limites de l’étude	41
a- Forces de l’étude	41
b- Limites de l’étude	42
2– Interprétation des résultats	42
a- Inadéquation du mode d’exercice historique : le choix d’une adaptation incrémentale	42
b- Structures et professionnels de soins de premier recours : la nécessaire évolution des modes de rémunération	45
c- Des incongruences réglementaires qui restent à résoudre	47
d- Aménagement du territoire : piloter une offre de soins régulée par le marché dans un contexte de restrictions budgétaires	50
e- Un encadrement institutionnel à consolider	52
V – Conclusion	55
VI – Bibliographie	58
Annexe 1 : Guide d’entretien final	67
Annexe 2 : Mail de demande d’entretien	69
Annexe 3 : Tableau des caractéristiques des CDS	70
Annexe 4 : Conseils à destination des nouveaux porteurs de projet	72

Résumé

Contexte : Les Centres de santé (CDS), définis par un cadre légal spécifique, constituent un recours pour lutter contre la désertification médicale.

Objectif : Recenser les freins et leviers identifiés par les porteurs de projet de CDS récemment ouverts en métropole. Restituer les pistes qu'ils suggèrent pour lever les obstacles.

Méthode : Entretiens semi-directifs auprès des porteurs de projet.

Résultats : 14 entretiens réalisés. Principaux freins ressentis : réglementaires (statut bancal du médecin salarié), professionnels (inertie du corps médical), économiques (lisibilité des dispositifs d'aides) et institutionnels (compétences des acteurs locaux) avec, en toile de fond, des problématiques liées aux inégalités territoriales. Principaux leviers identifiés : entraide mutuelle entre CDS, le leadership des porteurs de projet, le volontarisme ou un soutien politique.

Conclusion : Lever les obstacles à la création des CDS favoriserait leur développement.

Mots clés :

Centres de santé ; Soins de premier recours ; Salariat ; Freins ; Leviers

Liste des abréviations

AMC : Assurance Maladie Complémentaire

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Équipe

CAIM : Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CDS : Centre de Santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMS : Centre Municipal de Santé

COSP : Collaborateur Occasionnel du Service Public

COSCOM : COntat de Stabilisation de COordination Médecin

COTRAM : COntat de TRAnsition pour les Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSTM : Contrat de Solidarité Territoriale Médecin

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

FNCS : Fédération Nationale des Centres de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires

PDS : Pôle De Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PH : Praticien Hospitalier

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SCIC : Société Coopérative d'Intérêt Collectif

USMCS : Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé

I- Introduction

Les médecins généralistes occupent aujourd'hui une position centrale parmi les acteurs de soins de premier recours. Tels que définis depuis 2009 dans le Code de la Santé Publique [1], ces soins intègrent non seulement une mission curative mais aussi des missions de prévention et d'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social, entre autres. Nombre d'auteurs considèrent que le système de santé français, construit historiquement sur un modèle curatif hospitalo-centré et sur une médecine de ville d'exercice libéral isolé et rémunérée uniquement à l'acte [2][3], constitue désormais un cadre inadapté à ces missions qui requièrent, entre autres, la coordination d'interventions de professionnels du secteur sanitaire et social différents et nombreux. On peut lire la (ré)émergence de structures de soins coordonnées (Maison de Santé Pluriprofessionnelle, MSP, et Centre de Santé, CDS) comme une forme de remise en question de ce cadre, l'exercice regroupé ayant vocation à se transformer en exercice coordonné sur un territoire.

Peu connus du public et des professionnels de santé, les CDS existent pourtant depuis plus de 70 ans et leur nombre dépasse les 1800, répartis en CDS dentaires (>600), infirmiers (>400), médicaux (>100) et polyvalents (>300) [4][5]. D'un point de vue réglementaire, ils répondent à une définition spécifique du Code de la Santé Publique [6] qui leur donne des obligations les distinguant des structures libérales, principalement la dispense d'avance de frais (tiers-payant) et la tarification en secteur 1. Les professionnels de santé y sont salariés (paiement à la fonction) mais le financement de la structure dépend essentiellement des actes. Les recettes sont complétées par des financements conventionnels, encadrés par l'accord national [7] conclu en 2015 entre les représentants des gestionnaires de CDS et l'assurance maladie et modifié par un avenant applicable depuis novembre 2017 [8]. Elles le sont aussi parfois par des financements extérieurs. Les gestionnaires autorisés à créer et gérer des CDS sont les collectivités territoriales, les organismes à but non lucratif (mutuelles, associations loi 1901, etc), les établissements de santé et, depuis une ordonnance de janvier 2018, les Sociétés Coopératives d'Intérêt Collectif (SCIC). Le gestionnaire élabore un projet de santé et un règlement de fonctionnement. Il doit de plus prendre un engagement de

conformité. En cas de manquement, la procédure enclenchée peut entraîner la fermeture du CDS [9].

Ces structures semblent connaître un regain d'intérêt comme en témoigne la hausse du nombre d'ouvertures au cours des dernières années. C'est que, comme les MSP, les CDS ont, entre autres objectifs, celui de "*maintenir une offre de santé suffisante sur le territoire, moderne et de qualité, tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels*" [10], objectif attractif dans un contexte de crise de la démographie médicale [11]. Les gestionnaires de ces CDS sont principalement des collectivités territoriales, parfois des hôpitaux ou des associations. La motivation des collectivités semblent être principalement la résolution d'un problème de désertification médicale, présent ou prévisible en raison d'un ou plusieurs départs non remplacés de médecins généralistes. La création des CDS associatifs, regroupant souvent des professionnels de santé et des travailleurs sociaux, parfois des usagers, apparaît guidée par une aspiration à mode d'exercice qui favorise l'approche globale de la santé d'une population déterminée ou d'un territoire, prenant en compte les déterminants sociaux et tentant d'agir sur eux [12]. Les particularités du mode d'exercice en CDS semblent répondre à une évolution des attentes des soignants. Le salariat, mais aussi l'exercice coordonné avec, entre autres, des temps de concertation et la construction de protocoles pluriprofessionnels, le partage des compétences, la participation à des missions de prévention sont autant d'éléments susceptibles d'intéresser les médecins et futurs médecins [13][14].

La dynamique de création des CDS n'apparaît cependant pas comparable à celle des MSP. Nous partons de l'hypothèse que ce n'est pas seulement dû à la méconnaissance de ce mode d'exercice mais qu'il y a bien des obstacles spécifiques. Après une identification des attentes initiales des porteurs de projet de CDS récemment ouverts, nous chercherons à préciser les freins et leviers qu'ils ont identifiés. L'objectif secondaire est de recueillir les pistes d'amélioration qu'ils ont à suggérer.

II- Matériel et Méthodes

1 - Méthodes

Ce travail est une étude qualitative par entretiens semi-dirigés menés auprès des personnes identifiées comme porteuses du projet de centre de santé ou de son (ses) représentant(s). Le porteur de projet est défini comme la personne morale gestionnaire du CDS. Il s'agit pour un CDS géré par une collectivité territoriale de la collectivité, représentée par son maire ou le président de la communauté de commune ; pour un CDS associatif de l'association, représentée par son président ; pour un CDS hospitalier de l'établissement de santé, représenté par son directeur. Le porteur de projet pouvait choisir un ou plusieurs représentants ou s'entourer des personnes de son choix. Pour cette raison, les entretiens n'étaient pas nécessairement individuels.

Au vu de la problématique de l'étude, la méthode qualitative nous a paru la plus pertinente en ce qu'elle permet d'explorer les opinions et représentations des enquêtés, ainsi que leurs émotions et leurs expériences personnelles. Elle permet l'émergence de réponses non attendues par l'enquêteur. Le guide d'entretien initial, élaboré après recherche bibliographique sur la méthode et le sujet, a été retravaillé au fil des entretiens pour améliorer la compréhension des questions et la richesse des réponses. La version finale est disponible en {Annexe 1}.

Après un premier contact auprès des responsables administratifs du CDS, une demande d'entretien développant les objectifs de l'étude {Annexe 2} était envoyée par mail. Ces objectifs étaient à nouveau explicités en début d'entretien. La date et l'heure de rendez-vous étaient choisies en concertation, le lieu relevait du libre choix de l'interviewé. Réalisés par le même enquêteur qui s'est déplacé dans chaque CDS, tous les entretiens, enregistrés sur dictaphone, ont été menés à terme. Après retranscription complète par l'enquêteur, une analyse a permis de les codifier (utilisation du logiciel NVivo) et de repérer les éléments communs pour ensuite les classer en thèmes et sous-thèmes.

2 - Critères d'inclusion/d'exclusion et échantillon

Les CDS, médicaux ou polyvalents, devaient employer des médecins généralistes, être de création récente (ouverture après le 1er juillet 2012) et avec un recul suffisant pour l'analyse (ouverture au plus tard le 1er juillet 2017, soit une période de 5 ans). La gestion pouvait être municipale, intercommunale, hospitalière ou associative. La couverture territoriale était la métropole. Ont été exclus les CDS tournés vers une activité spécialisée (centres de PMI, de dialyse, etc) et les autres modes de gestion. Le choix de ces critères avait pour but d'inclure des structures dont l'activité était comparable à celle des médecins exerçant en cabinet, cabinet de groupe ou maison de santé.

Le recensement précis des centres de santé nouvellement créés est encore difficile à établir. Il n'existe pas de registre national officiel consultable. La liste des CDS pouvant être inclus a donc été établie à partir des informations données par un représentant d'une organisation nationale représentative des médecins de centres de santé - l'Union Syndicale des Médecins des Centres de Santé (USMCS) - complétées par des recherches sur internet. Les mails à l'Agence Régionale de Santé (ARS) ainsi qu'à la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) sont restés sans réponse. Nous avons recensé au total 20 CDS répondant aux critères d'inclusion, dont 17 ont été contactés. 3 CDS ne répondant pas malgré plusieurs relances ont été mis de côté. Nous avons tâché de réaliser un échantillon raisonné, en particulier en incluant des modes de gestion autres que municipaux, et les entretiens ont été arrêtés lorsqu'il nous a semblé arriver à saturation des données.

III-Résultats

1 – Caractéristiques des CDS inclus

D'après les données de l'Observatoire des CDS présentées en octobre 2017 lors du 57^e congrès des CDS [15], 253 CDS médicaux, polyvalents ou pluriprofessionnels correspondaient à nos critères d'inclusion concernant le statut du gestionnaire. Mais nous n'avons pas de précisions sur les dates d'ouverture, antérieure à la période d'inclusion dans leur grande majorité. Au final, notre étude porte sur 14 CDS : 11 gérés par des collectivités locales dont 10 municipaux et 1 géré par une communauté de communes (communes de 900 à 13 000 habitants), 2 CDS associatifs (communes de 36 000 et > 50 000 habitants) et 1 CDS hospitalier (commune > 500 000 habitants). Ils sont répartis dans 12 départements et 7 régions différentes. Ils ont ouvert entre novembre 2012 et juin 2017 (intervalle de 4 ans et 8 mois). 3 sur les 17 CDS contactés n'ont pas donné suite à nos relances. Leurs caractéristiques sont résumées dans le tableau en {Annexe 3}.

Les déplacements ont eu lieu entre février et avril 2018 (3 mois). L'entretien avait lieu avec le porteur de projet, ce dernier étant dans la moitié des cas spontanément entouré ou bien représenté par un ou des tiers (7 entretiens individuels, 5 en binômes, 1 avec 3 personnes, 1 avec 5 personnes). Il pouvait s'agir d'élus municipaux (9 dont 6 maires ou anciens maires), de fonctionnaires municipaux (6), de salariés du CDS (6, administratifs ou professionnels de santé) ou de membres du bureau de l'association gestionnaire (4). Les entretiens ont duré entre 39 et 65 minutes.

2 - Identification des attentes initiales

a - CDS gérés par une collectivité territoriale : des attentes qui découlent d'une histoire stéréotypée

Il se dégage des entretiens un **scénario à la trame similaire** pour l'ensemble des CDS gérés par une collectivité territoriale. Le territoire est confronté à une situation de **crise démographique** médicale locale, effective ou prévisible à court terme, dans un contexte départemental, régional et national défavorable. Cette carence menace la vitalité du territoire, en particulier celle des communes rurales. La volonté des élus locaux de s'emparer de la question de l'offre de soins est renforcée ou provoquée par les **sollicitations répétées des habitants**. *“Nous avons constamment des demandes des*

citoyens”(CDS6). *“Ils sont persuadés que c’est la mairie qui va répondre”*(CDS2). Pour différentes raisons dont l’indifférence, ou parfois l’hostilité, de médecins installés et/ou des problèmes d’attractivité du territoire, les **solutions libérales échouent** (dans l’ordre : recruter un médecin libéral à l’aide de mesures incitatives, monter un projet de santé, créer une MSP). Au terme de la démarche, plusieurs collectivités locales se sont retrouvées avec des **locaux vacants**. D’autres estimaient que la construction de **la MSP ne garantissait pas une amélioration de la couverture médicale**. *“On allait relocaliser l’offre existante mais sans pour autant l’accroître. On ne réglait pas le problème de fond”*(CDS1).

Les élus envisagent alors la création d’un CDS, décrite le plus souvent comme une **solution de dernier recours**, *“on s’est dit tant pis, on tente le coup avec des médecins salariés”*(CDS9), permettant de **prendre les choses en main**. Les expériences témoignant de l’existence de modèles économiques viables et la perception d’un attrait pour le salariat chez les jeunes médecins rendent l’option crédible.

L’attente principale qui semble émerger de l’ensemble des entretiens vis-à-vis du CDS municipal ou intercommunal est donc celle de tenter de garantir un accès aux soins de la population en essayant une nouvelle forme de pratique qui permette d’attirer des praticiens. Une des conditions pouvait être **l’absence de retentissement pour les contribuables** : *“on s’était engagé à ce que ça ne pèse pas sur les impôts”*(CDS3). Dans une **vision d’aménagement du territoire**, le **maintien d’une activité économique indirecte** (pharmacies, petits commerces, etc) peut être un des objectifs secondaires du CDS. *“L’idée aussi c’est de positionner (...) le village en pôle de service”*(CDS3). *“Parce que l’activité économique se développe plutôt au nord et que c’était une façon de faire en sorte que ce village vive”*(CDS10). En fin de compte, confrontées à une situation de déficit d’offre médicale, poussées par des raisons politiques (enjeux de l’accès aux soins et de l’attractivité du territoire) et par les habitants, et face à l’échec des solutions libérales, les communes se retrouvent dans une position d’**innovation malgré elles**.

b – CDS : un modèle qui permet aux non médecins d’être à l’initiative

En l’absence de médecins investis sur la question de l’offre de soins, le CDS permet à des acteurs non médicaux de prendre l’initiative et de mettre en oeuvre par cet outil un projet de santé territorial et populationnel. Nous venons de voir le cas des élus, cela peut aussi être à l’initiative des habitants. *“Une maison de santé, où les gens sont des*

libéraux, est-ce que le leadership il va venir d'un groupe d'habitants ? ça je ne pense pas"(CDS12). La gestion des CDS sous la forme associative ou coopérative, au sein d'une SCIC, permet la **représentation des habitants** dans la gouvernance de la structure et une expression de leurs attentes et de leurs besoins. C'est ce que les porteurs de projet en attendaient et ils feront "*très attention*"(CDS12) à ce que cela perdure.

c - Santé communautaire et approche globale de la santé

Un porteur de projet parle explicitement de la volonté initiale de travailler sur les **déterminants sociaux de la santé** et de s'orienter vers une démarche de **santé communautaire** [16]. Sans faire explicitement référence à cette dernière notion, d'autres porteurs de projet témoignent d'une même préoccupation de tisser des liens avec des habitants d'un territoire, "*parce qu'on voulait faire un centre de santé, pas que de soins. La santé c'est plus large*"(CDS11). La même équipe avait pour objectif de contribuer à répondre au problème d'**accès aux soins d'une population spécifique** : les patients présentant des pathologies psychiatriques. Cet objectif a servi de base pour construire un partenariat avec le CMP du secteur et plus largement avec l'hôpital psychiatrique.

Le CDS a pu être le **fruit d'une démarche communautaire** : des habitants d'un quartier populaire, accompagnés par une association, ont réalisé un diagnostic de territoire leur servant d'appui pour proposer un projet de CDS.

d - La possibilité d'une gestion collective horizontale : autogestion et égalité salariale

Un CDS se démarquait par les interrogations sociales et politiques de son équipe. Le **contrôle collectif de l'outil de travail** par les salariés, la volonté d'une "*maîtrise de tous les paramètres de notre outil de production*"(CDS8) faisait partie de leurs attentes. Comparé aux MSP, la gestion d'un CDS "*désaxe les questions budgétaires sur quelque chose de totalement collectif obligatoirement*"(CDS8). L'équipe dont il fait partie s'est donc tournée vers un statut associatif, permettant une organisation interne horizontale aussi appelée "**autogestion**", reposant sur l'absence de hiérarchie entre professionnels. La même équipe a mené une réflexion sur le salaire ayant abouti à la mise en place d'une **égalité salariale**.

e - Complémentarité ou alternative au modèle libéral ?

La création d'un CDS peut reposer sur deux conceptions différentes. Il peut être

appréhendé comme un **complément**, simplement conjoncturel, à une offre libérale qui reste le pilier de l'organisation des soins de premier recours. Il peut même servir de **"relais"** avant une installation libérale. Il est donc attendu du CDS une augmentation de l'offre de soins, qu'elle soit, à terme, libérale ou salariée.

Pour d'autres, les CDS représentent l'embryon d'une **nouvelle organisation des soins de premier recours**. Cette conception est nourrie d'une vision de **service public** plus affirmée. Les porteurs de projet peuvent être en ce sens à la recherche d'un ou plusieurs fondamentaux des CDS : **paiement à la fonction, tiers-payant intégral** et/ou des attentes en terme d'**actions de santé publique**. Les attentes des paragraphes *c* et *d* de cette partie entrent dans cette conception.

3 - Freins à la création des CDS

a - Un double sentiment de prise de risque

Prise de risque économique : la viabilité financière de la structure est le point de fixation des premiers débats en conseil municipal ou auprès des financeurs, parfois sources d'affrontements. Les porteurs de projet doivent dissiper la **Crainte d'un "gouffre financier"**(CDS2), d'autant plus qu'au vu des communes incluses dans l'étude, le budget d'un CDS est conséquent : il peut être jusqu'à l'**"équivalent à peu près au budget de la commune"**(CDS7). Cette crainte peut ralentir la prise de décision des élus locaux de se lancer. Mais le CDS étant générateur de recettes, **"on arrive à une situation où on se dit qu'on est sur un risque calculé"**(CDS13).

Prise de risque politique : plusieurs estiment qu'il faut pour se lancer un certain **"courage politique"**(CDS13). En cas de déficit, l'élu local devra en assumer les conséquences politiques. Il s'expose aussi aux critiques d'administrés qui pourraient reprocher le financement d'une activité **"qui n'est pas dans les compétences initiales de la commune, au détriment des compétences obligatoires"**(CDS3). Même à l'équilibre, il s'expose aussi aux critiques de l'administration de la fonction publique qui pourrait pointer du doigt la commune pour sa **"hausse sensible de frais de personnels"**(CDS13). Enfin, il **anticipe une hostilité de médecins libéraux en exercice** (Cf III-3-d).

A noter, souvent nommés pour concrétiser les projets, les **chargés de mission ne sont pas exempts de risques** puisqu'une fonctionnaire territoriale cite le cas d'une de ses pairs **"virée à cause du déficit du CDS"**(CDS1) de sa commune.

b – Freins expérimentaux : le prix de l'innovation

Les CDS récemment créés ont la particularité d'être localisés dans des zones géographiques où il n'y en avait pas jusque-là. Comme cela nous l'est maintes fois rappelé, ils étaient les premiers à se lancer dans le département ou la région. A l'acquisition d'une nouvelle compétence pour le porteur du projet (la santé pour la commune et la communauté de communes, les soins de ville pour l'établissement de santé, une structure de soins coordonnés pour une association) s'ajoute la méconnaissance du mode d'exercice de la part des acteurs institutionnels locaux.

Une nouvelle compétence pour les collectivités : disposant d'une **clause de compétence générale**, les communes peuvent, pour pouvoir gérer un CDS, soit intégrer la santé comme compétence nouvelle soit la déléguer à la communauté de communes. En interne, les collectivités doivent ainsi s'atteler à la **création d'un nouveau service**. En externe, elles sont confrontées à de **nouveaux interlocuteurs** : l'ARS, la CPAM, le milieu médical... Il faut apprendre "*à se connaître et puis à décortiquer les langages de chacun*"(CDS4), l'ARS étant qualifiée de "*technocratie*". Le rôle de chacun doit être précisé. **L'absence de prévision d'aménagement dédié à la santé et aux soins dans les plans de rénovation urbaine** découle de cette position hors du champ de compétences classiques des communes. Ainsi, faute d'espace dédié malgré la qualification de quartier sous-doté, un porteur de projet associatif explique avoir été retardé dans l'ouverture du CDS en raison de la difficulté à trouver un local.

Un manque de formation des interlocuteurs institutionnels : si le cadre juridique est relativement bien défini nationalement, celui-ci n'est pas forcément bien intégré par les relais locaux de ces institutions. "*Nos interlocuteurs étaient dans l'inconnu aussi. De la même manière que nous ils ne savaient pas ce qu'ils devaient faire exactement (...) donc y a eu du tâtonnement en fait, et des délais assez longs*"(CDS3). Ces délais peuvent notamment s'expliquer par un **va-et-vient dans l'institution**. "*On a eu un mail de l'ARS : tout simplement ils ne pouvaient pas nous répondre parce qu'ils attendaient eux-même des instructions dessus*"(CDS4). Ce manque d'expérience peut aussi engendrer **une perte de recettes**. "*Y a des versements qui sont automatiques soit-disant mais qu'on a toujours pas*"(CDS11). Globalement, il se dégage cependant de l'ensemble des entretiens une **évolution sensible et positive des institutions** comme l'ARS et la CPAM. Le même tâtonnement est décrit pour un acteur hospitalier. Ils sont passés d'une

phase de découverte à un **cheminement commun** avec les porteurs de projet pour, dans la plupart des cas, devenir aidants. Mais la phase initiale a été indéniablement un frein.

c – Freins réglementaires

- *Médecin salarié en CDS: un statut bancal*

Dans les CDS gérés par une collectivité, la contractualisation du médecin généraliste est toujours décrite comme une étape source de contretemps avec les institutions. A l'heure actuelle, il n'existe **pas de statut de médecin prescripteur de soins dans la fonction publique territoriale**. Le recrutement en CDS municipal se fait dans un cadre légal décrit comme *“un peu bâtard”*(CDS1) : celui de **contractuel de la fonction publique**, *“un contrat de trois ans, renouvelable une fois et au bout de six ans : CDI.”*

Le même enquêté poursuit avec une critique sévère : *“moi ça me fait hurler les CDI, c'est n'importe quoi. Ça créer une **sorte de sous-catégorie de fonctionnaires**”* (CDS13). Les conséquences soulevées à l'absence de cadre d'emploi sont multiples. Sur la **sécurité de l'emploi** du praticien; sur sa **rémunération**, notamment en raison de l'absence de grilles indiciaires, *“c'est un statut qui ne permet pas de développer une logique de carrière”*(CDS13); sur le **montant de la pension de retraite**; sur le risque de **mise en concurrence des CDS** par les médecins et donc du **risque d'inflation des salaires** : les clauses salariales étant négociables, ce type de statut expose les collectivités au risque de se faire *“concurrer par un médecin qui pourrait jouer, faut pas avoir de tabou, on peut se dire les choses, la surenchère (...). On est pas à l'abri de ça”*(CDS13).

- *Le casse-tête de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)*

La participation aux gardes pour les médecins de CDS reste fondée sur le volontariat. Elle pose le problème de la rémunération de médecins salariés dans des dispositifs pensés pour des praticiens libéraux. Les trois solutions évoquées sont jugées insatisfaisantes. Le système de **recupération des heures de garde** se heurte à un frein économique : les recettes reversées au CDS pour une garde peu pourvue ne compensent pas le manque à gagner sur le temps de récupération du médecin. Le **double statut**, *“solution proposée par l'ARS”*(CDS1), avec la réalisation des gardes sous le statut de praticien libéral, n'est pas intéressant financièrement cette fois pour le praticien car il

déclenche le versement des cotisations minimales obligatoires liées au statut libéral, amputant apparemment de trop la valeur des actes perçus. Le décompte des gardes en **heures supplémentaires** se heurte à un problème statutaire, puisque les praticiens *“sont cadres et qu’ils ne peuvent pas forcément en faire”*(CDS2). *“Nous on a appelé ça heures supplémentaires pour convertir ces heures mais c’est vrai que ça nous prend beaucoup de temps (de travail administratif)”*(CDS2). C’est notamment pour ces raisons que les médecins de seulement trois des CDS enquêtés participent à l’heure actuelle à la PDSA.

- *Le tiers-payant intégral : une gestion complexe et chronophage*

Au démarrage, le tiers-payant intégral est de **mise en place fastidieuse** en raison du grand nombre d’organismes complémentaires, avec lesquels il faut organiser un conventionnement. De plus, des CDS ont dû faire face à *“certaines mutuelles qui n’ont pas voulu jouer le jeu”*(CDS3), qui remboursaient le patient mais pas le CDS. Après sa mise en route, la réalisation du tiers-payant intégral nécessite du **temps de travail** dédié à la gestion des rejets. En raison de la surcharge de travail que cela représentait, **huit CDS ne pratiquaient pas ou avaient abandonné le tiers-payant AMC (Assurance Maladie Complémentaire) ou alors n’avaient que quelques conventions AMC.**

- *Un flou autour des règles comptables*

Il n’y a **pas de cadre réglementaire** spécifique à la comptabilité des CDS gérés par les collectivités territoriales. Certaines avaient fait le choix d’un budget annexe, d’autres d’intégrer le budget du CDS à leur budget global, au même titre que les autres services, sans évoquer d’observations de la part d’acteurs institutionnels. Des difficultés ont été soulevées dans le cadre de la gestion hospitalière où il a fallu créer de nouvelles lignes comptables pour distinguer le budget du CDS de celui de l’hôpital. **L’intervention du ministère** a été nécessaire pour débloquer la situation mais *“pour le directeur financier c’est toujours du bricolage parce qu’il a pas un cadre réglementaire(...), y a des choses qui lui ont été autorisées mais c’est pas écrit dans les textes”*(CDS11).

- *Impossibilité d’accueillir médecins salariés et libéraux dans un même bâtiment*

Un porteur de projet évoque l’interdiction de faire cohabiter dans un même bâtiment médecine salariée et libérale. Un autre porteur de projet a contourné le

problème en affectant à deux ailes d'un **même bâtiment deux étiquettes** différentes, l'une CDS et l'autre libérale, le tout intégré au Pôle de Santé. L'aile dédiée à l'activité libérale n'accueille toutefois pas de médecins généralistes.

- Un cadre réglementaire mouvant

Plus globalement, une des difficultés évoquée est l'**évolution fréquente du cadre réglementaire**, en particulier conventionnel. Cela pose particulièrement des difficultés concernant la **visibilité budgétaire**. *“Le problème c'est que les règles du jeu changent sans arrêt”*(CDS7).

d- Freins secondaires aux logiques professionnelles : une opposition libérale

Le mode d'exercice salarié génère une **résistance des partisans du modèle libéral** qui peuvent, comme en témoignent les entretiens, essayer de faire pression partout où ils ont une influence.

Auprès de l'ARS et de la CPAM : démarches, via les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) ou des syndicats libéraux, pour influencer ces institutions afin de bloquer ou freiner le processus de création de CDS, notamment en cherchant à **décrédibiliser les porteurs de projet**. Cette pression a pu aller jusqu'à engendrer le refus de délivrer un numéro FINESS, l'élu ayant dû *“intervenir à l'ARS au niveau national pour que l'ARS (régionale) nous (le) donne”*(CDS10).

Auprès des hôpitaux : ayant passé un accord avec l'hôpital de proximité, un CDS municipal devait s'installer dans un de ses locaux. L'opposition de certains libéraux a notamment reposé sur une forme de **“chantage”** envers l'hôpital : *“si vous les hébergez, nous on oriente plus chez vous”*. Sous pression, *“l'hôpital a fait marche arrière et à trois semaines de l'installation il a fallu qu'on réhabilite (des) locaux en urgence”*(CDS2).

Auprès des élus : visant à **“faire intervenir le levier politique pour bloquer le projet”**(CDS7), plusieurs ont déploré *“un lobby”*(CDS10) qui s'exerce auprès d'eux.

Auprès des étudiants : il a été déploré l'**absence d'informations** des étudiants au sein du cursus universitaire. Un porteur de projet reprochait le **discours négatif de certains maîtres de stage libéraux** : *“les médecins environnants qui ont des stagiaires (...) ils leurs disent “vous savez, n'allez surtout pas dans les centres municipaux””*(CDS6).

Démarches via les CDOM : des cas de **blocages de recrutement** au moment de l'inscription au Tableau ont été rapportés, pour des médecins hors CE avec autorisation d'exercer et pour des médecins formés en France. Il a été reproché à certains CDOM de

vouloir **décourager** des candidats *“en leur disant que ça n’allait pas fonctionner, qu’ils se lançaient dans une aventure inconsidérée”*(CDS3) ou bien de les **inciter à l’installation libérale**. *“Ils l’ont fait à chaque médecin ici”*(CDS10). Il a été rapporté une forme de **boycott**, par l’absence de réponse aux invitations officielles ou bien de relais des offres d’emplois. Enfin, il a été rapporté la prise de **mesures disciplinaires pour publicité** à l’encontre d’un futur médecin salarié présent lors d’un événement en lien avec le projet de CDS couvert par la presse.

Actions propres des médecins du territoire : il a été rapporté une **mobilisation collective** de médecins libéraux opposés au projet, type affiches contre le CDS dans les cabinets des opposants ou rassemblement de protestation. Une série de **polémiques par voie de presse** avec un président de Pôle de Santé publiquement opposé au projet a été rapportée. L’opposition peut s’exprimer également dans des cercles plus restreints, directement auprès d’un confrère salarié ou d’un responsable administratif du CDS. Il a été rapporté l’**attitude peu confraternelle** de certains libéraux, notamment en lançant des *“flèches”* en réunion, en présence de leurs confrères, disant par exemple *“qu’on ne pouvait pas faire de la bonne médecine avec un centre de santé”*(CDS1). Enfin, l’opposition peut s’exprimer directement **auprès du patient**, vraisemblablement durant le temps de consultation, en tâchant de lancer des **rumeurs pour discréditer le CDS**. En s’en prenant à la formation et aux compétences du personnel médical, *“en relayant de fausses informations, on dirait des fake news aujourd’hui. (...) Il suffit de lancer deux ou trois bruits auprès de patients qu’ils voient qui sont dans notre commune qui eux même vont relayer ça auprès de la population. C’est des petites choses comme ça, insidieuses mais voilà, ça fait très vite son chemin”*(CDS14).

e- Freins au recrutement du personnel

Aux freins professionnels, relatifs au manque d’informations des étudiants ou à l’action du CDOM, ainsi qu’aux freins réglementaires, relatifs notamment au statut du médecin, sur lesquels nous ne reviendrons pas (cf III-3-c et d), s’ajoutent les difficultés rapportées suivantes :

● Freins liés au territoire

Les CDS concernés peuvent connaître des difficultés liées à la **dynamique du territoire** ou au **mode de vie rural**, pouvant être estimés peu attractifs. La

problématique de l'emploi devient centrale lorsqu'il est nécessaire pour le (la) conjoint(e) de trouver du travail.

L'**importance de la cartographie de l'ARS** a été soulevée pour permettre de déployer l'ensemble du panel d'aides à l'installation. Sauf que ces **mesures incitatives orientaient vers l'installation libérale** puisque sur la période étudiée quasiment aucune n'était accessible aux créateurs de CDS. A l'inverse, ne pas être considéré comme zone déficitaire "*est un élément de difficulté supplémentaire pour réussir à convaincre de la légitimité du projet*" (CDS12) auprès des financeurs.

- Freins économiques

Un territoire qui s'estime peu attractif peut chercher à compenser par l'attractivité du poste, en terme de rémunération et/ou de temps de travail. Sauf que la **majoration du taux/horaire impacte l'équilibre financier** de la structure. D'autre part, plusieurs CDS rapportent un refus du poste ou une démission en raison de la **possibilité d'un revenu supérieur en libéral**, en augmentant le nombre d'actes.

Le recrutement de **personnel "non rentable"** économiquement, c'est-à-dire non ou insuffisamment générateur de recettes, pèse sur les dépenses du centre. Les postes de secrétariat ou de paramédicaux, en dehors du dispositif ASALEE, ont été cités. L'**investissement initial nécessaire à l'activité dentaire** peut être dissuasif.

- Freins professionnels

Après des années de pratique libérale, la confrontation avec le monde du salariat n'est pas sans heurts. Un porteur de projet parle de "**choc culturel**" (CDS13), notamment lié aux contraintes spécifiques du salariat, comme le fait de devoir poser ses congés. "*Demander l'autorisation à quelqu'un, qui n'est pas médecin en plus*" (CDS3) ne convenant pas à un médecin, ils se sont séparés. D'autre part, comme dans tous les secteurs, il peut y avoir des **erreurs de recrutement**.

- Conséquences : saturation du CDS, éventuels retours négatifs des habitants.

Les porteurs de projet font globalement part d'un retour positif de la population, sans que celui-ci soit réellement évalué. Mais le **turn-over**, l'**allongement des délais de rendez** et/ou le **refus de nouveaux patients** en raison de la saturation du CDS peut être source de **retours négatifs** et de **sollicitations**. "*Y a des gens qui écrivaient à la mairie pour dire "ha ben j'ai pas eu un rendez vous, est ce que vous ne pouvez pas*

intervenir ?””(CDS5). Ces demandes ont mené des élus à communiquer sur la nature et les limites du CDS.

f- Freins politiques

La **perspective d'élections municipales** avant la possibilité d'ouverture du CDS peut freiner la volonté des élus de se lancer dans un projet qu'une nouvelle équipe pourrait abandonner ou reprendre à son compte. Après l'ouverture, un porteur de projet évoque l'impact que peut avoir un **changement d'équipe municipale** sur la gestion du CDS, en particulier en exerçant une pression budgétaire : des communes *“rallongeaient le budget pour le boucler. Sauf que ça a changé de couleur politique et que maintenant ils sont obligés de serrer les boulons”*(CDS7).

Un autre rapporte le discours d'élus verbalisant la **Crainte d'un risque politique** à recruter des médecins *“qui politiquement sont pas comme toi”. (...) Y a quand même des maires de commune un peu importante qui lui ont dit ça”*(CDS13).

Au sein du conseil municipal **les oppositions semblent rares**. Un porteur de projet rapporte cependant une **confusion des conseillers municipaux** entre les différents termes (MSP, CDS, Pôle de Santé). Ils *“votent chaque année le budget, je suis pas sûr qu'ils aient encore compris que nos médecins sont salariés”*(CDS1).

g- Frein social : crédibilité des porteurs de projet

Des porteurs de projet expriment des difficultés ressenties du fait de marqueurs sociaux entachant leur crédibilité aux yeux des acteurs institutionnels : l'origine sociale (être issu d'un quartier populaire), le genre (féminin) et le jeune âge.

4 - Leviers facilitant la création de CDS

De l'avis de la plupart des enquêtés, l'élément indispensable à la réussite du projet est la volonté politique. L'un d'eux rappelle que malgré tous les obstacles, lorsqu'un *“conseil municipal a émis l'intention de monter un CMS, normalement personne n'a la possibilité de s'y opposer”*(CDS13).

a - L'apport de structures modèles

Les porteurs de projet se sont *tous* appuyés sur l'**expérience et la solidarité de CDS déjà existants**. L'accompagnement a consisté à des visites, des échanges verbaux et de documents entre élus et entre fonctionnaires en amont de l'ouverture et au décours.

b - La Fédération Nationale des CDS et l'Union Syndicale des Médecins de CDS

Quasiment tous les centres étaient membres de la FNCS. Son action, comme celle

du syndicat cité à deux reprises, a été jugée dans l'ensemble de manière très positive. Il ressort à l'évocation de ces organismes ressources une **expertise** pour répondre aux questions réglementaires et techniques, la capacité de fournir un argumentaire aux porteurs de projet, l'apport d'une vision extérieure globale et la possibilité de porter des problématiques jusqu'au **ministère**, levier politique quasi-inaccessible pour une petite commune. L'action de la FNCS a pu se traduire par des **interventions directes**, en se déplaçant sur site pour débloquer des situations, notamment auprès de la préfecture ou le CDOM. Le **congrès des CDS**, organisé par l'USMCS, a été cité comme étant un temps de recueil d'informations, de partage d'expériences, permettant de prendre du recul. L'action de la FNCS est importante au yeux d'un interviewé *“parce que y a que la fédération des centres de santé qui défend les centres de santé”* (CDS5).

Bémol de deux porteurs de projet : tout en reconnaissant que la FNCS soit aidante, ils expriment une **difficulté à la prise en considération des problématiques spécifiques** des CDS médicaux de petite taille des communes rurales ou des CDS associatifs comparés aux CDS de la couronne parisienne.

c – Une reconnaissance... tardive ou a posteriori

Plusieurs porteurs de projet constatent un changement d'attitude insuffisant mais sensible de la part des services de l'État et des élus. *“Les CMS ont longtemps été tabous au plus haut sommet de l'État, et (...) en 2012 pour la première fois (la ministre de la santé) identifie les CMS comme l'une des alternatives donc pour une fois ils existent”* (CDS13). Un interviewé se réjouit de constater qu'après l'ouverture du projet des acteurs institutionnels initialement réticents reconnaissent publiquement l'apport du CDS à l'offre de soin ambulatoire locale. Ces reconnaissances locales et nationales contribuent à lever les doutes d'autres porteurs de projet.

d– Levier politique local et national

Plusieurs témoignages convergent pour dire que l'ouverture d'un CDS nécessite *“qu'il y ait un certain soutien politique derrière, surtout pour une petite commune”* (CDS7), que ce soit un député, un sénateur, un préfet, un président de région, un maire (pour les CDS associatifs), voire un appui ministériel. Certains **recrutements** ont été réalisés via le réseau d'élus.

Les consignes peuvent aussi venir directement des sommets de l'État. Un porteur de projet fait état d'un concours de circonstances ayant influé temporairement sur les

priorités nationales. *“A ce moment là la commande du ministère à l’ARS locale c’était “il faut s’occuper de la santé dans (c)es quartiers”, ils avaient trois dossiers sous le coude, ils s’en sont servis”(CDS11).*

e- Leviers institutionnels, associatifs et participation habitante

Comme le dit un porteur de projet, *“la difficulté a été de **trouver le bon interlocuteur** chaque fois au sein des différents organismes sollicités. Quand on a réussi à le trouver, ils se sont investis malgré tout. Ils ont fait en sorte de nous ouvrir les portes et de nous permettre de créer ça”(CDS3).* Des institutions municipales (CCAS, Centre socio-culturel, atelier santé-ville) ont également pu être aidantes.

Le **partenariat avec un organisme d’envergure**, comme un centre hospitalier, est décrit comme un facteur aidant. *“Ça nous a fait un porteur de projet institutionnellement solide avec une écoute au niveau des décideurs : région, ARS, préfecture, etc”(CDS11).*

Le **tissu associatif local** a parfois contribué à la création du CDS . Un porteur de projet a fait appel à des **organismes de formation** en éducation populaire et en sociologie. Ces acteurs, avec **les habitants**, peuvent contribuer à la réalisation d’un **diagnostic de territoire** qui peut, entre autres, servir d’appui pour défendre la légitimité du projet auprès des financeurs.

f- Leviers professionnels

Plusieurs porteurs de projet constatent malgré tout une plus grande **facilité de recrutement** qu'en libéral, avec dans certaines structures des candidatures spontanées. Cette facilité peut être renforcée par la présence dans l'équipe d'un maître de stage. Bien que non spécifique, les CDS peuvent aussi bénéficier du **dispositif ASALEE** permettant de recruter sur un poste infirmier dédié à la prévention et au travail d'équipe.

L’implication de soignants du territoire (médecins libéraux ou hospitaliers, paramédicaux) est évidemment aidante, notamment pour la rédaction du projet de santé. Plusieurs porteurs de projet citent le recrutement de **personnel ayant travaillé en CDS**, administratif ou médical, ou bien connaissant le tissu institutionnel, comme un facteur important, permettant *“d’éviter quelques pièges, pas tous”(CDS13).*

g- Patrimoine immobilier déjà existant des collectivités

Les collectivités disposent d’un **patrimoine déjà existant** qu’elles peuvent potentiellement mobiliser pour la création du CDS sans avoir à se lancer dans la

construction de neuf. Elles peuvent aussi en faire bénéficier à une association gestionnaire d'un CDS, la plupart du temps via la location des locaux. Rester propriétaire peut être vu comme sécurisant, *“parce que si un jour ça devait passer à autre chose, le bâtiment resterait communal”*(CDS7).

h- Un levier à double tranchant : la communication.

Pour certains enquêtés, la communication sur le projet a fait partie d'une **stratégie de mise en lumière**, notamment pour la réussite de financement participatif. Pour d'autres une médiatisation involontaire fut bénéfique, notamment pour le recrutement. Elle est limitée car elle expose au risque de s'apparenter à de la publicité - et donc au risque de mesures disciplinaires.

5 - Freins et leviers économiques

a - Un déficit assumé, un objectif d'équilibre le plus souvent

Certains porteurs de projet assument l'idée d'un déficit chronique épongé par la collectivité locale. La plupart des collectivités et tous les autres gestionnaires affichent cependant un objectif d'équilibre, autonome (recettes liées aux actes, complétées par les financements obligatoires - forfait médecin traitant, ROSP, Accord National) ou avec une part limitée de subventions de fonctionnement sur appels à projet, avec un délai prévisionnel de généralement 2-3 ans. Dans les deux cas, que ce soit un déficit envisagé comme transitoire ou permanent, il est **anticipé et assumé**. *“Vous savez, dans une commune il y a plusieurs compétences. Il y a la compétence enfance-jeunesse, y a la compétence culturelle, y a la compétence médicale. Chacun a ses déficits. Et bien voilà, on a intégré ça dans le déficit de la commune”*(CDS6).

A noter que par “équilibre” les porteurs de projet entendent l'**équilibre sur les frais de fonctionnement**. Un enquêté rappelle que *“le vrai déficit, très clairement, c'est la partie amortissement des murs, c'est les locaux. Puisqu'à partir du moment où on a nos salariés de la structure on ne les loue pas”*(CDS13). Mais le même enquêté souligne l'**absence de retour négatif de la chambre régionale des comptes** après un contrôle de gestion approfondi comme un argument solide en faveur de la viabilité de son CDS.

b- Freins économiques : les dépenses

Offrir de bonnes conditions de travail est un facteur d'attractivité, d'où l'importance que les porteurs de projet accordent aux locaux et à l'équipement mis à disposition *“comme à tout agent communal”*(CDS3). Mais l'**investissement conséquent**

initial ne repose généralement que sur la commune, comme le déplore plusieurs porteurs de projet. *“En fait financièrement **on a été seuls** aussi. Je veux dire c’est un projet qui a été porté intégralement par la commune”*(CDS3).

La période suivant l’ouverture est *“la partie portage du projet ou on paye des salaires alors qu’y a pas de patients, ça peut pas s’équilibrer”*(CDS4). Cette **montée en charge**, présente dans tous les secteurs d’activités, se fait cependant globalement plus rapidement que prévu. *“On avait fait une étude basse et une étude haute, (...) dès que ça s’est su qu’il y avait un médecin on a été dans la fourchette haute, tout de suite”*(CDS7).

La **masse salariale** est de loin la première source de dépenses de fonctionnement. Un **congé maternité** a été rapporté comme source de dépenses partielle de salaires avec perte de recettes pour l’employeur. L’attractivité du territoire et des conditions de travail peut être complétée par le **niveau de rémunération**, en jouant sur le taux/horaire ou l’échelon de la grille PH de référence, c’est-à-dire augmenter le salaire et/ou diminuer le temps de travail. *“Nous on a souhaité les payer plus pour qu’ils soient bien etc et qu’ils restent”*(CDS7). Cela augmente d’autant les dépenses. Et le corollaire des difficultés à attirer un médecin en l’absence de statut de la fonction publique est le développement d’un **marché de l’emploi de médecins salariés déséquilibré**, comme l’ont déploré plusieurs porteurs de projet. Cela engendre une **variabilité du salaire** entre différentes structures, mais aussi parfois au sein d’une même structure. Les médecins peuvent jouer la surenchère : *“vous savez nos jeunes, mais même les médecins en règle générale, ils sont en train de faire leur marché hein”*(CDS9). Ou bien les employeurs font face à des intermédiaires coûteux et pas toujours fiables. C’est ce qui amène à remettre en question l’efficacité de l’argent dépensé dans les **campagnes de recrutement**. Que ce soit pour la publication d’**annonces** d’offre d’emploi : *“vous achetez une demi page pour 1200 euros et puis y a aucun contact. C’est des coups d’épée dans l’eau”*(CDS9). Ou bien que ce soit via des **cabinets conseils**, qui proposent un candidat “prêt à l’emploi”, avec les documents nécessaires à l’installation et parlant correctement le français en cas d’origine étrangère. Le prix à payer auprès d’un cabinet de recrutement pour *“un médecin roumain, c’est dix sept mille euros. Voilà. Et puis six mois après vous le voyez partir et vous savez pas pourquoi. Parce qu’ils essaient de le recaser. C’est comme un club de foot hein, on fait un marché, on achète un produit, je suis désolé de parler comme ça, et puis on essaie de faire une plus-value, de le revendre*

ailleurs”(CDS9). Certains y ont tout de même recours. A propos des filières de recrutement étrangères, certains n’y voit pas d’inconvénient voire les trouvent sous-exploitées. Ce n’est pas le cas de tous : problème de la langue, problème de compétences, *“on a dit stop au niveau des médecins roumains parce que (...) ils recherchaient pas ce que nous on leur proposait”*(CDS7).

b – L’accord national : un levier encore difficile à manier

Un porteur de projet analyse ce financement complémentaire aux actes comme la **reconnaissance économique partielle de missions réalisées par le CDS** (dont l’accueil de personnes précaires, la pluriprofessionnalité, etc.) et insiste sur la différence qu’il y a à faire avec des subventions. Plusieurs enquêtés ont tenu compte d’emblée de ces indicateurs. *“C’est vraiment un élément important de l’équilibre budgétaire”*(CDS12). Il permet d’envisager **atteindre l’équilibre sans subventions**. Mais les **griefs** contre les dispositions de l’accord national et sa gestion restent nombreux :

> **Inadéquation aux structures de petite taille non polyvalentes**. La base de calcul des indicateurs repose sur une file active de 4 000 patients-médecin traitant. D’après les enquêtés, la file active de patients-médecin traitant ne reflètent pas forcément l’activité du CDS d’une part {Annexe 3} et d’autre part cet objectif n’est pas atteignable avec 1 ou 2 médecins. Ce dernier facteur limitant a aussi été relevé pour d’autres indicateurs : l’amplitude horaire, la fonction de coordination, les concertations et protocoles pluriprofessionnels. Les compensations forfaitaires des concertations pluriprofessionnelles semblent être perçues comme **insuffisantes**. Un porteur de projet ajoute l’idée de **l’absence de tradition dans la culture libérale** de ce genre de concertation. Et les professionnels de santé libéraux du territoire n’étant en général pas rémunérés pendant ces temps de réunion, il est difficile d’obtenir leur participation.

> **Manque de formation des acteurs institutionnels**, ce qui peut rendre plus difficile l’atteinte des objectifs. *“Nous on est plus au courant forcément que les personnes des CPAM à qui on ne fait aucune formation. Et par contre c’est les seules personnes à qui on peut poser les questions donc c’est des allers-retours longs et fatigants quoi, c’est épuisant”*(CDS8). *“Là ils sont incapables (...) de nous fournir un tableau des objectifs à atteindre”*(CDS7).

> **Retards de paiement, demandes de remboursement incomprises et absence d’outil de simulation pour réaliser les calculs**. Les demandes de

remboursement peuvent faire l'objet de **recours gracieux** ou de négociations. Il n'empêche qu'elles peuvent mettre en difficulté des structures encore fragiles en générant une **instabilité budgétaire**. *“On ne peut pas tenir comme ça. (...) Il faut que nous en tant que gestionnaire on puisse avoir une visibilité et de trésorerie et de budget quoi”*(CDS8). C'est pourquoi, pour plusieurs enquêtés, la rémunération en rapport avec l'Accord national reste encore une **ligne budgétaire facultative**. *“On sait qu'on va l'avoir, mais on sait pas à l'avance quel sera le montant.(...) C'est une recette qui vient en plus au bilan et qu'on comptabilise”*(CDS3). Il a aussi été noté de la **confusion avec les versements de la ROSP** (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique).

c- Leviers économiques hors accord national

Liés à l'activité : chaque gestionnaire a un objectif de **nombre d'actes** et en fait part au personnel médical. Son augmentation reste un levier pour augmenter les recettes, *“en étant un petit peu plus heu... plus productif, c'est à dire en voyant plus de malades”*(CDS5). L'augmentation de la file active de **médecin traitant du CDS** est citée comme moyen d'augmenter les recettes mais il implique un engagement de prise en charge des parcours des patients, limité donc par l'effectif médical. S'il y a possibilité de recrutement et d'investissement, l'**activité dentaire** d'un CDS est vue comme un moyen qui permettrait de dégager un excédent pouvant compenser une éventuelle activité de médecine générale déficitaire. Certains ont été encouragés à sa mise en place par la FNCS. La participation à la **PDSA**, source potentielle de recettes, s'avère difficile à mettre en place pour les raisons vu partie III-3-c. La **ROSP** est une source de recettes mais sur laquelle le gestionnaire n'a pas de prise et pouvant être limitée par les fonctionnalités des logiciels métiers en terme de requêtes.

Financement extérieur : deux CDS ont fait appel à une **souscription publique**, ou financement participatif, destinée à constituer un fond de caisse pour les premiers salaires. Les sommes récoltées ont dépassés 20 000 et 70 000 euros, dans les deux cas les objectifs ont été atteints. Plusieurs structures bénéficient de **financements publics ou privés** sur appel à projet pour une part minoritaire de leur budget. Un porteur de projet fait état de la **participation d'autres communes** au budget du CDS municipal. *“Ils ont accepté de participer au déficit de fonctionnement du centre de santé en proportion (...) de nos populations respectives”*(CDS1). Les **aides à l'investissement sont jugées insuffisantes**. Le **mécénat** a été évoqué une fois à ce propos.

Limiter les frais de personnel : certains dispositifs permettent d'assurer l'embauche de personnels qui ne génèrent pas ou peu de recettes mais participent au bon fonctionnement des CDS. En plus du **dispositif ASALEE** pour un poste infirmier, plusieurs structures avaient recours aux **emplois aidés** pour le poste de secrétariat d'accueil. Le poste était alors étiqueté « secrétaire administrative » et non pas médicale, *“l'inconvénient c'est qu'il fallait en changer souvent, les re-former etc.”*(CDS7). La possibilité de **reclassement interne** a été évoqué. Les élus réalisent un **travail bénévole**, *“parce qu'on considère que bon, en tant qu'élu c'est un service à rendre à la population”*(CDS7). C'est le cas aussi pour les membres du comité d'administration d'un CDS associatif. La multiplication des réunions entraînant une perte de temps de consultation, un porteur de projet rapporte que le personnel médical est régulièrement amené à faire des **réunions sur son temps libre**.

6 - Doléances et suggestions

Les enquêtés reconnaissent globalement que les CDS sont un concept viable financièrement répondant à une attente de la population et des médecins. Certains expriment une déception car ils s'attendaient à recruter plus facilement, en particulier de jeunes médecins, mais dans l'ensemble leur expérience confirme l'attrait pour ce mode d'exercice. Tous partagent l'idée que sans le CDS la situation serait pire. La plupart expriment une vision en “deux étapes” : d'abord répondre à l'urgence, pérenniser la structure en stabilisant l'effectif et le modèle économique. Puis, dans un second temps, déployer le potentiel du CDS. Les projets évoqués sont alors variés : recruter ou former un médecin coordonnateur ou maître de stage, créer une activité dentaire, agrandir le CDS ou déployer des antennes dans d'autres communes, mettre en oeuvre des actions de promotions de la santé, développer la télémédecine, formaliser et développer des partenariats, recruter d'autres professionnels de santé, etc. Mais globalement, les porteurs de projet ne se sentent pas suffisamment accompagnés.

a - Un traitement inégal comparé aux MSP et aux praticiens libéraux

La plupart des enquêtés déplorent que la majorité des **aides à l'installation**, des **aides à l'investissement** et des **services** n'aient été disponibles que pour les libéraux et les MSP mais pas pour les CDS. C'est pourquoi ils réclament un **alignement des aides et un traitement similaire aux MSP**. Certains expriment aussi la volonté d'une plus

grande reconnaissance : *“qu’on arrête de nous oublier, parce qu’on parle tout le temps de la médecine libérale, moi je voudrais qu’on parle de la médecine de ville”*(CDS11).

Un porteur de projet se démarque en étant d’avis qu’il faudrait **inverser la hiérarchie des aides**. Pour lui, *“la logique purement immobilière”* d’aide aux MSP, combiné à toutes les aides à l’exercice libéral *“c’est de l’argent public qui est mal dépensé”*(CDS3) car il n’accompagne pas un changement des pratiques.

b – Suggestions des enquêtés pour faciliter la création des CDS

- ***Au niveau juridique***

Création d’un statut de praticien prescripteur de la fonction publique. Avec le soutien d’un sénateur, une commune a déposé une proposition de loi en ce sens [17].

Résoudre la problématique juridique des gardes. Liée à la question du statut du médecin. En attendant, que l’ARS donne son feu vert pour les conventions COSP (Collaborateurs Occasionnels du Service Public)

- ***Au niveau institutionnel***

Création d’un organisme unique de pré-conventionnement centralisant l’ensemble des régimes de sécurité sociale et des organismes complémentaires. Le CDS aurait simplement à s’y affilier pour mettre en place le tiers-payant intégral.

Cartographie prospective de la démographie médicale, tenant compte de l’âge des médecins, avec mise à jour plus fréquente. Une zone non déficitaire peut très vite le devenir si les médecins du territoire sont proches de la retraite.

Formation du personnel institutionnel. Afin *“que les services de l’Etat qui sont en première ligne quand même sachent ce qu’ils doivent faire lorsqu’un centre municipal de santé est en projet”*(CDS3).

Informers les étudiants sur le mode d’exercice en CDS, voire offrir la possibilité aux collectivités locales d’intervenir pour présenter le CDS et le territoire.

- ***Au niveau de l’Etat***

Agir sur le *numerus clausus* pour augmenter le nombre de médecins formés.

Valorisation des indicateurs de l’Accord National. Être plus contraignant sur certains critères, comme les réunions de concertation pluridisciplinaire, *“quitte à ce qu’ils soient mieux rémunérés”*(CDS8).

S’affranchir de l’influence des lobbies libéraux. *“J’aimerais que les collectivités publiques, je parle de la région, du département, soient moins sous l’influence des lobbies”*(CDS10).

- Au niveau des organisations représentatives nationales des CDS

Création d'une structure référente dans l'aide à la création.

L'accompagnement de la FNCS repose sur des bénévoles. Les CDS sont très régulièrement, "au moins une ou deux fois semaine"(CDS2), sollicités par d'autres porteurs de projet et réalisent un compagnonnage dont ils ont eux-mêmes bénéficié. Il peut y avoir des problèmes de disponibilité de ces acteurs. Ceux qui en avaient eu écho citaient la Fabrique des CDS, association en cours de création au moment de l'enquête, qui devrait être "une aide vraiment importante"(CDS2).

Développer des antennes régionales de la FNCS, comme le font les MSP, avec proposition de services "d'aide au montage de projet, de formations"(CDS12).

Partenariat avec des organismes d'autres pays pour trouver de nouvelles filières de recrutement. La FNCS pourrait servir d'intermédiaire auprès des conseils de l'ordre espagnol ou portugais.

c - Suggestions apportant des modifications structurelles au modèle d'organisation des soins de premier recours.

- Portage par une structure supra-communale et maillage territorial

Pour les élus interviewés, le portage communal de la structure est plutôt un choix par défaut et n'est pas exempt de problèmes. Le CDS rayonne au-delà des limites de la commune. Une fois saturé, le gestionnaire pourrait augmenter sa capacité d'accueil, mais aux risques d'**augmenter les difficultés de gestion** et le déficit, de s'éloigner du terrain, etc. : "j'aurais peur que ce soit sa condamnation moi en fait"(CDS1). Le gestionnaire pourrait aussi estimer que ce serait aux communes alentours de se doter d'un CDS, mais dans ce cas au risque d'une **concurrence entre territoire**, notamment au niveau de la rémunération des médecins, qui "pourrait exploser et remettre en question la survie financière des structures"(CDS3). D'où l'idée avancée d'un **portage par une communauté de communes**, "avec éventuellement des antennes sur le territoire quoi"(CDS3).

Un porteur de projet, pour qui, idéalement, le rôle de la gestion des CDS devrait incomber à l'Etat, fait référence à l'expérience "magnifique" du département de Saône et Loire qui a créé "un **centre de santé départemental** (...) Ça je trouve que c'est déjà mieux parce qu'on est déjà dans une supervision"(CDS1).

Un porteur de projet avance la vision d'un **portage hospitalier en collaboration avec les collectivités locales**, permettant un **maillage national**. Partageant la vision de territoire, un CDS associatif a réalisé un "zonage" : seuls les patients domiciliés dans cette zone pouvaient choisir la structure comme médecin traitant.

- Sortir la structure du paiement à l'acte

Le paiement à l'acte induit une dichotomie entre personnel économiquement rentable, c'est-à-dire générateur de recettes propres, et personnel non ou insuffisamment rentable. *"Alors que nous dans notre fonctionnement politique vis-à-vis de la santé on considère que les personnes de l'accueil sont autant des soignants et des soignantes que le reste quoi"*(CDS8). Le **paiement à la capitation** est avancé comme alternative.

- Régulation publique de la démographie médicale

Un porteur de projet estime que *"c'est plus au niveau de l'Etat aujourd'hui d'agir"*(CDS14). Prenant l'exemple des enseignants et des pharmaciens, il se dit persuadé *"que à un moment donné il va falloir aussi peut-être **imposer des choses en terme d'installation**"*(CDS14).

Maillage territorial, régulation publique de la démographie médicale, statut de praticien de la fonction publique payé à la fonction et paiement de la structure à la capitation (ou autre alternative au paiement à l'acte) : certaines propositions dessinent les contours d'une nouvelle organisation des soins de premier recours. C'est ce qu'exprime, à sa manière, un porteur de projet : *"on met à mon avis trop de moyens à essayer de perfectionner la bougie alors qu'il faudrait inventer l'ampoule"*(CDS3).

IV – Discussion

1- Forces et limites de l'étude

a- Forces de l'étude

Peu de travaux sont consacrés aux CDS et, à notre connaissance, aucune étude en France ne s'était intéressé au point de vue des porteurs de projet de CDS récemment créés. On peut lire la relative facilité de recrutement ainsi que la participation de plusieurs maires aux entretiens comme un témoin de leurs intérêts pour le sujet. La participation a pu être facilitée par le crédit accordé au directeur de thèse lorsqu'il a été accompagnateur du projet ainsi que par la position de jeune médecin généraliste de l'enquêteur. Certains porteurs de projet semblaient par ailleurs espérer retirer des bénéfices secondaires de l'entretien (mise en lumière des CDS, pistes pour le recrutement, etc). Le discours a été facilité par le déplacement de l'enquêteur sur place, renforçant probablement l'implication des enquêtés.

L'échantillon était diversifié tant sur le plan géographique que des fonctions des interviewés et des modes de gestion. Au vu du nombre d'ouvertures de CDS recensées sur la période par l'investigateur, le taux de participation à cette étude est plutôt élevé (14 CDS sur 20 ouvertures recensées sur la période, dont 1 sur 3 CDS hospitaliers et 2 sur 3 CDS associatifs), malgré le sujet parfois source de controverse locale. Tous les entretiens ont été menés à terme. L'enquête s'est poursuivie jusqu'à saturation des données.

Les entretiens individuels limitent l'influence réciproque et préservent la sensibilité des sujets. Lorsqu'ils étaient réalisés en petit groupe, la liberté laissée aux porteurs de projet de se faire représenter ou accompagner de la personne de leur choix limitait ces risques. De plus la différence de fonction des enquêtés présentait l'avantage d'ouvrir à différents points de vue (plus politique pour l' élu et technique pour le fonctionnaire) et d'enrichir le discours, à la condition que le rapport hiérarchique n'interfère pas trop.

Basée sur l'expérience des porteurs de projet, cette étude se rapproche d'un "diagnostic". Elle dresse un état des lieux des facteurs aidants et des obstacles ainsi que des suggestions concrètes pour les lever. En ce sens, elle pourrait contribuer à sa mesure à faciliter la création de CDS.

b- Limites de l'étude

Trois CDS n'ont pas répondu et nous n'avons pu recenser l'ensemble des CDS ouverts sur la période par absence de données nationales, ce qui induit un biais de sélection et une sous-estimation du nombre d'ouvertures. Pour les non répondants, on peut émettre l'hypothèse que l'absence de réponse soit liée à des difficultés que le porteur de projet -notamment pour des raisons politiques- ne souhaiterait pas aborder. D'autre part, n'ayant pas été accompagnés par la FNCS ou bien par mon directeur de thèse, peut-être se sentaient-ils moins "redevables". Pour les CDS non recensés, on peut émettre l'hypothèse que leur isolement a rendu les choses plus compliquées encore et peut-être que d'autres points d'appui auraient été identifiés.

Le délai entre la date de l'entretien et la date d'ouverture du CDS peut parfois être jugé comme trop court pour apprécier correctement certains aspects du bilan du CDS, notamment sur le plan budgétaire, en l'absence d'année complète de référence. C'est particulièrement le cas pour les deux CDS visités à 10 mois de leur ouverture.

Bien que ne faisant pas consensus[18], l'absence de double codage pourrait fragiliser la validité interne de l'étude. Le biais de mémorisation est inhérent à l'étude rétrospective. Enfin, les propres représentations et hypothèses préalables du chercheur ont pu influencer sur l'analyse des entretiens et la présentation des résultats, entraînant un biais d'interprétation et de présentation.

2- Interprétation des résultats

a- Inadéquation du mode d'exercice historique : le choix d'une adaptation incrémentale

Afin d'éclairer le contexte contradictoire dans lequel s'inscrit le développement des CDS et, plus généralement, des pratiques coordonnées, il nous semble nécessaire de soumettre à la discussion quelques éléments généraux.

La société française fait face à une transition démographique (vieillesse de la population) et épidémiologique (de la prédominance des maladies infectieuses à la prédominance des maladies chroniques et dégénératives)[3][19]. En parallèle, s'accumulent les données de la littérature qui démontrent le poids décisif des déterminants sociaux de santé[20]. C'est principalement de ces constats que découlent la nécessité de prises en charge impliquant une action territoriale coordonnée entre différents professionnels du secteur sanitaire et social. Pourtant, le système de santé

actuel demeure un système de soins [21] fondé sur une vision de la santé et de la maladie comme étant le résultat d'un processus purement biologique et au sein duquel le premier recours repose sur une pratique libérale isolée, rémunérée à l'acte, répondant à la demande individuelle d'une patientèle au détriment des besoins de santé mesurés au niveau d'une population[2].

Les contradictions entre les caractéristiques de ce mode d'exercice dominant d'une part et les contraintes d'ordre social (régime conventionnel de la sécurité sociale établissant une demande solvabilisée par un financement collectif[22]) ainsi que les problématiques de santé publique d'autre part, justifient l'utilisation du terme de crise au sens de *"l'état de « rupture d'équilibre » dans lequel est plongée la médecine en tant que système social et collectif"*[23]. Le diagnostic, sous des vocables divers, est posé par certains interviewés dans notre étude et reconnu par différents acteurs issus du monde politique, institutionnel, professionnel ou universitaire[2][3][24][25]. Résoudre cette crise implique une transformation du système de santé permettant de surmonter ces contradictions et d'aboutir à un nouvel équilibre où l'ambulatoire reposerait sur des structures de soins intégrés, relevant d'une coordination territoriale comprenant des logiques de santé publique, comme peuvent le prétendre les MSP et les CDS. Réformer le système de santé en ce sens est un point de vue qui semble consensuel au niveau des décideurs, comme en témoigne dernièrement le plan santé du gouvernement présenté en septembre 2018[26], appelant notamment *"à un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé (...) à l'échelle d'un territoire"*.

Mais les acteurs engagés dans une démarche de mise en adéquation du système de santé aux enjeux actuels se heurtent à plusieurs obstacles. Un des freins que nous avançons, retrouvé dans notre étude, est d'ordre professionnel. Les médecins généralistes, en tant que corps social, sont imprégnés de logiques professionnelles auxquelles nous proposons d'appliquer la définition des logiques institutionnelles de certains sociologues : *"des pratiques matérielles, des suppositions, des valeurs, des croyances, des règles qui sont socialement construites et modelées par l'histoire"*[27]. On pourrait illustrer ce concept par l'exemple de la multiplication des structures de soins coordonnées, en particulier des MSP, qui s'accompagne moins qu'espéré d'un changement des pratiques. Une étude nationale relativement récente sur les MSP montre en effet *"un très faible niveau des pratiques innovantes favorisant le travail*

interprofessionnel et interdisciplinaire”[28]. C’est que les pratiques de soins coordonnés requièrent une dynamique collective absente des logiques professionnelles dominantes. Leur mise en place *“suppose de dépasser la profonde hiérarchie symbolique entre corps de métiers pour élaborer un projet collectif pluri-professionnel où tous les savoir-faire ont leur place. C’est particulièrement difficile pour les médecins, formés comme les autres professionnels dans un entre soi qui les prépare mal au travail coopératif et les positionne de surcroît au sommet d’une hiérarchie virtuelle”*[29]. Les logiques professionnelles constituent donc un frein puissant au développement de ces pratiques, soit en raison de l’inertie qui peut en découler soit, comme cela a pu ressortir de notre étude, d’une défense active des logiques professionnelles dominantes et de ses cadres d’exercices de la part d’une partie de ses acteurs.

Les logiques professionnelles ne sont pas les seules forces à freiner l’impulsion de changements audacieux. Elles s’inscrivent pour certains dans un cadre plus global dont nous citerons les principales. Les logiques politiques et économiques libérales tendent à favoriser l’industrie de la *“bioéconomie”*[30] étant donné son poids dans l’économie française, au détriment des investissements dans le champ de la prévention. De plus, visant la maîtrise des dépenses de santé dans un contexte de ralentissement de la croissance, ces logiques amènent à un arbitrage budgétaire impactant préférentiellement les budgets des éléments administratifs et professionnels les plus faibles, dont la santé publique[21]. Les logiques institutionnelles reproduisent les schémas de cloisonnement des organisations politico-administratives (ARS, etc.) et renforcent le phénomène décrit par des chercheurs en sciences politiques de *“path dependence”*[31], concourant à éliminer *“toute proposition qui tend à s’écarter des fondamentaux historiques”*[21]. Enfin, le discours d’une médecine coordonnée, axée sur l’environnement et une population, se heurte *“à un contexte socioculturel plus large qui enjoint l’individu de devenir « autonome » au sein d’une société de compétition”*[21]. Dans ce contexte d’injonctions contradictoires fortes, on constate que les décideurs qui se sont succédés ont poursuivi une logique de réformes incrémentales, visant à faire évoluer le système de soins par touches successives[32] et non une logique de rupture, par des réformes radicales du système de santé, comme celles impulsées au décours de la 2^{de} guerre mondiale ou lors de l’instauration de la 5^e République. Ce cadre de lecture permet à notre avis une meilleure compréhension des freins et leviers identifiés

dans notre étude.

La reconnaissance tardive des CDS par les autorités publiques nationales, relevée dans notre étude, est un bon exemple des discordances découlant des contradictions que nous venons de citer. D'un côté, nous avons une structure répondant formellement aux discours des experts et politiques. De l'autre, on constate des difficultés de mise en adéquation réglementaire qui pourtant aurait pu sembler aller de soi. Au cours de la dernière période, les forces et faiblesses des CDS ont notamment été mises en lumière dans différents documents. Un premier rapport ministériel exhaustif publié en 2007[33] détaille les *“atouts incontestables”* des CDS. En 2013, un rapport de l'IGAS[34] fait notamment état de leur *“réelle utilité sanitaire et sociale”*. Mme Touraine a été la première ministre de la santé depuis 20 ans à assister au congrès des CDS, en 2013. Mme Buzyn étant attendue pour le congrès 2018[35], cela fera deux participations de ministres de la santé au cours des 6 derniers congrès. Ces structures ont maintenant obtenu un relatif droit de cité, comme en témoigne le plan gouvernemental *“Ma santé 2022”*[26] présenté en 2018, mais la mise en adéquation réglementaire se fait toujours à retardement par rapport à la réglementation libérale. De plus, dans le domaine de la recherche, l'étude Epidaure-CDS[36], réalisée par l'IRDES en 2009, constitue à notre connaissance la seule étude d'envergure axée sur les CDS alors que la littérature est autrement plus conséquente à propos des MSP.

b- Structures et professionnels de soins de premier recours : la nécessaire évolution des modes de rémunération

Influer sur les logiques professionnelles, telles que définies plus haut, passe par l'adaptation du mode de rémunération aux nouvelles pratiques souhaitées. En effet, le modèle actuel, basé essentiellement sur un mode de **rémunération à l'acte, constitue un frein à la pratique pluriprofessionnelle**[37][38][39], en étant *“inadapté à des prises en charge longues, sans rendre possible le financement des temps de coordination et de relation entre professionnels”*[3]. Des études sur des structures québécoises[37] et sur les MSP[28] s'accordent à dire que l'intégration des dossiers des patients à un système d'information partagé et l'adaptation des modes de rémunération sont des préalables à un fonctionnement cohérent au sein d'une structure. On pourrait donc émettre l'hypothèse que les CDS de l'étude, puisqu'ils harmonisent les rémunérations sur la base

d'un paiement à la fonction, constituent un environnement propice au développement d'un travail d'équipe et à la prévention, notamment en intégrant ces pratiques au temps de travail. La structure, par contre, reste encore aujourd'hui essentiellement financée par les actes. Toujours est-il que de manière qui semble consensuelle, *"l'évolution des modes de rémunération est vue comme un levier essentiel des modifications des pratiques professionnelles, dans le but d'améliorer la qualité et la coordination des soins tout en incitant à la maîtrise des dépenses de santé"*[40]. Chaque mode de rémunération présentant ses avantages et inconvénients[41], diverses **expérimentations sont en cours à l'étranger** pour explorer des équilibres variés de modes de rémunération mixte. Au **Canada**[42], la création de nouvelles structures libérales (Groupe de Médecins de Famille et Family Health Team) au début des années 2000 a introduit un paiement à la capitation et une rémunération sur objectif. Au **Royaume-Uni**[43], où le personnel médical est généralement payé à la fonction, des réformes ont introduit dans le financement de structures, jusque-là financées seulement à la capitation, une part de rémunération à l'activité et à la performance. Aux **Etats-Unis**[40], l'Affordable Care Act, dit "Obamacare", adopté en 2010, comptait un volet sur les soins primaires permettant la création de nouvelles structures, les "Accountable Care organizations". Elles peuvent être financées à l'acte, à la capitation ou sur un mécanisme de budget global et la rémunération du personnel est mixte (paiement à l'acte, forfait par épisode et/ou par patient inscrit, paiement à la performance).

Jusqu'à présent, en **France**, la rémunération des structures et du personnel de soins primaires repose essentiellement sur le paiement à l'acte. Contrairement à certains systèmes de santé étrangers (anglais, irlandais, scandinaves, espagnols, etc[44]), le salariat, mode de rémunération principal du personnel des CDS, y reste marginal. Des dispositifs de rémunération des médecins libéraux tels la ROSP, en 2011[45], ou le forfait patientèle-médecin traitant ont introduit une part de rémunération à la performance et au forfait. De plus, depuis 2008[46], de nouveaux modes de rémunération des équipes (en MSP et CDS) visant à favoriser et soutenir le travail de coordination ont été expérimentés puis généralisés à partir de 2015, d'abord pour les structures libérales type MSP sous la forme d'un règlement arbitral[47] auquel s'est substitué l'Accord Conventionnel Interprofessionnel en août 2017[48] puis quelques mois plus tard sous la forme de **l'accord national pour les CDS**[7], modifié par un

avenant applicable depuis novembre 2017[8]. Ces accords prévoient un financement forfaitaire en fonction d'indicateurs mesurant l'accessibilité, l'organisation et la coordination des soins. L'accord national relatif aux CDS correspond fondamentalement à la simple transposition des dispositifs déjà existants pour les structures libérales. Certaines obligations propres aux CDS, comme l'obligation du tiers-payant, ne font pas l'objet de financement spécifique. Dans notre étude, les avis divergent au sujet de l'accord national. Pour certains il est trop ambitieux et en inadéquation avec la réalité des petites structures. Le cadre de patient-médecin traitant, par exemple, ne reflète pas l'activité réelle du CDS qui tend donc à être sous-financée. Pour d'autres il contribue à envisager l'équilibre sans subvention ou sans un "*heureux concours de circonstances*"[34] mais il n'est pas assez offensif sur certains points. Une partie significative des CDS de notre étude fait état de dysfonctionnements ou de confusion de la part des porteurs de projet ou des acteurs institutionnels locaux, témoignant, pour ces derniers, d'un manque de formation interne. Pour ces raisons, on peut raisonnablement supposer qu'il y ait du "**non-recours**" aux financements auxquels donnent droit cet accord. Une campagne d'information et/ou d'accompagnement améliorerait probablement la situation financière des CDS en permettant d'optimiser les financements auxquels ils peuvent prétendre.

La loi de financement de la sécurité sociale 2018 a prévu de poursuivre la démarche d'expérimentation de nouveaux modes de rémunération. Un appel à projet a été lancé par le ministère des solidarités et de la santé afin d'expérimenter dès 2019 un "**paiement forfaitaire** en équipe de professionnels de santé en ville" (PEPS)[49]. A terme, le modèle économique des CDS et, plus largement, des structures de soins coordonnés, est donc susceptible de reposer sur d'autres fondements que le paiement à l'acte, notamment la capitation, suivant en un sens la dynamique de diversification des modes de rémunération à l'oeuvre à l'échelle internationale.

c- Des incongruences réglementaires qui restent à résoudre

Pour les CDS gérés par des collectivités, la législation[50] prévoit que "*lorsqu'il n'existe pas de cadre d'emplois de fonctionnaires susceptibles d'assurer les fonctions correspondantes*" un poste peut être occupé de manière permanente par des **agents contractuels**, sous la forme d'un CDD de maximum 3 ans, renouvelable, transformé en CDI au bout de 6 ans. Bien que légal, les porteurs de projet ont dû réunir un

argumentaire solide pour franchir les obstacles potentiels qui se dressent devant la contractualisation, que ce soit auprès des CDOM, qui donnent un avis consultatif sur le contrat de travail, auprès du service de contrôle de la légalité de la préfecture et/ou auprès de la chambre régionale des comptes, qui peut réaliser un contrôle de gestion.

Le statut de contractuel pose le problème du cadre d'emploi du praticien salarié des collectivités. En l'absence de grille indiciaire, la rémunération est fixée soit en rapport avec la grille de rémunération des praticiens hospitaliers (PH), soit en rapport avec un taux horaire. L'attractivité financière pour les praticiens peut être améliorée en augmentant le salaire, en diminuant le temps de travail ou, le cas échéant, en majorant l'échelon de référence. Le **risque d'inflation des salaires**, évoqué à plusieurs reprises, découle d'un marché de l'emploi déséquilibré en faveur des médecins généralistes, puisque les postes à pourvoir sont plus nombreux que les candidats. Le même problème se pose pour les incitations à l'installation libérale, qui engendrent une mise en concurrence des territoires pouvant conduire à une escalade d'incitations, parfois surprenantes[51]. La concurrence joue en faveur du praticien puisque les lois de l'offre et de la demande le mettent potentiellement en position de force pour négocier des conditions favorables et signer avec l'employeur le plus offrant, en terme de rémunération ou de conditions de travail. Dans le cadre des CDS gérés par une collectivité, il existe néanmoins un plafond jurisprudentiel à ce risque : un agent non titulaire ne peut percevoir plus qu'un fonctionnaire qui exercerait les mêmes fonctions à niveau de qualification et d'expérience professionnelle égales[52]. Malgré tout, un statut de la fonction publique mettrait à l'abri de ce risque d'inflation des salaires en harmonisant sur le plan national les rémunérations entre tous les CDS gérés par des collectivités. Il n'existe pas d'équivalent en pratique ambulatoire au statut de praticien hospitalier, agent public n'ayant pas le statut de fonctionnaire, qui constitue le cadre légal principal de la pratique hospitalière[53]. Un porteur de projet est à l'initiative, via un sénateur, d'une proposition de loi visant à créer un statut de fonctionnaire de catégorie A de "Médecin praticien territorial", déposé au Sénat en mars 2016 [17]. La FNCS et l'USMCS portent conjointement la revendication de la création d'un **statut de "Praticien Ambulatoire"**[54], rattaché également à la fonction publique territoriale. Pour ces derniers acteurs, l'enjeu se situe également au niveau du développement d'une possibilité de continuité de carrière entre ville et hôpital.

La remarque d'un porteur de projet sur le **congé maternité** appelle à quelques commentaires. Le coût pour une collectivité est faible ou nul dans la mesure où les indemnités journalières sont payées par l'assurance maladie[55], plus ou moins complétées par l'employeur. On peut de plus estimer que ce droit contribue à l'attractivité du salariat et donc est facilitateur d'embauche. Le "problème" qui est soulevé vient plutôt du fait que, non remplacée, l'absence d'un médecin pendant au moins 16 semaines fragilise l'offre de soins de petites structures qui viennent de se créer.

La **PDSA** est organisée par les ARS au nom de l'Etat, en collaboration avec les CDOM[56]. Pour les médecins généralistes, elle constitue une obligation déontologique tout en étant basée sur le volontariat[57]. Pour les médecins salariés d'un CDS, elle a posé le problème spécifique de leur cadre d'intervention : assure-t-il cette permanence en leur nom ou au nom du CDS, comme le demandent les organismes représentatifs ? Pour répondre à cette problématique, les médecins ont été ajoutés aux professionnels pouvant bénéficier du statut de **Collaborateur Occasionnel du Service Public (COSP)** en décembre 2015[58], en tant que "*personnes qui contribuent de façon occasionnelle à l'exécution d'une mission de service public*", comme précisé à l'alinéa 15 de l'article D311-1 du code de la sécurité sociale[59]. Cette disposition ne semble pas connue des porteurs de projet et la seule fois où elle a été citée était pour illustrer un refus de la part de l'ARS d'y donner suite. Cela témoigne de la méconnaissance de certaines dispositions nationales par des acteurs institutionnels locaux. C'est aussi une nouvelle illustration des frictions et malentendus d'un cadre institutionnel et réglementaire construit historiquement autour du mode d'exercice libéral et qui peine à s'adapter à un modèle d'organisation et d'exercice qui apparaît, par bien des aspects, de rupture.

La pratique du **tiers-payant** sur la part obligatoire (AMO) fait partie des obligations des CDS. Mais historiquement et dans le cadre de l'accord conventionnel entre l'assurance maladie et les CDS, une majorité pratique le tiers payant intégral[15]. Ce dernier favorise l'accès aux soins sans qu'il ait été démontré de conséquences inflationnistes sur les dépenses de santé[60]. La loi de modernisation du système de santé promulguée en janvier 2016 prévoit la généralisation du tiers-payant[61]. Simplifier sa gestion, que ce soit pour les flux AMO et AMC, est donc devenu un enjeu de premier plan. Selon un rapport de l'IGAS publié en octobre 2017[62], "*le principal frein*

au développement du tiers payant AMO n'est pas de nature technique mais tient à une confiance encore trop fragile des professionnels de santé", malgré, notamment, un faible taux de rejet (inférieur à 1%). La gestion de la part AMC est en revanche plus complexe. Il est possible d'en confier une partie à des prestataires privés. La principale plateforme a été créée en juin 2015 par une association d'organismes complémentaires[63]. En septembre 2017, elle représentait plus de 90% du marché, ce qui la rapproche de l'objectif de portail unique fixé par les pouvoirs publics[64]. Mais de l'avis d'enquêtés, elle n'est pas exempte de dysfonctionnements, au point que certains l'ont abandonnée. Ce qui concorde avec l'avis des rapporteurs de l'IGAS qui soulignaient qu'"en part complémentaire, des freins techniques demeurent à une pratique simple, rapide et fiable du tiers-payant". Tant que des solutions ne seront pas trouvées, la mise en place du tiers-payant intégral généralisé est compromise et reposera sur l'énergie des porteurs de projet.

d- Aménagement du territoire : piloter une offre de soins régulée par le marché dans un contexte de restrictions budgétaires

En France, l'accès aux soins est reconnu comme un droit découlant du droit à la protection de la santé garanti par la Constitution[65]. En cas de carence de l'offre de soins de premier recours, bien que le Conseil de l'Ordre soit un organisme privé à mission de service public et se présente comme le gérant d'un service public[66], il apparaît dans cette étude que les habitants se tournent plutôt vers les pouvoirs publics et leur représentant de proximité : **l'élu local**. A leurs yeux, il semble qu'il soit **l'interlocuteur légitime** à alerter et à même d'agir ou, du moins, probablement qu'il est perçu comme le plus accessible. Rappelons tout de même que les collectivités locales voient leur budget de plus en plus contraint, notamment en raison d'une **baisse des dotations globales de fonctionnement** délivrées par l'Etat[67]. Elles sont astreintes à une politique nationale de **baisse des effectifs dans la fonction publique**[68][69]. La création d'un CDS va à rebours de ces impératifs, tant économique que politique, puisqu'elle engendre un investissement initial conséquent et une augmentation de la masse salariale. Ce contexte nourri le sentiment de prise de risques économique et politique. On peut comprendre alors le soulagement d'un enquêté dont les comptes de la commune ont été validés par la chambre régionale des comptes, après un **contrôle de gestion** long et rigoureux. Le rapport pointait du doigt la hausse sensible de frais de

personnel mais n'émettait pas de retour négatif quant à la situation financière globale de la commune. Il n'était pas non plus critiqué l'absence d'un budget annexe du CDS, indépendant du budget communal global. Un CDS peut donc tout à fait répondre aux exigences de probité et de maîtrise des dépenses publiques. Ce fait peut contribuer à rassurer les porteurs de projet représentant une collectivité territoriale.

Concernant les difficultés de recrutement verbalisées par des enquêtés, rappelons que les collectivités rurales et semi-urbaines doivent, en toile de fond, faire face à des problématiques liées à la dynamique du territoire. On observe en France un creusement des **inégalités territoriales** d'accès à l'emploi, mais aussi des inégalités territoriales dans la répartition de l'offre de soins, la distribution des services publics, l'évolution démographique, l'offre culturelle, etc[70][71][72][73]. Ces éléments peuvent entacher l'attractivité d'un territoire et faire contrepoids à l'attrait potentiel des conditions d'exercice. Malgré tout, plusieurs études s'accordent à conclure que l'implantation d'une MSP contribue *a minima* à une moindre érosion de la densité médicale et peut amener une évolution favorable de l'offre de soins dans certains territoires[46][71][74]. Extrapoler cette conclusion aux CDS de notre étude serait en concordance avec les retours des enquêtés qui constatent ***a minima le maintien d'une offre de soins***. Évaluer de manière plus précise l'effet positif des CDS constaté par certains porteurs de projet sur la vitalité de leur territoire permettrait, entre autres, d'étayer les demandes de financements publics en relation avec l'aménagement du territoire.

Concernant la question du portage communal, on pourrait rappeler que la mission d'organiser le système de santé est une prérogative du ministère des solidarités et de la santé[75]. Les collectivités territoriales qui s'emparent de cette compétence **se substituent donc au rôle de l'Etat**. Les ARS sont chargées du pilotage régional du système de santé, qui comprend la régulation de l'offre de soins[76]. Mais si le nombre de médecins formés et les caractéristiques de leur formation dépendent en grande partie des pouvoirs publics, la répartition de la démographie médicale repose en revanche sur les mécanismes d'une **régulation par le marché**, soumise à une logique concurrentielle. On ne peut que constater que ce mode de régulation a échoué à résoudre le problème de l'**inégalité de répartition de l'offre de soins**. Bien que vingt fois plus nombreux, les médecins sont aujourd'hui encore plus inégalement répartis

qu'en 1900[72]. C'est à mettre en lien avec nos résultats qui rapportent une impression de défaut d'exploitation de tout le potentiel que permet un CDS faute de recrutement. Que les collectivités s'engagent dans la voie d'une MSP ou d'un CDS, l'offre de soins reste conditionnée par les mécanismes qui régulent l'installation. Dans ce cadre, comme les autorités publiques le développent dans leurs documents (Plan national pour renforcer l'accès aux soins[77], Schémas Régionaux de Santé[78], etc), elles ne peuvent agir essentiellement que par le biais de mesures incitatives (soutien financier, aide à l'ingénierie, etc) pour tenter d'attirer l'offre. En mettant de côté les freins liés aux logiques professionnelles, on peut émettre l'hypothèse qu'un mécanisme de **régulation publique** de la démographie médicale associé à une politique publique de création de structures de soins coordonnés permettrait d'envisager la mise en place d'un maillage national rationnel de l'offre de soins de premier recours. Ces structures constitueraient alors un puissant facteur d'**aménagement du territoire** et de lutte contre les inégalités d'accès aux soins.

e- Un encadrement institutionnel à consolider

Sur le plan institutionnel, on observe dans notre étude une disparité territoriale quant à l'attitude initiale des **CDOM**, allant d'un accueil favorable (dans un cas) à l'hostilité. Dans ce dernier cas, le CDOM a pu utiliser les deux phases réglementaires dont il dispose pour freiner un projet : l'avis sur le contrat, mais qui n'est que consultatif, et l'inscription du médecin au Tableau des médecins qui remplissent les conditions légales requises pour exercer en France, mais nécessaire seulement en cas de changement de département. Sur le plan national, on peut noter l'absence, dans la liste des contrats du site internet du Conseil national de l'Ordre, de modèle type pour les médecins de CDS[79]. L'onglet présentant les différents modes d'exercice ne fait pas non plus mention des CDS. Une disparité territoriale s'observe aussi pour les **ARS et CPAM**. Il semble cependant nettement prédominer une phase initiale de méconnaissance des procédures liées à ces structures, à l'origine de demandes formulées par plusieurs porteurs de projet d'une meilleure **formation des interlocuteurs institutionnels locaux**. La publication par le ministère des solidarités et de la santé d'un guide relatif aux CDS à destination des ARS en juin 2018[9] semble faire écho à ces demandes et nous avons déjà cité quelques exemples qui témoignent du manque de formation de ces acteurs locaux. Une dernière illustration nous en est fournie par la lecture du guide 2018

des aides pour les professionnels de santé de Bretagne[80], qui confirme à première vue les propos des porteurs de projet concernant les aides incitatives à l'installation libérale. Pour recruter des médecins diplômés, seuls **5 sur les 25 dispositifs d'aide** recensés semblent accessibles aux porteurs de projet de CDS polyvalents et seulement 3 aux CDS médicaux, **en incluant l'Accord National**. Aucune aide à l'investissement immobilier ou au fonctionnement n'est prévue, contrairement aux porteurs de projet de MSP. Pourtant, l'avenant de 2017 intégrait la transposition de dispositifs libéraux (en particulier plusieurs contrats accessibles sous condition de lieux d'exercices types CAIM, COSCO, CST) à compter du premier janvier 2018[81]. Cela confirme d'une part que ces aides n'étaient pas disponibles pour les porteurs de projet jusque-là. Au delà du nombre de dispositifs accessibles et de leur intérêt discuté[82][83], un travail évaluant la **différence des sommes accessibles** sur la période de notre étude mettrait donc probablement en évidence un écart considérable. D'autre part, l'absence de mise à jour du document de l'ARS, publié visiblement en juin, témoigne du retard des acteurs institutionnels locaux à s'approprier les décisions nationales.

Via ses institutions, le rôle des pouvoirs publics est majeur dans l'orientation et la consolidation des évolutions de notre système de santé. En effet, *“les cadres institutionnels conditionnent les acteurs qui se conforment et se réfèrent aux dispositifs qui les sécurisent (en réduisant l'incertitude), leur confèrent des ressources (...) et légitiment leurs actions (leurs actions sont inscrites dans un cadre symbolique où la reconnaissance est importante)”*. Les institutions *“instaurent les routines qui entérinent définitivement les allant-de-soi comme autant de données stabilisées (nouveaux métiers, nouvelles pratiques).”* Le système de contraintes qu'elles mettent en place vise, idéalement, à permettre aux porteurs de projet *“d'avancer dans un cadre sécurisé” “à la fois strict et évolutif”*[84]. A écouter les porteurs de projet, les CDS, en particulier ceux récemment créés, sont donc encore loin d'un idéal routinier stabilisé. Au contraire : l'incertitude est présente, les ressources ont une composante aléatoire et ne sont pas en entière adéquation avec le travail exigé, la reconnaissance peine à venir. La situation impose une veille réglementaire permanente pour intégrer des dispositifs peu lisibles, peu assimilés par les acteurs institutionnels locaux et tardant à s'adapter aux initiatives sur le terrain. Il n'est pas surprenant dans ces conditions que les principaux leviers identifiés soient le

leadership des porteurs de projet, une volonté ou un soutien politique au projet et l'entraide mutuelle entre CDS, soit sous sa forme "brute" (accompagnement entre structures) soit par le biais d'organismes qui en sont l'émanation (FNCS, USCMCS). La transition vers une organisation des soins primaires reposant sur des structures de soins coordonnés fait partie des modifications structurelles de notre système de santé souhaité par les autorités publiques de santé. Pour réussir, les porteurs de projet doivent pouvoir s'appuyer sur un franc levier institutionnel et politique national. Mais, jusqu'à présent, *"tout se passe comme si les moteurs du changement émanaient de contraintes principalement économiques et budgétaires"*[32]. Les réformes se succèdent avec pour fil conducteur la maîtrise des dépenses de santé dans un contexte de contractions budgétaires. Il ne semble pas se dégager de projet politique cohérent partagé par la population et au moins une partie des professionnels de santé. En l'absence de ligne directrice claire, le système de santé évolue vers un cadre aux contours indécis. On peut dès lors raisonnablement penser que les contradictions évoquées en début de discussion vont s'accroître. Et à mesure que vont croître les tensions, la logique de réformes incrémentales va être mise à l'épreuve.

V – Conclusion

Malgré tous leurs atouts, les CDS restent encore un choix par défaut pour les collectivités territoriales de notre étude, envisagé quand les autres recours pour résoudre une situation de désertification médicale locale, dans un contexte national défavorable, ont été épuisés. L'attente la plus forte et l'élément moteur du projet était donc majoritairement pour elles le maintien d'une offre de soins. Les porteurs de projet, se retrouvant dans une position d'innovation malgré eux, constatent globalement *a minima* le maintien d'une offre de soins au prix d'un risque mesuré. Les expériences hospitalières et associatives se plaçaient plus volontiers dans des démarches actives d'innovation, centrées sur des concepts tels que la santé communautaire.

Ce travail révèle des difficultés ressenties tant du point de vue réglementaire (absence de statut cadre dans la fonction publique, compatibilité avec la participation à la PDSA, adaptation retardée aux initiatives de terrain) que professionnel (inertie d'un corps professionnel habitué à certaines pratiques, régulation par le marché de l'offre de soins de premier recours), économique (difficulté de lisibilité des dispositifs d'aide et lourdeur à leur mise en place entraînant une probable sous-utilisation, contexte de baisse des dotations globales de fonctionnement et des effectifs de la fonction publique) et institutionnel (manque de formation des acteurs institutionnels locaux,) avec, en toile de fond, des problématiques liées aux inégalités territoriales.

Les leviers identifiés reposent essentiellement sur la solidarité entre CDS, soit sous leur forme "brute" (accompagnement d'autres structures) soit sous la forme d'organismes émanant des CDS (FNCS, USMCS). Le leadership des porteurs de projet, une volonté ou un soutien politique semblent également déterminant.

L'innovation peut être définie comme "*l'émergence de nouvelles pratiques sociales*". C'est un processus au cours duquel divers acteurs sont mis en relation selon une configuration "*émergente*" (et non "*consolidée*") dans laquelle "*identités, intérêts et compétences sont le résultat de traductions provisoires et expérimentales*"[85]. Par définition, une phase de tâtonnement est donc inévitable puisque les professionnels de santé, les collectivités et les institutions de santé expérimentent un cheminement commun inhabituel. Ceci dit, il y a possibilité d'agir sur la durée de ce tâtonnement, notamment par l'information des professionnels, la formation des acteurs institutionnels ou encore la création d'un centre de référence pour l'accompagnement à

la création, comme suggéré par les porteurs de projet de notre étude.

Ce travail est une contribution n'éclairant qu'un des aspects de la problématique. Il pourrait être complété par au moins deux autres études se penchant sur le point de vue du personnel de ces CDS et les conséquences en terme d'évolution des pratiques ainsi que par un autre travail se penchant sur le point de vue des usagers pour évaluer un des indicateurs de la qualité des soins : la satisfaction des usagers. Enfin, plus à distance, l'étude du devenir de ces CDS pourrait s'avérer instructive.

La construction d'un cadre d'exercice permettant une approche globale de la santé, ne se contentant pas d'appréhender le corps du patient comme une entité mais comme un corps dans son environnement est l'idée fondamentale vers laquelle pourrait tendre l'évolution de notre système de santé. La levée des principaux obstacles à la création des CDS, dont certains ont été identifiés dans ce travail, pourrait ouvrir de nouvelles perspectives de déploiement généralisé de ces structures d'exercices regroupées, aux pratiques d'équipe, coordonnées, intégrant soins, prévention et accompagnement social et dont les missions territoriales et populationnelles seraient clairement définies.

Imprimé n° 4



Scolarité médecine 3^{ème} cycle
2 avenue Professeur Léon Bernard
35043 RENNES Cedex

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : CAMPOS JARQUIN Boris

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre : Freins et leviers à la création des Centres de Santé récemment ouverts en France métropolitaine. Enquête qualitative auprès des porteurs de projet.

Rennes, le 5/10/2018 Docteur Eric MAY Directeur de la Santé - Médecin Directeur Médecin Généraliste RPPS : 10001064103 92240 Malakoff Le Directeur de thèse CMS 74 ave Pierre... Tél : 92 0 010 46 9	Rennes, le 05/10/2018 Le Président de jury
--	---

Professeur E. BELLISSANT
DOYEN
Faculté de Médecine de Rennes

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le 18 OCT. 2018	Le Président de l'Université de Rennes 1 Président et par délégation le vice-président D. ALIS
-------------------------	--

VI – Bibliographie

- [1] Code de la santé publique-art. L1411-11.
- [2] Cécile F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes. Thèse de santé publique et épidémiologie. Université Paris Sud - Paris XI ; 2015, 338 p.
- [3] Garros B. Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ?. Santé Publique. 2009;21(hs1):7.
- [4] VIGNERON E. Les CENTRES de SANTÉ une géographie rétrospective. Paris : FEHAP; 2014, 249 p.
- [5] Limousin M. Les centres de santé en mouvement. Montreuil : Le Temps des Cerises ; 2010, 395 p.
- [6] Code de la santé publique-art. L6323-1
- [7] Avis relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie. JORF n°0226 du 30 septembre 2015.
- [8] Avis relatif à l'avenant n° 1 à l'accord national des centres de santé, signé le 8 juillet 2015. JORF n°0268 du 17 novembre 2017.
- [9] INSTRUCTION N°DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé.
- [10] Bourgueil Y. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. Quest. d'éco. de la santé. 2009;147:1-8.
- [11] Attal-Toubert K., Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Dossier solidarité et santé, DREES. 2009 ;12
- [12] Hambourg C. Santé globale, santé de première ligne, santé communautaire : présentation du projet de « la case de santé » à Toulouse. Thèse de médecine générale. Université Toulouse III ; 2005, 174 p.
- [13] Ridard E. Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Thèse de médecine générale. Université Rennes I ; 2016, 41p.
- [14] ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.isnar-img.com/enquetes->

nationales

[15] FNCS. Observatoire des centres de santé, bilan 2016, perspectives 2017 [Internet]. 2017. Disponible sur:

<https://www.fncs.org/observatoire-des-centres-de-sante-bilan-2016-perspectives-2017>

[16] Planète Publique. Pour un débat citoyen sur la santé plus actif. Fiche n°5 : la santé communautaire. [Internet]. 2011 [dernière consultation le 6 Octobre 2018]. Disponible sur:

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_Planete_publique_05_Sante_communaire.pdf

[17] Proposition de loi tendant à créer un statut de médecin praticien territorial du 10 mars 2016, N°459 rectifié, Sénat, session ordinaire 2015-2016.10.

Disponible sur: <https://www.senat.fr/leg/pp15-459.html>

[18] Magali Ayache, Hervé Dumez. Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ?. Le Libellio d'Aegis, 2011, 7 (2 - Eté), pp.33-46.

[19] Vallin, Jacques et Meslé, France, 2013, « De la transition épidémiologique à la transition sanitaire : l'improbable convergence générale », dans Dominique Tabutin et Bruno Masquelier (dir.), Ralentissements, résistances et ruptures dans les transitions démographiques, Actes de la Chaire Quatelet 2010, Louvain-La-Neuve, Presses universitaires de Louvain, p. 257-290. Disponible sur:

https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/demo/documents/jVallin_Mesle.pdf

[20] Asch D, Volpp K. What Business Are We In? The Emergence of Health as the Business of Health Care. New England Journal of Medicine. 2012;367(10):888-889.

[21] Pierru F. Hôpital et santé publique : l'improbable rencontre. Une réflexion de sociologie politique sur les non-décisions dans le système de santé français. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2016;64:S61-S68.

[22] Bungener M. Mythe et réalités de l'indépendance professionnelle : la longue peur de la profession médicale (Commentaire). Sciences Sociales et Santé. 1993;11(1):145-9.

[23] Invitation à la Lecture. Laennec. 2003;Tome 51(1):48-55.

[24] Grimaldi A. Quel avenir pour le système de Santé? Médecine des maladies

métaboliques [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2018 Oct 7];10:380-6

[25] Bouet P. Santé : explosion programmée. Paris : Editions de l'observatoire ; 2018, 178p.

[26] Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/ma-sante-2022-un-engagement-collectif>

[27] Terrisse PC. Le dispositif de gestion des organisations hybrides, régulateur de logiques institutionnelles hétérogènes ? Le cas du capital-risque solidaire, Abstract. Management & Avenir. 27 juin 2012;(54):145-67.

[28] Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire, Abstract. Revue française d'administration publique. 2017;(164):887-902.

[29] Lombrail P. Les maisons de santé pluri-professionnelles : penser localement, agir globalement ? Sciences sociales et santé. 18 juin 2014;32(2):97-108.

[30] Lafontaine C. Le corps-marché. La marchandisation de la vie humaine à l'heure de la bioéconomie. Paris: Seuil; 2014.

[31] LETHIELLEUX L, THENOT M, DEROY X. Les coopératives de santé : un nouveau sentier dans l'organisation des soins ? Revue Management et Avenir [Internet]. 2018 Jun [cited 2018 Oct 7];(100):189-207.

[32] Bourgueil Y. L'organisation des soins de premiers recours en France : une réforme en quête de projet ? Santé, Société et Solidarité. 2008;7(2):105-14.

[33] Acker D. Rapport sur les centres de santé. Rapport du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2007.

[34] Georges P, Waquet C, Part J. Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain. Rapport IGAS, 2013.

[35] [Internet]. Fédération Nationale des Centres de Santé. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.fnccs.org/congres-national-des-centres-de-sante-2018>

[36] Anissa Afrite & Julien Mousques & Yann Bourgueil, 2015. "Une estimation de la précarité des patients recourant à la médecine générale en centres de santé. Le cas des centres de santé du projet Epidaure-CDS," Working Papers DT63, IRDES institut for research and information in health economics, revised Jan 2015.

- [37] Breton M, Levesque J-F, Pineault R, Hogg W. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires, Summary. *Pratiques et Organisation des Soins*. 1 déc 2011;42(2):101-9.
- [38] Innovation et système de santé. Rapport HCAAM 2016, tome 1. [Internet]. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/184000366.pdf>
- [39] L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec : barrières et éléments facilitant [Internet]. INSPQ. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/es/node/2663>
- [40] Mousquès J. L'expérience américaine des Accountable Care Organizations : des enseignements pour la France ? 2017;8
- [41] Samson A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards croisés sur l'économie. 24 avr 2009;(5):144-58.
- [42] Bourgueil Y. La mutation des modes de paiement des professionnels en soins primaires au Canada et en France ; *Les Tribunes de la santé* 2013;40:63-68.
- [43] Dozol A, Léandre C, Townsend A, Pinelli F, Lenormand M-C. Mission d'étude sur l'expérimentation par le NHS anglais de nouveaux modèles d'organisation et de financement intégrés. [Internet]. Ministère chargé de la santé. 2016. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ipep_mission_uk_rapport_vd_word_dgos_08-12-2016.pdf
- [44] Pérez MA. Les réformes des systèmes de santé. Les cas de l'Allemagne, du Royaume Uni et de l'Espagne. 2004;85-119.
- [45] La rémunération sur objectifs de santé publique. Bilan à quatre ans. Dossier de presse. CNAM, 2016 [Internet]. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_2015-21041_6.pdf
- [46] Mousquès J, Bourgueil Y, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur

la période 2009-2012. Paris: IRDES; 2014.

[47] Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. NOR: AFSS1505152A.

[48] Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles. JORF n°0182 du 5 août 2017, texte n° 16.

[49] Présentation de l'expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé PEPS. webinaire du 6 juin 2018. [Internet]. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_webinaire_peps_050618.pdf

[50] Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

[51] Un maire promet un duplex de 140 m² et un bateau pour attirer un médecin [Internet]. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: https://immobilier.lefigaro.fr/article/un-maire-promet-un-duplex-de-140-m2-et-un-bateau-pour-attirer-un-medecin_d40f1b9c-93ff-11e8-b205-a50084ea3881/

[52] Emploi-Collectivités.fr. Comment négocier le salaire d'un agent public contractuel (non titulaire). [Internet]. 2018 [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.emploi-collectivites.fr/SALAIRE-CONTRACTUELS-NON-TITULAIRE-FP-blo-g-territorial>

[53] Code de la santé publique - Article R6152

[54] FCNS -Pour une stratégie nationale de santé efficace et juste. [Internet]. 2017 [cité 6 oct 2018]. Disponible sur : [https://www.fncs.org/sites/default/files/pdf/SNS Propositions FCNS oct 2017 DEF.pdf](https://www.fncs.org/sites/default/files/pdf/SNS_Propositions_FCNS_oct_2017_DEF.pdf)

[55] Ameli.fr. Congé maternité : vos indemnités journalières. [Internet]. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/indemnitees-journalieres/conge-maternite>

[56] Code de la santé publique - Article R6315

[57] Article 77 - Permanence de soins - obligations | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-77-permanence-de-soins-oblig>

ations-301

[58] Décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015 relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public. Legifrance [Internet]. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/12/30/AFSS1528192D/jo/texte>

[59] Code de la sécurité sociale - Article D311-1.

[60] Dourgnon P, Grignon M. Le tiers-payant est-il inflationniste ? Etude de l'influence du recours au tiers-payant sur la dépense de santé. [Internet]. CREDES, 2000. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2000/rap1296.pdf>

[61] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.

[62] FAUCHIER-MAGNAN E, MEJANE J, ROGER J, VIOSSAT L-C. Evaluation de la généralisation du tiers payant. [Internet]. rapport IGAS, 2017. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-111R.pdf>

[63] Portail InterAMC [Internet]. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.tpcomplementaire.fr/iamcpublic/amc>

[64] Ameli.fr. Rapport sur les conditions d'application du tiers payant pour tous les bénéficiaires. [Internet]. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/rapport_tpg_amo_amc.pdf

[65] Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 - Alinéa 11

[66] Nos missions | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/nos-missions-867>

[67] Conséquences de la baisse des dotations de l'État - Sénat [Internet]. Question écrite n° 01240 de M. François Bonhomme publiée dans le JO Sénat du 21/09/2017 - page 2889.

[cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2017/qSEQ170901240.html>

[68] Yaya BA A, Jonathan DUVAL J. L'emploi dans la fonction publique en 2016. [Internet]. Ministère de l'action et des comptes publics, 2018. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/point_stat/Emploi-dans-

[la-fp-2016.pdf](#)

[69] La masse salariale de l'Etat. Enjeux et leviers. Communication à la Commission des Finances du Sénat. [Internet]. Rapport de la cour des comptes, 2015 [cité 6 oct 2018].

Disponible

sur:

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20150909-rapport-masse-salariale-Etat.pdf>

[70] Duguet E, Goujard A, L'horty Y. Les inégalités territoriales d'accès à l'emploi : une exploration à partir de sources administratives exhaustives. *Economie et Statistique*. 2008;415(1):17-44.

[71] Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G. Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ? *Espace populations sociétés* [Internet]. 20 mars 2016 [cité 6 oct 2018];(2015/3-2016/1). Disponible sur:

<http://journals.openedition.org/eps/6177>

[72] Universalis E. SANTÉ - Inégalités territoriales de santé en France [Internet]. *Encyclopædia Universalis*. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur:

<http://www.universalis.fr/encyclopedie/sante-inegalites-territoriales-de-sante-en-france/>

[73] Dherbecourt C, Le Hir B. 2017/2027 - Dynamiques et inégalités territoriales [Internet]. *France stratégie*, 2016. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur:

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/20172027-dynamiques-inegalites-territoriales>

[74] Chevillard G. Territorial's dynamics and health care: localisation of primary care team in metropolitan France. *Géographie*. Université Paris-Ouest-Nanterre-la-Défense, 2015:383.

[75] Missions du ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 6 oct 2018]. Disponible sur:

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/missions-du-ministere/article/missions-du-ministere-des-solidarite-et-de-la-sante>

[76] Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé ? [Internet]. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>

[77] Priorité n°1 - Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients

[Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur:

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/priorite-no1-renforcer-l-offre-de-soins-dans-les-territoires-au-service-des>

[78] Projet régional de santé de Bretagne 2018-2022. Schéma régional de santé. [Internet]. ARS Bretagne, 2018. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur:

https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-06/SRS_20180629_ARSBretagne.pdf

[79] Contrats | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/33/tous>

[80] Formation, installation, exercice : les aides pour les professionnels de santé de Bretagne [Internet]. ARS Bretagne, 2018. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.bretagne.ars.sante.fr/formation-installation-exercice-les-aides-pour-les-professionnels-de-sante-de-bretagne>

[81] Présentation de l'avenant n 1 à l'accord national des centres de santé. Circulaire CIR-2/2018 [Internet]. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, 2018. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/374986/document/cir-2-2018.pdf>

[82] Vigier P. N° 401 - Rapport de M. Philippe Vigier sur la proposition de loi de MM. Philippe Vigier, Thierry Benoit et Jean-Louis Borloo et plusieurs de leurs collègues visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire (284) [Internet]. [cité 6 oct 2018]. 2012 Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r0401.asp>

[83] Maurey H. Déserts médicaux: agir vraiment. Rapport d'information n° 335 (2012-2013) de M. [Hervé MAUREY](#), fait au nom de la commission du développement durable. [Internet]. 2013 [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-33515.html>

[84] Kustos I. Renouveler le premier recours par les maisons de santé pluriprofessionnelles : une approche par les outils. [Internet]. 2015 [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01463940/document>

[85] Fournier C. Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes, Setting up a multi-professional primary health care center: paradoxes and lessons learned from innovation in action. *Sciences sociales et santé*. 18 juin 2014;32(2):67-95.

Annexe 1 : Guide d'entretien final

Bonjour,

Merci de porter de l'intérêt et de participer à cette enquête réalisée dans le cadre de ma thèse portant sur les centres de santé créés au cours des cinq dernières années. L'objectif est d'évaluer le niveau de réponse aux attentes initiales de leurs promoteurs, dont vous faites partie. Pour cela, nous allons revenir sur les circonstances ayant abouti à la création de votre CDS et je vous poserais des questions sur la mise en place de votre projet. Nous espérons que les résultats permettront de faciliter la création d'autres centres de santé par la suite.

Ce recueil d'information est anonyme : votre nom ou n'importe quelle information susceptible de vous identifier n'apparaîtra dans l'étude. Dans ces conditions, m'autorisez-vous à enregistrer pour mieux me souvenir de ce qui a été dit ensuite ?

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous êtes bien entendu libre d'interrompre l'entretien quand vous le souhaitez.

Données préalables : fonction, profession, date d'ouverture du CDS.

1. Quelles sont les circonstances qui vous ont amené à envisager la création d'un CDS ?

Pourquoi s'être orienté vers un CDS et non une MSP ?

D'où vous est venue l'idée de CDS ?

Un projet analogue vous a-t-il inspiré ?

Comment définiriez vous l'objectif principal du CDS ?

2. Quels sont les difficultés et obstacles que vous avez rencontrés dans la mise en place du projet global et de ses différents aspects ?

Convaincre les partenaires de la pertinence du projet (élus, financeurs...) / trouver les financements / des locaux / recruter s'est-t-il avéré plus difficile que prévu ?

Quelle a été l'attitude de l'ARS / la CPAM / l'ordre des médecins et des autres acteurs de santé du territoire (libéraux, établissements de santé, dentistes, etc) ?

3. Quels moyens avez vous mobilisé pour vous aider à surmonter ces difficultés ?

De quel accompagnement avez vous bénéficié ? (ARS, CPAM, CDOM ? Un cabinet conseil ? Des organisations représentatives des centres de santé (FNCS, USMCS) ? Un autre organisme ? Une autre structure ?)

4. Comment avez vous appréhendé la question budgétaire ?

Avez vous posé l'équilibre budgétaire comme objectif ?

L'avez-vous atteint ou quels délais vous êtes-vous fixé ?

5. L'accord National prévoit des financements structurés en fonction d'indicateurs précis. Que pensez vous de leur mise en oeuvre ?

Accessibilité du CDS: amplitude des horaires d'ouverture (au maximum 8h-20h et samedi matin), accès à des soins non programmés chaque jour ouvré, fonction de coordination organisée avec un responsable identifié.

Concertation pluriprofessionnelle formalisée et régulière (au moins 1 réunion par mois).

Elaboration de protocoles pluriprofessionnels (au moins 2).

Partage et structuration de l'information.

6. Comment travaillez vous avec les différents partenaires sur le territoire ?

Etablissements de santé, services de prévention (PMI, médecine scolaire, autres), services sociaux et médico sociaux, professionnels de santé libéraux en MSP ou pas ? Autres ?

Ces partenariats ont-ils été formalisé (conventions ou autres) ?

7. Que pensez vous de ce qui a été accompli à l'heure actuelle au regard de ce que vous en attendiez initialement ?

Pensez vous que le CDS répond à vos attentes initiales ? Si non pourquoi ?

Avez vous une évaluation de la satisfaction des usagers ou de l'équipe soignante ?

8. Quelles sont vos objectifs pour améliorer ce que propose actuellement votre CDS ?

Quels objectifs souhaiteriez vous remplir à court terme ?

9. En tant que promoteur, quelles suggestions feriez vous pour faciliter la création des CDS ?

Quelles sont vos doléances ?

Avez-vous des propositions pour améliorer l'accompagnement ?

10. Avez vous quelque chose à ajouter ?

Merci beaucoup pour votre disponibilité.

Si une nouvelle question émerge, m'autorisez vous à vous contacter par téléphone pour la poser ?

Annexe 2 : Mail de demande d'entretien

[Contact de l'enquêteur]	[Contact de l'enquêté]
--------------------------	------------------------

Lorient le [00/00/2018]

Objet : demande d'entretien dans le cadre d'une thèse de médecine générale

Madame/monsieur [fonction du porteur de projet],

Etudiant en médecine générale à l'Université de Rennes, je sollicite par la présente un entretien avec vous ou avec un de vos collaborateurs dans le cadre de mes travaux de thèse. Le sujet de celle-ci est l'évaluation des centres de santé créés au cours des cinq dernières années.

Cette thèse est dirigée par le Dr Eric May, médecin généraliste et directeur de centre de santé à Malakoff (Hauts de Seine) qui a, par ailleurs, accompagné dans ses fonctions de représentant national des médecins de centres de santé des projets de création de centres.

Je cherche par ce travail à évaluer le niveau de réponse et de satisfaction des promoteurs de ces nouveaux centres par rapport aux attentes initiales, en prenant en compte le diagnostic de santé territorial, les besoins identifiés et le projet de santé du centre. Il s'agira en particulier de mesurer les écarts existants ou pas entre les objectifs fixés à ces projets et les résultats obtenus et de tenter d'identifier les difficultés et obstacles qui auraient été communs à la mise en œuvre de tous ces projets.

Aussi, je me permets de vous contacter car vous avez créé dans ces cinq dernières années un centre de santé. Je souhaiterais l'inclure dans mon travail universitaire. Quinze autres centres sont pressentis pour être l'objet de l'étude, des centres de santé hospitaliers, des centres de santé associatifs et des centres de santé municipaux [comme le vôtre].

L'étude reposera principalement sur des entretiens semi dirigés avec vous-mêmes ou avec votre représentant et/ou avec le responsable administratif de votre centre et/ou avec un professionnel de santé de l'équipe, si possible le coordinateur. Par ailleurs, j'aurai besoin de récupérer des éléments descriptifs de votre structure : données démographiques de votre territoire, démographie médicale, activité globale du centre, file active, nombre de personnels et nombre de professionnels de santé... Ces données et ces entretiens seront anonymisés.

Je vous remettrai bien sûr aux termes du travail d'étude toutes les données concernant votre structure.

Je suis à votre disposition et à celle de vos collaborateurs pour apporter toutes les précisions que vous jugerez nécessaires.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à mon courrier et dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer [enquêté], mes salutations respectueuses.

M. Boris CAMPOS

Annexe 3 : Tableau des caractéristiques des CDS

Données générales :	1	2	3	4	5	6	7
Année d'ouverture	2013	2017	2016	2017	2015	2012	2013
Gestion	Municipale	Municipale	Municipale	Municipale	Municipale	Municipale	Municipale
CDS médical ou polyvalent	Médical	Médical	Médical	Médical	Médical	Polyvalent	Polyvalent
Adhésion à la Fédération Nationale des Centres de Santé	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	NON
Nombre total de salariés	9	7	5	9	6	12	14
Nombre de professionnels de santé	6	4	3	5	3	7	10
Nombre de médecins généralistes en Equivalant Temps Plein	4,3	3,25	3	3	3	6	4,35
Salaire à l'embauche des médecins généralistes (Net)		5 000€	5 000€	4500	6 000€	N.C	5 100€
File active (nombre de fiches patients)	10081	6553	1373	6683	3000	N.C	4050
Nombre de patients-médecin traitant	4310	1896	1373	2300	800	N.C	2526
Temps du créneau de consultation en minute	20	15	15	15 et 20	15 et 20	15	15
TP intégral	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI	NON
Bloc commun principal SOCLE de l'Accord National							
Horaires d'ouverture	8h00 - 19h15	8h30-19h	8h - 20h	8h - 19h	7h30-18h	9h-19h	8h30 - 18h30
accès à des soins non programmés chaque jour ouvré	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
fonction de coordination organisé avec un responsable	OUI	OUI	OUI	OUI	En projet	OUI	OUI
Concertation pluriprofessionnelle formalisée et régulière	OUI	NON	NON	OUI	En projet	NON	NON
Elaboration de protocoles pluriprofessionnels.	NON	NON	NON	En projet	En projet	NON	NON
Partage et structuration de l'information	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
Bloc commun principal OPTIONNEL de l'Accord National							
Missions de santé publique	OUI	NON	En projet	OUI	En projet	OUI	NON
Diversification de l'offre de soin	AUCUN	AUCUN	AUCUN	AUCUN	En projet	AUCUN	Paramédicaux
Formation des jeunes professionnels de santé	OUI	NON	NON	OUI	En projet	OUI	NON
Coordination externe	NON	NON	NON	En projet	OUI	NON	NON
Système d'information pluriprofessionnel	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
Hors Accord National:							
Participation à la permanence des soins	NON	OUI	NON	En projet	OUI	NON	NON
Visite à domicile	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Données générales :		8	9	10	11	12	13	14
Année d'ouverture		2016	2016	2017	2016	2016	2013	2015
Gestion		Associative	Municipale	Municipale	Hospitalière	Associative	Municipale	Municipale
CDS médical ou polyvalent		Polyvalent	Médical au sein d'un PDS	Médical	Médical	Médical	Médical au sein d'un PDS	Medical
Adhésion à la Fédération Nationale des Centres de Santé		OUI	OUI	OUI	N.C	N.C	OUI	OUI
Nombre total de salariés		14	7	6	N.C	N.C	7	2
Nombre de professionnels de santé		7	4(CDS)/10(PDS)	4	N.C	N.C	4(CDS)/22(PDS)	1
Nombre de médecins généralistes en Equivalant Temps Plein		4	1,6	3,8	N.C	N.C	2,6	1
Salaire à l'embauche des médecins généralistes (Net)		2190 brut	35 €/heure brut	5 400€	N.C	N.C	Grille PH	4 500€
File active (nombre de fiches patients)		N.C	3500	1200	N.C	N.C	12179	2044
Nombre de patients-médecin traitant		1800	3000	900	N.C	N.C	1165	1177
Temps du créneau de consultation en minute		20 et 40	15	20	N.C	N.C	15 à 30	15
TP intégral		OUI	NON, en projet	Abandonné	OUI	NON	OUI	NON
Bloc commun principal SOCLE de l'Accord National								
Horaires d'ouverture		8h-20h	8h30 - 18h30	8h - 20h	N.C	N.C	8h - 19h	8h45 -18h45
accès à des soins non programmés chaque jour ouvré		OUI	OUI	OUI	N.C	N.C	OUI	OUI
fonction de coordination organisé avec un responsable		OUI	OUI	OUI	N.C	N.C	OUI	OUI
Concertation pluriprofessionnelle formalisée et régulière		OUI	NON	OUI	N.C	N.C	OUI	NON
Elaboration de protocoles pluriprofessionnels.		OUI	NON	OUI	N.C	N.C	OUI	OUI
Partage et structuration de l'information		OUI	NON	NON	N.C	N.C	OUI	OUI
Bloc commun principal OPTIONNEL de l'Accord National								
Missions de santé publique		OUI	NON	NON	N.C	N.C	OUI	OUI
Diversification de l'offre de soin		Paramédicaux	AUCUN	AUCUN	Spécialistes	N.C	AUCUN	AUCUN
Formation des jeunes professionnels de santé		En projet	OUI	NON	N.C	N.C	En projet	OUI
Coordination externe		OUI	NON	NON	N.C	N.C	NON	OUI
Système d'information pluriprofessionnel		OUI	NON	NON	N.C	N.C	OUI	NON
Hors Accord National:								
Participation à la permanence des soins		NON	NON	NON	N.C	N.C	NON	OUI
Visite à domicile		OUI	OUI	NON	N.C	N.C	OUI	OUI

PDS : Pôle De Santé; N.C : Non Communiqué

Annexe 4 : Conseils à destination des nouveaux porteurs de projet

Recruter un médecin avec profil administratif pour le poste de médecin coordonnateur et un responsable administratif compétent pour finaliser le projet.

Disponibilité et qualité de management de l'élu référent. Il faut veiller notamment à conserver une bonne entente entre l'élu référent, le DGS et le médecin coordonnateur.

Bien choisir son logiciel, adapté aux CDS. Une fois rentré plusieurs milliers de patients, ce sera compliqué de recommencer.

Accepter de démarrer sans avoir réglé toutes les questions techniques. *“Je dis à tous ceux que l'on reçoit : il faut accepter de démarrer en étant pas prêt. Parce que quand on démarre on est pas prêt”*(CDS13).

Ne compter que sur soi-même. *“A des collègues maires (...), je leur dis toujours : “si vous voulez créer un CMS, ne comptez sur personne. Ne comptez que sur vous-même. Parce que vous n'aurez pas d'aides. Ni de la part de l'ARS, ni de la part du Conseil de l'Ordre”*”(CDS14).

Adhérer à la Fédération nationale des CDS. *“C'est un bon pilier pour créer un centre de santé. C'est ce que je dis à tous ceux qui viennent me voir”*(CDS6).

