



Evaluation du modèle économique des centres de santé pluriprofessionnels



Rapport

Carole LÉPINE

Dr Pierre LOULERGUE

Antoine MAGNIER

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

Avec la participation du pôle data de l'IGAS

2023-034R
Mars 2024

Le Docteur Pierre LOULERGUE, membre élu du Conseil départemental de l'ordre des médecins de Paris, n'a participé ni à l'analyse des sujets mettant en jeu la position ordinale, ni à la rédaction des parties du rapport qui rendent compte de cette analyse.

SYNTHÈSE

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours, ainsi que des activités de prévention, au sein du centre ou au domicile des patients sur la base d'un projet de santé. Ouverts à tous les usagers, ils sont tenus de réaliser principalement des prestations remboursables par l'assurance maladie (secteur 1) et de pratiquer le mécanisme du tiers payant. Les professionnels de santé qui y exercent sont nécessairement salariés de la structure. Avec les maisons de santé pluriprofessionnelles, regroupant des professionnels libéraux, ils forment les deux structures d'exercice coordonné favorisant une prise en charge globale du patient.

En 2022, les 586 centres de santé pluriprofessionnels en activité, c'est à dire employant au moins un médecin généraliste et un auxiliaire médical, représentent encore une part très limitée de l'offre de soins primaires au niveau national (1,2 % des dépenses de soins de ville en 2022). Leur nombre a fortement augmenté au cours de la période récente (65 % entre 2016 et 2022), tout en restant très inférieur à celui des maisons de santé pluriprofessionnelles (2 251 fin 2022) qui ont connu un développement spectaculaire au cours des quinze dernières années.

Les centres sont répartis de manière inégale sur le territoire français. Fortement concentrés en Ile-de-France et, dans une moindre mesure, dans les Hauts de France, on en trouve également en nombre significatif dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Grand-Est et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Pour autant, leur nombre a connu une forte augmentation dans toutes les régions, à l'exception de la région Grand-Est, de la Corse et des départements d'Outre-mer. La concentration en Ile-de-France et à Paris en particulier, apparaît encore plus importante lorsque l'on tient compte de la taille des centres et de la taille des populations.

Leur gestion est assurée principalement par des associations (40 %), des collectivités territoriales (23 %) - notamment des communes -, des organismes de sécurité sociale (18 %) et dans une moindre mesure par des organismes mutualistes (7 %). On compte très peu de centres gérés par des établissements de santé publics ou des organismes privés à caractère commercial (8 et 12 centres en activité en 2022).

Le spectre d'activités de soins médicaux mises en œuvre par les CDS est variable, mais se limite le plus souvent à la médecine générale et à deux ou trois autres spécialités. Près de la moitié des CDS pluriprofessionnels dispensent soit des soins dentaires (38 % en 2022), soit des soins ophtalmologiques (24 %), voire les deux. Cette tendance s'est accentuée entre 2016 et 2022.

Les CDS pluriprofessionnels sont de taille très variable, avec toutefois une prépondérance de CDS de petite taille. Le nombre médian de médecins employés par les CDS était de 6 en 2022 pour l'équivalent d'un temps de travail de 2,6 ETP sur l'année (3,4 ETP de professionnels médicaux la même année). Le paysage des CDS pluriprofessionnel a connu un renouvellement important ces dernières années, avec de nombreuses opérations de création, de fermeture et de restructuration de centres favorisant l'émergence de centres de petite taille ou de taille modeste. Plus de 60 % des centres en activité fin 2022 ont ouvert depuis 2010, un quart ayant ouvert depuis 2020 seulement.

Les CDS pluriprofessionnels ont employé près de 7 750 professionnels médicaux en 2022 représentant un peu plus de 3 400 d'équivalent à temps plein (ETP) de ces professionnels sur l'année, dont :

- environ 6 000 médecins (un peu plus de 2 400 ETP annuels),
- un peu plus de 1 450 chirurgiens-dentistes (850 ETP annuels),
- près de 3 900 professionnels paramédicaux (2 900 ETP annuels), principalement des infirmières et des assistantes dentaires,
- environ 5 250 professionnels médico-administratifs (3 850 ETP annuels).

Les professionnels médicaux choisissent le plus souvent d'être employés à temps partiel, voire à temps très partiel, sur l'année. L'attrait pour ce mode d'exercice, dans un contexte de raréfaction des ressources médicales, est illustré par la forte augmentation récente des effectifs de professionnels médicaux des CDS pluriprofessionnels, notamment des effectifs de médecins (+24 % en effectif et +52 % en ETP annuels de 2016 à 2022).

Si la place qu'ils occupent dans l'offre de soins primaires est très faible au plan national, les centres constituent une offre de soins primaires importante dans certains territoires en manque de professionnels libéraux et/ou pour des publics socialement défavorisés. En effet, en 2022 :

- près d'un cinquième d'entre eux sont implantés dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et un peu moins d'un autre cinquième dans des quartiers vécus¹ ;
- une part importante des centres prennent en charge des populations socialement défavorisées au sens où le taux moyen de patientèle C2S et AME s'établit à 18 %², soit près du double du taux moyen national (10 %), un quart des centres ayant même un taux supérieur à 25 % ;
- 83 % des centres assurent le tiers payant sur la partie des frais devant être pris en charge par les organismes complémentaires (tiers payant intégral).

Pour son analyse financière, la mission a examiné la structure des charges d'exploitation et des recettes totales déclarées par les centres sous e-CDS.

Entre 2016 et 2022, le montant total des charges d'exploitation des CDS pluriprofessionnels pris de manière agrégée (hors ceux gérés par des collectivités territoriales) a augmenté de 82 %, atteignant 842,6 M€ en 2022. Environ 70 % de ces charges sont des charges de personnel, 3 % sont des charges d'amortissement et 27 % sont d'autres charges d'exploitation.

La forte hausse récente des charges d'exploitation tient en grande partie à la forte augmentation des charges de personnel (+78 % de 2016 à 2022), dans un contexte de hausse récente de l'inflation et surtout d'une raréfaction des ressources médicales et paramédicales :

¹ Quartiers avoisinant un QPV dont l'action de leurs services publics, équipements publics ou opérateurs associatifs bénéficient aux habitants du QPV voisin.

² Moyenne calculée sur la base de données agrégées.

l'augmentation des effectifs des centres du même champ (hors collectivités territoriales) a été nettement moins importante (+60 % pour les ETP annuels entre 2016 et 2022).

La hausse récente des charges d'exploitation n'a pas été compensée par celle des financements, dont 80 % correspondait aux honoraires sans ou avec dépassement : en 2022 en particulier, le taux de croissance des recettes a été nettement inférieur à celui des charges, ce qui a entraîné une détérioration de la situation économique et financière des centres. Le déficit médian d'exploitation estimé parmi les centres s'établit à près de 10 % des dépenses mais varie fortement selon les centres puisqu'un tiers parvient à dégager un résultat d'exploitation excédentaire. Il varie également selon les catégories de gestionnaires (entre -5 % pour les associations, - 8 % pour les organismes de sécurité sociale, - 32 % pour un échantillon réduit de collectivités territoriales et - 67 % pour les centres universitaires).

Dans ce modèle de tarification où 80 % des financements dépendent de l'activité des médecins, la productivité des praticiens demeure un des principaux leviers de l'équilibre économique, laquelle n'est pas suivie au niveau individuel dans les centres que la mission a rencontré.

En 2022, le niveau de file active « médecin généraliste » par ETP annuels de médecins généralistes est très variable selon les centres. Cette variabilité peut refléter des niveaux de productivité des médecins, des modes de prise en charge (fréquence moyenne des consultations dans l'année par patient) et des caractéristiques de la patientèle différents. Le niveau médian s'établit à 1 481 patients. La comparaison avec le niveau médian de file active atteint par les médecins généralistes libéraux en activité (1 556)³ est délicate, faute de données précises sur leur durée de travail.

Les médecins libéraux réalisent en moyenne plus d'actes que les médecins exerçant en centre de santé : le nombre médian d'actes cliniques de médecine générale par ETP annuels de médecins généralistes (MG) employés par les centres s'est établi à 3 396 en 2022⁴, alors que le nombre médian d'actes cliniques pour les médecins généralistes libéraux en activité était de 4 614 la même année, soit un écart de 36 %. Le nombre annuel d'actes de médecine générale par ETP de MG employés est très variable selon les centres.

Les écarts de production sont aussi sensibles entre les deux modes d'exercice pour les données relatives à la patientèle des adultes ayant déclaré un médecin comme « médecin traitant » et à la patientèle totale concernée (après prise en compte des enfants) : le nombre médian de patients suivis par ETP annuel de médecin généraliste s'établit à près de 700 patients en centre (adultes et enfants) en 2022, alors que le nombre médian de patients suivis par médecin généraliste en activité était de 1 100 patients la même année. Ces écarts pourraient s'être accumulés sur plusieurs années et seraient en partie dû à des pertes de données lors des remontées des déclarations de médecin traitant (papier et/ou en ligne), générant ainsi des pertes de recettes.

³ Champ : médecins généralistes (MG) libéraux (hors MEP) actifs et conventionnés au 31/12 de l'année, ayant au moins un patient médecin traitant (MT) adulte, ayant fait au moins un acte clinique dans l'année et hors ceux installés dans l'année. Source : CNAM - Document intitulé « Activité des médecins généralistes libéraux 2016-2022 » diffusé en novembre 2023 sur le site Internet de la CNAM en lien avec les négociations conventionnelles en cours :

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/20231119_Activite%20MG_2022.pdf

⁴ Ensemble des centres hors ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics pour lesquels les chiffres apparaissent très bas, pour les actes cliniques ressortissant de la médecine générale. Cf. annexe 1.

D'autres leviers d'optimisation des recettes sont peu ou insuffisamment activés, parmi eux : la subvention Teulade - un quart des centres a déclaré ne pas avoir perçu cette subvention en 2022 - les pratiques de cotation des actes, l'extension des plages d'ouverture des centres, la réalisation de téléconsultations, une gestion rigoureuse des agendas (rendez-vous non honorés), la dématérialisation du flux de facturation.

Aussi la première recommandation de la mission s'adresse aux gestionnaires des centres de santé, pour actionner l'ensemble des leviers économiques dont ils disposent pour équilibrer leurs comptes, dans la mesure où ils en disposent. En effet, selon l'appréciation de la mission, les gestionnaires de centres doivent établir des comptes propres à l'activité de chaque centre de santé qu'ils gèrent pour justifier leur caractère non lucratif, sauf exception (collectivités territoriales).

Une mise en perspective des modèles de tarifications mis en œuvre à l'étranger dans les structures de soins primaires montre que la majorité des pays comparables au nôtre ont opté pour des exercices en équipe pluridisciplinaire, et un panachage des modes de tarification (capitation, paiement à l'acte, performance, dotation globale), avec presque toujours une composante de capitation. Ce panachage prend des formes très variées, comme par exemple en Allemagne où le système de capitation est associé à une rémunération à l'acte dont le montant est dégressif en fonction du nombre d'actes pratiqués. La rémunération y est majorée en fonction du degré de coopération des professionnels de santé. Au Danemark, la rémunération à l'acte demeure majoritaire et permet de valoriser des modes de consultation distanciels (mail, téléphone).

Trois expérimentations sont portées au niveau national par le Ministère de la santé en association avec l'Assurance maladie, qui testent un nouveau mode de tarification, dont les évaluations sont toujours en cours : PEPS/PRIMORDIAL, IPEP, SEC PA. Ces expérimentations ne sont pas substitutives au modèle de droit commun, ce qui rajoute une couche de complexité pour les gestionnaires. Les premiers constats, sous réserve des évaluations toujours en cours, ne semblent pas montrer une réorganisation du travail en faveur de pratiques pluriprofessionnelles partagées entre médecins et infirmières dans la grande majorité des centres participants. A la connaissance de la mission un seul centre sous expérimentation PEPS a déclaré la mise en œuvre d'une pratique coordonnée intégrée médecin-IDE : son ratio file active MT/MG (1 595) surclasse la moyenne établie en exercice libéral qui s'établissait à environ 1 000 patients en 2022.

Comme l'ont communiqué le Comité de liaison des institutions ordinaires et l'Académie nationale de médecine en octobre 2022, un partage des tâches entre médecins généralistes et infirmières est non seulement possible mais nécessaire pour faire face aux tensions actuelles et prévisibles à court et moyen terme sur les ressources médicales et garantir un accès aux soins satisfaisant pour les patients situés dans les territoires sous dotés.

A l'étranger, le partage des tâches entre médecins et infirmières est entré dans les mœurs et dans les pratiques de nombreux autres pays européens : non seulement en Suède, mais par exemple en Allemagne, où des infirmières en pratique avancée travaillent y compris dans les cabinets médicaux, en Espagne, où les équipes pluridisciplinaires sont dirigées par un chef de service médical, ou en Italie, où, le plus souvent, une infirmière est chargée d'orienter le patient vers le professionnel (sanitaire ou social) adéquat.

En France, une partie de médecins généralistes, y compris en centre de santé, sont encore réticents à partager leurs tâches : cette modification de leur pratique quotidienne suppose, au

sein des centres de santé, de créer une « culture commune » autour du projet de santé permettant de tisser le lien de confiance nécessaire à la délégation des tâches – ce qui est compliqué à mettre en œuvre en raison notamment du travail à temps très partiel choisi par nombre de praticiens dans les centres de santé.

La mission ne retient pas l'idée, portée par un syndicat de médecins salariés, de mettre en place un statut spécifique pour les médecins généralistes employés par les collectivités locales et leurs groupements : une partie d'entre eux bénéficient d'ores et déjà d'un surclassement, dans certains centres, par rapport à la grille appliquée dans la fonction publique hospitalière, ce qui, dans l'hypothèse de la création d'un statut spécifique, pourrait alimenter une surenchère salariale dans les deux versants de la fonction publique, ou bien entraîner une désaffection de la profession, en fonction du niveau de rémunération retenu. Par ailleurs la mission est favorable au maintien ou à l'adoption d'une « part variable » significative dans la rémunération des praticiens, comme le pratique certains centres, afin de conserver un lien entre l'activité du praticien et la rémunération du centre, mais également à la mise en place de conventions de forfait annuel en jours, pour tenir compte de l'autonomie dont les médecins disposent dans l'organisation de leur emploi du temps.

Le paysage des centres de santé, très hétérogène, ne permet pas de caractériser un modèle type. Toutefois la majorité des praticiens salariés en centre ne semble pas prête aujourd'hui à travailler en binôme médical/paramédical pour répondre au besoin grandissant de prise en charge.

Or, pour la mission, le développement de centres de santé pluriprofessionnels peut constituer une réponse au phénomène de désertification médicale uniquement dans l'hypothèse d'une augmentation de leur file active et/ou de leur patientèle « médecin traitant », pour garantir l'accès aux soins au plus grand nombre de patients, sans dégrader la qualité des soins.

Aussi, la mission a établi 20 pistes, dont les principales sont synthétisées ci-dessous et s'adressent aux autorités de santé et à l'Assurance maladie pour consolider le modèle de rémunération actuel, inciter à une prise en charge coordonnée et augmenter la file active des patients.

1. Face à la complexité croissante du modèle de rémunération des centres de santé et à défaut de simplification, un accompagnement méthodologique, financier et un renforcement du suivi des centres paraît souhaitable et devrait être assuré par les autorités sanitaires et les caisses de l'Assurance maladie pour permettre la montée en compétences des gestionnaires de ces centres et mettre en évidence les leviers d'optimisation des recettes – y compris dans les établissements de santé et dans les collectivités locales, qui peinent le plus souvent à établir la situation économique de leurs centres, faute de comptabilité analytique. L'engagement des collectivités locales et de leurs groupements en faveur de la création de centres de santé, sans méconnaître le principe de libre administration des collectivités territoriales, doit par ailleurs être articulé avec la politique de structuration de l'offre de soins primaires sur le territoire, qui relève de la compétence des ARS, via l'inscription des centres portés par les collectivités dans les outils contractuels à la main des agences (programme et contrat local/territorial de santé...);
2. L'Assurance maladie doit mettre à niveau son offre de service pour offrir les mêmes services d'accompagnement et d'accès aux téléservices (Ameli Pro) et aux télédéclarations aux centres de santé qu'aux professionnels libéraux. Elle devrait notamment prioriser les travaux de développement permettant d'individualiser la remontée des données

individuelles des PS exerçant dans les centres de santé et auditer la procédure de déclaration « médecin traitant » dans les centres de santé ;

3. Quelques mesures pourraient utilement aider à prévenir la désertification des territoires, en instituant la possibilité d'informer l'ARS du départ des professionnels, trois mois avant leur départ à la retraite, en mettant les aides démographiques pour les centres au même niveau que celles des professionnels libéraux, et en étudiant la mise en place de bonus (patientèle « surprécaire », quartier QPV) ou d'aide financière à la sécurisation des locaux ;
4. Les centres, plus encore que les professionnels libéraux, semblent affectés par le phénomène de « no show ». A l'instar de l'Italie, de la Suède ou de l'Allemagne, la mission considère souhaitable de responsabiliser les patients indécis, qui n'honorent pas leur rendez-vous et ne s'excusent pas, tout en laissant aux professionnels une souplesse dans l'application de la sanction : il conviendrait d'étudier la possibilité pour les centres de facturer des dépassements « DE » proportionnés à la perte de recette ;
5. La mission recommande de mettre les centres de santé au même niveau que les maisons de santé, en autorisant un exercice mixte au sein des centres de santé (libéral ou salarié), à l'instar de ce qui se pratique dans les hôpitaux (paiement d'une redevance pour l'utilisation des locaux/plateaux techniques). La question d'ouvrir la possibilité pour les centres d'opter pour le secteur 2/OPTAM (à l'instar des MSP) n'a pas été revendiquée par les interlocuteurs de la mission, mais se pose dès lors qu'une partie des centres développe des activités/prestations annexes non remboursées (bilans de prévention, consultations esthétiques, médecines « non conventionnelles »...), qui représente une part très minime de leur activité, mais qui peut s'avérer nécessaire pour équilibrer leurs comptes ;
6. La mission recommande de mieux rémunérer la spécificité pluriprofessionnelle comparativement au mode d'exercice libéral « en silo », en créant des indicateurs de la rémunération spécifique relatifs au travail en équipe, en créant un bonus pour la nomination d'un chef de service/équipe pluriprofessionnelle traitante et en rémunérant la mise en place de pratiques de coordination intégrées, en réaffectant une partie des indicateurs de la rémunération spécifique. La rémunération des centres pour la totalité des stages de formation est également souhaitable pour favoriser le développement de ces stages et orienter ainsi les jeunes professionnels de santé vers le travail en équipe pluridisciplinaire, dans ces premières années où ils affinent leur choix en matière d'installation et de pratique.

Pour les centres qui sont prêts à mettre en place des équipes pluriprofessionnelles traitantes basées sur un partage des tâches entre médecins et infirmières, la mission recommande d'établir les fondations d'un nouveau modèle de tarification, fondé sur la capitation.

L'appauvrissement de l'offre de soins de premier recours dans le territoire est un sujet de préoccupation majeure pour les responsables d'établissements hospitaliers de proximité : non satisfaite, une part de la demande de soins de premier recours se reporte sur leurs services d'urgences hospitalières, entraînant une surcharge et compromettant une prise en charge efficace des patients les plus gravement malades. Les établissements de santé rencontrés, notamment publics, mais pas uniquement, sont intéressés par la mise en place de ce type de structure « passerelle » : culturellement, ils sont prêts à expérimenter la délivrance de soins

primaires par une équipe de professionnels de santé, en s'inspirant de l'organisation des soins mise en place au sein des services hospitaliers.

Les ponts entre la médecine de ville et l'hôpital se sont multipliés ces dernières années, portés par les établissements hospitaliers publics, afin de développer soit des centres de santé à même d'offrir une offre de soins de proximité à la population locale, soit d'offrir des consultations de soins non programmées des consultations hébergées par l'hôpital et assurées par des praticiens retraités, ou des partenariats. Les obstacles rencontrés sont administratifs (budget annexe et système de facturation spécifique, système d'information...).

Aussi la mission recommande de tester la mise en place de centres de santé aux pratiques coordonnées intégrées (binômes médicaux/paramédicaux...) dans les établissements de santé et de tester une tarification alternative au paiement à l'acte pour les centres qui s'engagent dans une prise en charge en équipe médicale/paramédicale de la patientèle, conditionnée à l'atteinte d'objectifs en termes de file active (MT et hors MT).

En conclusion, la situation économique, financière et l'organisation actuelle des centres de santé pluriprofessionnels ne conduisent pas la mission à proposer des modifications substantielles du modèle économique pour la majorité des gestionnaires de centres, à qui il incombe, pour une partie d'entre eux, de mieux se l'approprier, en jouant sur différents leviers.

Toutefois la mission est favorable à l'émergence d'un nouveau modèle de financement, fondé sur une composante de capitation, pour les centres dont les professionnels de santé s'engagent, organisent et mettent en pratique le partage des tâches entre médecins généralistes et infirmières, afin de garantir l'accès aux soins sur tous les territoires, notamment les plus « désertés », sans dégrader la qualité des soins.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
1	Actionner l'ensemble des pistes d'optimisation des recettes (subvention Teulade, facturation des actes, vérification de la prise en compte des télédéclarations « médecin traitant », suivi de la productivité ...)	Gestionnaires des centres	2024
2	Développer l'offre d'accompagnement et d'expertise financière des centres de santé par les ARS	ARS	2024
3	Veiller régulièrement à faciliter la saisie des données de la plateforme e-CDS, à adapter son contenu aux besoins de suivi des centres et l'enrichir d'indicateurs économiques et de gestion pour éclairer les gestionnaires de centres	DGOS/CNAM ATIH/ARS	2024/25
4	Inciter les CPTS à intégrer les CDS dans les mêmes conditions que les autres offreurs de soins de premier recours	ARS	2024
5	Subordonner l'attribution d'aides financières par les ARS à l'inscription des centres de santé portés par les collectivités territoriales et leurs groupements aux outils conventionnels conclus sur leur territoire	DGOS/DSS	2024/25
6	Prioriser et faire aboutir les travaux de développement permettant d'individualiser la remontée des données des professionnels de santé exerçant dans les centres de santé	CNAM	2024
7	Effectuer les premières visites d'accompagnement avec les délégués numériques en santé pour sensibiliser les équipes des centres et fiabiliser les procédures de facturation	CPAM	2024
8	Auditer la procédure de déclaration « médecin traitant » dans les centres de santé et remédier au plus vite à ses insuffisances	CNAM/CPAM	2024

n°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
9	Etudier la faisabilité d'une procédure d'information des départs à la retraite des professionnels de santé, trois mois avant la date prévue, entre la CARMF et les autorités sanitaires	DGOS	2025
10	Offrir aux centres de santé des aides démographiques au même niveau que celles des professionnels libéraux, le cas échéant en les majorant les premiers mois qui suivent l'installation et automatiser leur versement, ainsi que pour la subvention Teulade	CNAM/DGOS /DSS	Négociations conventionnelles
11	Etudier la mise en place d'un double bonus : pour les centres / PS soignant une forte proportion de patientèle socialement précaire, avec une majoration de ce bonus pour ceux d'entre eux situés dans un quartier QPV en contrepartie d'une minoration pour les CDS/PS avec une patientèle précaire inférieure à la moyenne nationale	CNAM/DGOS /DSS	Négociations conventionnelles
12	Etudier la mise en place d'une rémunération spécifique visant à sécuriser les locaux du centre et à prévenir les atteintes aux personnes et aux biens, en particulier dans les centres (et MSP, PS) accueillant un fort taux de population sur-précaire	CNAM/DGOS /DSS	Négociations conventionnelles
13	Étudier la faisabilité juridique pour les professionnels de santé de recourir au dépassement exceptionnel « DE » pour compenser la perte de recette (partielle ou totale) liée à un rendez-vous non excusé, non honoré, non remplacé, dans les cas où ils l'estiment opportun	CNAM/DGOS /DSS	2024
14	Ouvrir la possibilité aux professionnels libéraux d'exercer en centre de santé en contrepartie d'une redevance pour l'utilisation des locaux/plateaux techniques	CNAM/DGOS /DSS	2025
15	Attribuer un bonus dans l'accord national des centres de santé (et MSP) pour récompenser la performance collective en fonction du niveau de patientèle « médecin traitant » par l'internalisation des pratiques de coordination et de partage des tâches médecins/infirmières	CNAM/DGOS /DSS	Négociations conventionnelles

n°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
16	Maintenir ou envisager l'introduction d'une part significative de rémunération variable individuelle et/ou collective dans les contrats de travail (centres de santé) de droit privé et étudier cette possibilité pour les médecins contractuels de droit public	Gestionnaires des centres / DGOS	2024/25
17	Envisager la mise en place de conventions de forfait annuel en jours pour les professionnels de santé salariés dans les centres de santé	Gestionnaires CDS	2024
18	Revoir l'architecture de la rémunération forfaitaire spécifique pour supprimer ou minorer certains indicateurs et encourager la prise en charge par l'équipe médicale et paramédicale, les pratiques pluriprofessionnelles intégrées, et la formation	CNAM/DGOS /DSS	Négociations conventionnelles
19	Accompagner la mise en place de centres de santé aux pratiques coordonnées intégrées (binômes médicaux/paramédicaux...) et délivrant une prise en charge des soins collective dans les établissements de santé	DSS/DGOS/ARS	2025
20	Proposer une tarification alternative au paiement à l'acte pour les centres qui s'engagent dans une prise en charge conjointe MG/IDE de la patientèle, conditionnée à l'atteinte d'objectifs en termes de file active MG+IDE et/ou de patientèle « médecin traitant »	CNAM/DSS	2025

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	11
RAPPORT	19
1 LES CENTRES DE SANTE PLURIPROFESSIONNELS, AUX CARACTERISTIQUES TRES HETEROGENES, SONT DES ACTEURS MAJEURS DE L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS AUPRES DE POPULATIONS DEFAVORISEES ET DANS CERTAINS TERRITOIRES.21	
1.1 LE PAYSAGE DES CENTRES DE SANTE PLURIPROFESSIONNELS EST MARQUE PAR SA DIVERSITE.....	22
1.1.1 586 centres pluriprofessionnels en activité en 2022, composés principalement de centres de santé polyvalents au sens de la CNAM	22
1.1.2 Le montant des honoraires des centres pluriprofessionnels représente 1,2 % des dépenses de soins de ville en 2022.....	23
1.1.3 Les centres, concentrés en Ile-de-France et dans quelques départements, essaient dans la plupart des régions.....	24
1.1.4 Les centres sont principalement gérés par des associations, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale.....	26
1.1.5 Près de la moitié des centres dispensent des soins dentaires ou ophtalmologiques.....	27
1.1.6 L'effectif médian s'établit à 21 salariés par centre, dont 6 médecins à temps partiel le plus souvent, soit 11,4 et 2,6 ETP annuels respectivement	28
1.1.7 Le paysage se renouvelle fortement, marqué par l'apparition de petits centres, parfois portés par des collectivités territoriales	29
1.1.8 La création de centres par les collectivités ne s'inscrit pas toujours dans un cadre conventionnel validé par les ARS	30
1.2 LA HAUSSE DES EFFECTIFS ATTESTE L'ATTRACTIVITE DE L'EXERCICE EN CENTRE, LE PLUS SOUVENT A TEMPS PARTIEL.....	33
1.2.1 Plus d'un tiers des centres n'emploient que des médecins généralistes à côté des auxiliaires médicaux.....	33
1.2.2 Les effectifs de médecine générale en centre ont augmenté de 64 % entre 2016 et 2022.....	35
1.2.3 Les professionnels de santé, en particulier médicaux, exercent leur activité à temps partiel, presque à mi-temps sur l'année en moyenne, ce qui renchérit les coûts de gestion.....	36
1.3 LA CONTRIBUTION DES CENTRES A L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS EST IMPORTANTE DANS LES TERRITOIRES ET POUR DES PUBLICS DEFAVORISES	37
1.3.1 La majorité des centres est implantée en zone sous dense.....	37
1.3.2 Le degré de précarité sociale de la patientèle ressort comme étant plus nettement élevé que pour l'exercice libéral au niveau national	38
1.3.3 Les centres consolident l'offre de soins de premier recours en réalisant des prestations délaissées ou peu prisées des professionnels libéraux.	39
2 LE DEFICIT MEDIAN D'EXPLOITATION, QUI S'ETABLIT A 10 % DES DEPENSES EN 2022, S'EXPLIQUE POUR UNE PARTIE DES CENTRES PAR UNE MAITRISE INSUFFISANTE DU MODELE DE REMUNERATION.....	40
2.1 LA SITUATION ECONOMIQUE ET FINANCIERE DES CENTRES PLURIPROFESSIONNELS, TRES VARIABLE SELON LES CENTRES, S'EST DEGRADEE EN 2022	40
2.1.1 L'analyse des données issues de la plateforme e-CDS s'est basée sur des ratios d'exploitation	40

2.1.2	<i>Les charges d'exploitation des CDS, pris de manière agrégée hors ceux gérés par des collectivités territoriale, ont augmenté de 82 % entre 2016 et 2022</i>	43
2.1.3	<i>80 % des recettes des CDS pluriprofessionnels sont constituées par les honoraires</i>	45
2.1.4	<i>Les aides des ARS représentent moins de 1 % des recettes</i>	48
2.1.5	<i>Le déficit médian d'exploitation qui s'établit à près de 10 % des dépenses en 2022 varie fortement selon les centres, un tiers dégagent un excédent</i>	50
2.1.6	<i>Le déficit médian varie entre -5 % et -67 % des dépenses selon les grandes catégories de gestionnaires de centres en 2022</i>	51
2.1.7	<i>Des analyses simples de corrélations menées sur la situation des centres en 2022 montrent que l'équilibre économique est dépendant de différents facteurs, dont logiquement l'activité des personnels médicaux</i>	53
2.2	LA PRODUCTIVITE DES MEDECINS EST L'UN DES PRINCIPAUX DETERMINANTS DE L'EQUILIBRE ECONOMIQUE DES CENTRES	54
2.2.1	<i>Le nombre de consultations moyen par heure est une donnée essentielle qui n'est pas suivie au niveau de chaque praticien</i>	54
2.2.2	<i>Rapportée au nombre d'ETP annuels de médecins généralistes, la file active « médecin généraliste » des CDS varie fortement selon les centres</i>	55
2.2.3	<i>Très variable selon les centres, la patientèle « médecin traitant » par ETP de MG employés des centres est globalement inférieure au volume de patientèle suivie par les médecins exerçant en libéral</i>	57
2.2.4	<i>Très variable selon les centres, le nombre d'actes par médecin généraliste en équivalent temps plein est inférieur à celui des médecins libéraux</i>	59
2.2.5	<i>La sous-cotation des actes génère des pertes de recettes</i>	60
2.3	LES LEVIERS D'OPTIMISATION DES RECETTES SONT PARTIELLEMENT ACTIONNES	62
2.3.1	<i>Les plages horaires d'ouverture des CDS pluriprofessionnels sont étendues mais très variables selon les centres</i>	62
2.3.2	<i>L'activité de télé-médecine est disponible dans un peu plus de la moitié des centres</i>	62
2.3.3	<i>Le suivi des rendez-vous non honorés non excusés n'est pas toujours rigoureux</i>	63
2.3.4	<i>Une partie du flux de facturation n'est pas fiabilisé</i>	64
2.3.5	<i>Près d'un quart des centres indiquent ne pas avoir perçu de montant de subvention Teulade en 2022</i>	64
2.3.6	<i>Le taux de non recours à la rémunération spécifique interroge</i>	65
3	LES EXEMPLES ETRANGERS ET LES EXPERIMENTATIONS FRANÇAISES TMOIGNENT DE LA NECESSITE DE FAIRE EVOLUER LE MODELE DE TARIFICATION VERS UNE PRISE EN CHARGE COORDONNEE DES PATIENTS PAR DES EQUIPES PLURIPROFESSIONNELLES INTEGREES	69
3.1	LES MODELES ECONOMIQUES DES STRUCTURES PLURIPROFESSIONNELLES A L'ETRANGER REPOSENT MAJORITAIREMENT SUR UN « MIX » DE TARIFICATIONS	69
3.1.1	<i>Les soins primaires sont majoritairement délivrés dans des structures pluriprofessionnelles privilégiant l'exercice collectif</i>	70
3.1.2	<i>Le panachage des tarifications est quasiment devenu la norme</i>	70
3.1.3	<i>En Allemagne et au Danemark, les modes de tarification sont désincitatifs à la multiplication des consultations en face à face</i>	71
3.2	LES PREMIERS CONSTATS DES EXPERIMENTATIONS « ARTICLE 51 » FONT RESSORTIR UNE LEGERE PROGRESSION DE LA FILE ACTIVE « MEDECIN TRAITANT » DES CENTRES PARTICIPANTS	74
3.2.1	<i>Le modèle PEPS ajoute une « surcouche » au modèle de droit commun sur le versant tarification</i>	75
3.2.2	<i>Si les évaluations s'avéraient positives, la complexité des modèles de rémunérations et l'absence d'échantillon représentatif plaideraient pour une implémentation graduée et limitée aux centres volontaires</i>	79

3.2.3	<i>L'association des centres de santé à d'autres expérimentations pourrait être envisagée</i>	80
3.3	EN FRANCE, LE CHEMIN EST LONG VERS UNE ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS PRIMAIRE PAR UNE EQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE « INTEGREE »	81
3.3.1	<i>Depuis de nombreuses années, les conditions de mise en œuvre d'un travail en équipe pluridisciplinaire se mettent en place pour accroître la file active des patients pris en charge sans dégrader la qualité des soins</i>	81
3.3.2	<i>A l'étranger, le partage des tâches entre médecins et infirmières est entré dans les mœurs et dans les pratiques de nombreux pays voisins</i>	83
3.3.3	<i>En France, en dépit du feu vert des instances déontologiques et médicales, une partie des praticiens, y compris en centre de santé, demeurent réticents au partage des tâches en équipe</i>	85
4	VINGT PISTES POUR INCITER A UNE PRISE EN CHARGE COORDONNEE ET A UNE AUGMENTATION DE LA FILE ACTIVE DES PATIENTS	90
4.1	MUSCLER L'ACCOMPAGNEMENT DES GESTIONNAIRES / PORTEURS DE PROJETS, ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE	90
4.1.1	<i>Conforter l'ARS dans son rôle de structuration de l'offre de soins de premier recours</i>	91
4.1.2	<i>Mieux articuler l'action publique avec les collectivités territoriales</i>	92
4.1.3	<i>Pour l'Assurance maladie, offrir les mêmes services d'accompagnement et de télédéclarations aux centres de santé qu'aux professionnels libéraux</i>	93
4.2	PREVENIR LA DESERTIFICATION MEDICALE DES TERRITOIRES	96
4.2.1	<i>Permettre d'anticiper les départs des professionnels de santé en informant les autorités sanitaires</i>	96
4.2.2	<i>Aider les centres à s'installer en territoire déserté et à accueillir les populations vulnérables</i>	97
4.2.3	<i>La mise en place d'un statut spécifique pour les médecins généralistes employés par des collectivités n'est pas recommandée par la mission</i>	101
4.3	RESPONSABILISER LES PATIENTS : TROUVER UN EQUILIBRE ENTRE LES DROITS ET LES DEVOIRS DES PATIENTS	103
4.3.1	<i>La prise en charge, partielle ou totale, par l'assurance maladie du coût de gestion administrative par les centres du tiers payant « intégral » ne paraît pas souhaitable</i>	103
4.3.2	<i>Donner aux professionnels la possibilité de sanctionner les patients indécents, n'honorant pas leur rendez-vous, sans justification et de manière répétée</i>	104
4.4	FAVORISER UN RAPPROCHEMENT DES MODELES ENTRE LES CENTRES ET LES MAISONS DE SANTE	105
4.4.1	<i>Autoriser l'exercice libéral en centre de santé</i>	106
4.4.2	<i>Etudier l'opportunité d'autoriser les centres de santé à passer en secteur 2 / OPTAM</i>	107
4.5	CONSERVER LA POSSIBILITE D'ATTRIBUER UNE PART VARIABLE DANS LA REMUNERATION DES MEDECINS	108
4.6	MIEUX REMUNERER LA SPECIFICITE PLURIPROFESSIONNELLE DES CDS	113
4.7	DANS L'ATTENTE D'UN TOURNANT DECISIF (« GAME CHANGER ») : ETABLIR LES FONDATIONS D'UN NOUVEAU MODELE DE REMUNERATION	115
4.7.1	<i>La majorité des praticiens salariés en centre ne semble pas prête à travailler en binôme para-médical pour augmenter leur file active</i>	115
4.7.2	<i>Les établissements de santé sont intéressés par le portage de centres « passerelle » entre l'offre de premier et de second recours</i>	116
4.7.3	<i>Dans des centres organisés sur la base d'« équipes traitantes », la part de tarification à l'acte de ces centres de santé « nouvelle formule » devrait devenir minoritaire</i>	118
	PIECE JOINTE : LETTRE ADRESSEE A LA MISSION PAR LE CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA VILLE DE PARIS DE L'ORDRE DES MEDECINS	121
	SIGLES UTILISES	125

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	129
LETTRE DE MISSION	146

RAPPORT

Introduction

Par lettre datée du 6 mai 2023, les ministres chargés de la santé et de la prévention ont confié à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) une mission d'évaluation du modèle économique des centres de santé pluriprofessionnels (CDS).

D'après l'article L.6323-1 du code de la santé publique (CSS), « les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. (...). Tout centre de santé (...) réalise, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie. Les centres de santé sont ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels y exerçant ».

Les centres de santé pluriprofessionnels, définis comme les centres qui emploient au moins un médecin généraliste et un auxiliaire médical, constituent une sous-catégorie particulière au sein des centres de santé, composée essentiellement de centres de santé médicaux et polyvalents au sens de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie qui a été signé le 8 juillet 2015 par l'ensemble des organisations représentatives des CDS et l'assurance maladie et qui a fait l'objet de plusieurs avenants ces dernières années⁵.

Cette mission fait suite au constat d'un nombre jugé limité de CDS en activité sur le territoire et d'études passées et récentes soulignant la fragilité de leur modèle économique, en dépit de la stratégie nationale de santé et des actions menées pour développer les structures d'exercice coordonné (maisons de santé et centres de santé).

- Il était attendu principalement de la mission :
 - En premier lieu, qu'elle établisse « un travail d'objectivation de la situation économique, financière et organisationnelle » des CDS pluriprofessionnels ;
 - En second lieu, qu'elle propose, sur la base de cet état des lieux des « pistes permettant d'atteindre un équilibre économique » pour ces centres de santé, en envisageant le cas échéant une évolution de leur mode de financement et en tenant compte notamment des expérimentations menées sur le territoire et des expériences étrangères.

⁵ Les centres de soins dentaires et les centres de soins infirmiers au sens de l'accord national des centres de santé qui constituent par ailleurs une majorité des centres de santé en activité ont fait l'objet de rapports de l'IGAS récents. cf. encadré infra.

Dans un contexte de désertification médicale emportant le risque d'un plus faible accès voire, dans certains territoires en grande difficulté, d'un renoncement aux soins, la question qui est posée est aussi celle des perspectives de développement des centres de santé pluriprofessionnels en matière de prise en charge des patients, alors que toutes les conditions sont réunies pour que les médecins généralistes puissent organiser la délégation d'une partie des tâches médicales aux infirmières.

- **Méthodologie**

La mission a établi ses constats à partir d'entretiens réalisés auprès des gestionnaires de 23 centres de santé ou réseaux de centres de santé portés par différents acteurs (associations, collectivités territoriales ou leurs groupements, organismes de sécurité sociale, mutuelles, établissements publics ou privés de santé...) dans plusieurs régions (Ile de France, Hauts de France, Bourgogne Franche Comté, Centre Val de Loire, Pays de la Loire, Occitanie, Provence Alpes Côte d'Azur), les administrations et organismes de sécurité sociale concernés (administrations centrales, CNAM, agences régionales de santé, caisses primaires d'assurance maladie), les principales fédérations ou représentants du secteur (FNCS, FEHAP, Fédération des mutuelles de France, Mutualité française, ADEDOM, C3SI, RNOGCS...) ainsi que d'autres interlocuteurs (AMF, Ordres professionnels, UCMSF, FMF, MG France, CSMF, association Asalée, directeurs de CHU...).

Elle a exploité une importante base documentaire recueillie pour partie dans le cadre de ses investigations de terrain.

La mission tient à relever que si elle a toujours été bien accueillie par l'ensemble de ses interlocuteurs, en particulier dans les centres de santé, une partie d'entre eux n'ont pas pleinement coopéré et n'ont pas satisfait à leur obligation légale de communication, dans la mesure où seuls sept gestionnaires de centres ont transmis les données économiques et comptables demandées, après relance⁶.

Ce constat, alors même que cette mission d'évaluation était attendue par les représentants de la profession, interroge sur la capacité ou le degré de transparence d'un certain nombre de gestionnaires à travailler avec les autorités sanitaires dans une perspective de développement et de contrôle du secteur.

La mission a par ailleurs procédé, avec l'appui du pôle d'analyse des données de l'IGAS, à une exploitation approfondie des données issues de la plateforme dite de « l'observatoire des centres de santé (ou « e-CDS ») ainsi que de plusieurs bases de données mises à disposition par les services de la CNAM (en lien notamment avec la détermination de la rémunération forfaitaire spécifique des CDS issue de l'accord national des centres de santé). Elle a aussi mobilisé à titre secondaire d'autres sources de données.

- Les principaux rapports qui ont été établis par l'IGAS au cours des années récentes et qui traitent des centres de santé ou de la structuration de l'offre de soins primaires, en lien avec

⁶ Extrait de l'article 42 de la loi n° 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire : « (...) Les administrations de l'Etat, les collectivités publiques, les services, établissements, institutions, organismes ou professionnels mentionnés à l'alinéa précédent sont tenus de prêter leur concours aux membres de l'inspection générale, de leur fournir toutes justifications et tous renseignements utiles et de leur communiquer tous documents nécessaires à l'accomplissement de leurs missions. (...) ».

la présente mission sont rappelés dans l'encadré ci-dessous, par ordre chronologique décroissant.

« *La formation des assistants médicaux* », rapport n° 2023-015 établi par Frédérique Simon-Delavelle et Louis Charles Viossat, juin 2023⁷

« *Evaluation de la situation économique et des perspectives de développement des centres de soins infirmiers dans l'offre de soins de proximité* », rapport IGAS n°2022-040R établi par Carole Lépine, Bruno Vincent, avec la participation de Romain Arini, novembre 2022⁸

« *Concertation sur la pratique avancée infirmière* », rapport IGAS N° 2022-010R/IGESR, établi par Jean Dubeaupuis, Patrice Blémont, août 2022⁹

« *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* », rapport n°2021-051R, établi par Dr Nicole Bohic, Agnès Josselin, Anne Caroline Sandeau-Gruber, Hamid Siahmed, avec la contribution de Christine d'Autume, novembre 2021¹⁰

« *Modèle économique des centres et maisons de santé participatifs* », rapport n°2020-057 établi par Corine Cherubini, Valérie Gervais et Régis Pelissier, janvier 2021

« *Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins* », rapport n°2016-105 établi par Christine Daniel, Patricia Vienne, Pirathees Sivarajah, janvier 2017¹¹

« *L'association Dentexia, des centres de santé dentaire en liquidation judiciaire depuis mars 2016 : impacts sanitaires sur les patients et propositions* », rapport n°2016-075 établi par Christine Daniel, Philippe Paris, Patricia Vienne, juillet 2016¹²

« *Améliorer l'accès aux soins de proximité, un éventail de mesures à disposition des acteurs* », rapport n°2015-132R établi par Huguette Mauss et Angel Piquemal, décembre 2015

« *Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain* », rapport n°2013-119P établi par Philippe Georges, Cécile Waquet et Juliette Part, juillet 2013¹³

1 Les centres de santé pluriprofessionnels, aux caractéristiques très hétérogènes, sont des acteurs majeurs de l'offre de soins de premier recours auprès de populations défavorisées et dans certains territoires

Cette première partie présente les principaux constats de la mission sur les caractéristiques et l'évolution des centres de santé (CDS) pluriprofessionnels, établis à partir de ses entretiens, des

⁷ <https://www.igas.gouv.fr/La-formation-des-assistants-medicaux.html>

⁸ <https://www.igas.gouv.fr/Evaluation-de-la-situation-economique-et-des-perspectives-de-developpement-des.html>

⁹ <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2022-010r-rapport.pdf>

¹⁰ <https://www.igas.gouv.fr/Trajectoires-pour-de-nouveaux-partages-de-competences-entre-professionnels-de.html>

¹¹ <https://www.igas.gouv.fr/Les-centres-de-sante-dentaires-propositions-pour-un-encadrement-ameliorant-la.html>

¹² https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2016-075R.pdf

¹³ https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf

sources documentaires recueillies et des principales bases de données auxquelles elle a eu accès. Elle s'appuie en particulier, dans une large mesure, sur l'exploitation de la base « e-CDS »¹⁴.

1.1 Le paysage des centres de santé pluriprofessionnels est marqué par sa diversité

Les CDS « pluriprofessionnels » correspondent aux centres employant au moins un médecin généraliste et un auxiliaire médical, tels que définis par le code de la santé publique (CSP) : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciennes, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audioprothésistes, prothésistes, orthésistes, diététiciennes et infirmières en pratique avancée¹⁵. En fonction de la nature de leur activité, ils relèvent d'une des catégories définies par l'accord national des centres de santé¹⁶ : les centres de santé dentaires, les centres de soins infirmiers (CSI), les centres médicaux et les centres de santé dits polyvalents¹⁷.

Leur identification est possible depuis la mise en place de la plateforme e-CDS en 2016, qui est renseignée chaque année par l'ensemble des centres et à titre secondaire par la CNAM et les ARS.

Le développement récent des CDS pluriprofessionnels s'inscrit dans un contexte général de forte augmentation du nombre total de centres de santé en activité (+73 % entre 2016 et 2022¹⁸), qui s'établit à 2 798 fin 2022¹⁹. L'augmentation est plus marquée, s'agissant des CDS dispensant des soins dentaires et des CDS dispensant des soins ophtalmologiques (respectivement +83 % et +146 % entre 2016 et 2022 selon les estimations de la mission).

1.1.1 586 centres pluriprofessionnels en activité en 2022, composés principalement de centres de santé polyvalents au sens de la CNAM

586 centres pluriprofessionnels étaient en activité fin 2022, à savoir ayant employé au moins un médecin généraliste et un auxiliaire médical dans l'année (fut-ce à temps partiel ou très partiel sur

¹⁴ L'annexe 1 présente de manière plus détaillée les constats établis à partir de cette exploitation.

¹⁵ La mission a choisi pour sa rédaction de féminiser le terme « infirmier » et les professions exercées très majoritairement par des femmes.

¹⁶ Accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie qui a été signé le 8 juillet 2015 par l'ensemble des organisations représentatives des CDS et l'assurance maladie et qui a fait l'objet de cinq avenants ces dernières années.

¹⁷ Par souci de concision, ces catégories sont désignées comme des « catégories au sens de la CNAM » ou « catégories CNAM » dans ce rapport.

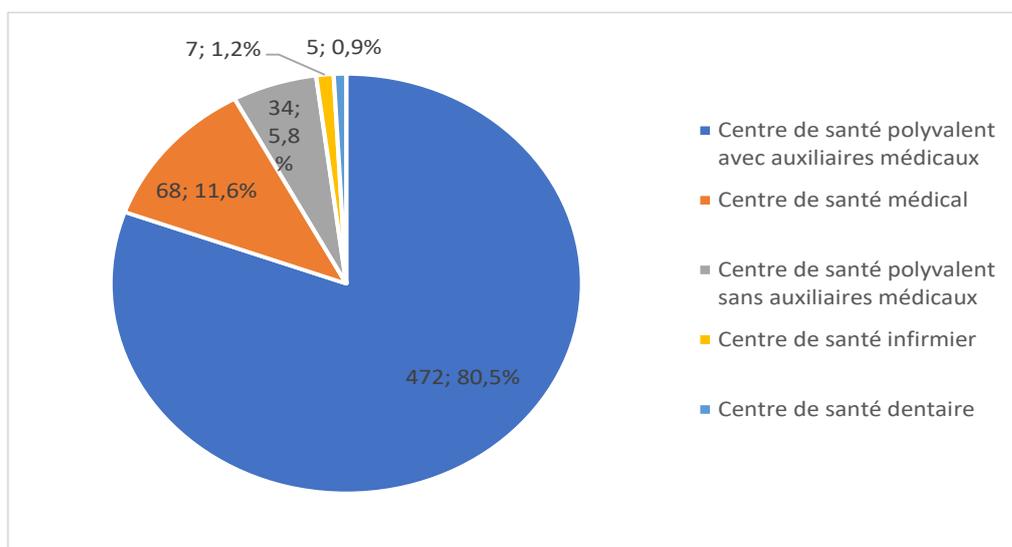
¹⁸ Cette forte hausse concerne l'ensemble des catégories CNAM des CDS, à l'exception des CSI dont le nombre a stagné entre 2016 et 2022.

¹⁹ Source : e-CDS, c'est-à-dire des centres ayant fourni des données et les ayant validées dans le cadre de la campagne annuelle de collecte d'informations de la plateforme e-CDS du début 2023, parmi lesquels : 43,2 % de centres de santé dentaire, 16,8 % de CSI et 40,0 % de centres de santé médicaux ou polyvalents (11,4 % de centres médicaux, 22,6 % et 6,0 % respectivement de centres polyvalents déclarant, en première analyse, employer ou pas des auxiliaires médicaux).

l'année)²⁰. Ce nombre reste très en retrait de celui des maisons de santé pluriprofessionnelles (2 251 fin 2022, selon les données de la DGOS) qui constituent à côté des centres la seconde catégorie de structures dite « d'exercice coordonné » (SEC) : depuis leur création en 2007, elles ont connu un développement spectaculaire au cours des quinze dernières années, à la faveur des mesures de soutien vigoureuses prises par les gouvernements successifs.

Les CDS pluriprofessionnels sont principalement composés de CDS polyvalents déclarant employer des auxiliaires médicaux (80,5 % du total en 2022) ainsi que de CDS médicaux (11,6 %) et de CDS polyvalents déclarant, en première analyse, ne pas employer d'auxiliaire médical (5,8 %). Un très petit nombre se sont toutefois déclarés comme centres de santé dentaire et comme CSI (5 et 7 respectivement en 2022) (graphique 1).

Graphique 1 : Répartition des CDS pluriprofessionnels par catégories CNAM en 2022



Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) ;

1.1.2 Le montant des honoraires des centres pluriprofessionnels représente 1,2 % des dépenses de soins de ville en 2022

Le nombre de CDS pluriprofessionnels en activité a très fortement augmenté au cours des années récentes : 65,5 % entre 2016 et 2022. La hausse s'est en outre accentuée ces toutes dernières années (+38 % de 2019 à 2022, après +20 % de 2016 à 2019). La part des CDS pluriprofessionnels qui adhèrent à l'accord national des centres de santé est très élevée : 96,6 % en 2022.

²⁰ Par souci de simplicité et de cohérence, la mission a pris le parti d'identifier les CDS pluriprofessionnels, comme l'ATIH, notamment pour les tableaux de bord national et régionaux issus de la plateforme e-CDS, sans tenir compte des fermetures de centres déclarées par certains centres sur la plateforme. 3 CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validés avant la fin février 2023) ont indiqué avoir fermé en 2022. La DGOS dénombre pour sa part 582 CDS pluriprofessionnels en activité fin 2022, en tenant compte de ces fermetures et de certaines autres observations empiriques.

Les CDS pluriprofessionnels représentent encore une part très limitée de l'offre de soins primaires au niveau national : le montant des honoraires perçus ou à percevoir au titre de l'année 2022 par l'ensemble des CDS pluriprofessionnels représentait 1,2 % seulement des dépenses de soins de ville en France calculées dans les comptes de la santé établis par la DREES²¹. Ils ont augmenté de 45 % entre 2016 et 2022.

La part du nombre des actes de médecine générale réalisés par les CDS – à savoir ceux réalisés essentiellement par l'ensemble des CDS médicaux et polyvalents (soit un champ plus large que les CDS pluriprofessionnels stricto sensu) - dans le total des actes réalisés par les médecins généralistes exerçant en libéral et en CDS en France a augmenté de manière spectaculaire ces dernières années, de 1,8 % en 2018 à 5,0 % en 2022²².

Une part des CDS médicaux et polyvalents dans l'offre de soins primaires qui varie fortement selon les régions et les départements

Après prise en compte de la taille des centres, de la taille des populations et de l'offre de soins des professionnels médicaux qui exercent en libéral, il apparaît que la place des CDS médicaux et polyvalents (soit un champ plus large que les CDS pluriprofessionnels stricto sensu) dans l'offre de soins primaires varie dans des proportions importantes selon les régions et les départements.

Selon les données issues de l'application C@rto Santé, la part du nombre des actes de médecine générale réalisés par l'ensemble des CDS – à avoir essentiellement par l'ensemble des CDS médicaux et polyvalents - dans le total des actes réalisés par les médecins généralistes exerçant en libéral et en CDS en France s'élevait à 17,4 % en Ile de France en 2022, contre seulement à 3,3 % à 3,4 % dans les régions suivantes (Bourgogne-Franche-Comté, Occitanie et PACA). Ce taux se limitait à l'inverse à 2,2 % la même année en Bretagne et en Normandie.

Des variations plus importantes encore du poids des CDS dans l'offre de soins primaires s'observent également entre les départements. Selon les données issues de la même application, la part du nombre des actes de médecine générale réalisés par les CDS dans le total des actes réalisés par les médecins généralistes exerçant en libéral et en CDS en France s'élevait respectivement à 31,4 % à Paris, 28,7 % dans le Val de Marne, 19,7 % en Seine-Saint-Denis, 12,8 % dans les Hauts de Seine, 8,8 % en Charente, 8,3 % dans le Val-d'Oise et à 8,0 % en Saône-et-Loire en 2022. Elle était à l'inverse très basse, inférieure à 1,0 % dans un certain nombre de départements (Côte-d'Or, Landes, Manche, Haute-Savoie, Somme, Vienne, Haute-Vienne, Charente-Maritime, Creuse, Deux-Sèvres, Vosges, Ardennes, Aisne, Lozère, Cantal).

1.1.3 Les centres, concentrés en Ile-de-France et dans quelques départements, essaient dans la plupart des régions

Au niveau régional, le nombre de CDS en activité a fortement augmenté au cours des années récentes dans l'ensemble des régions, à l'exception notable de la région Grand-Est, de la Corse et des départements d'Outre-mer (DOM).

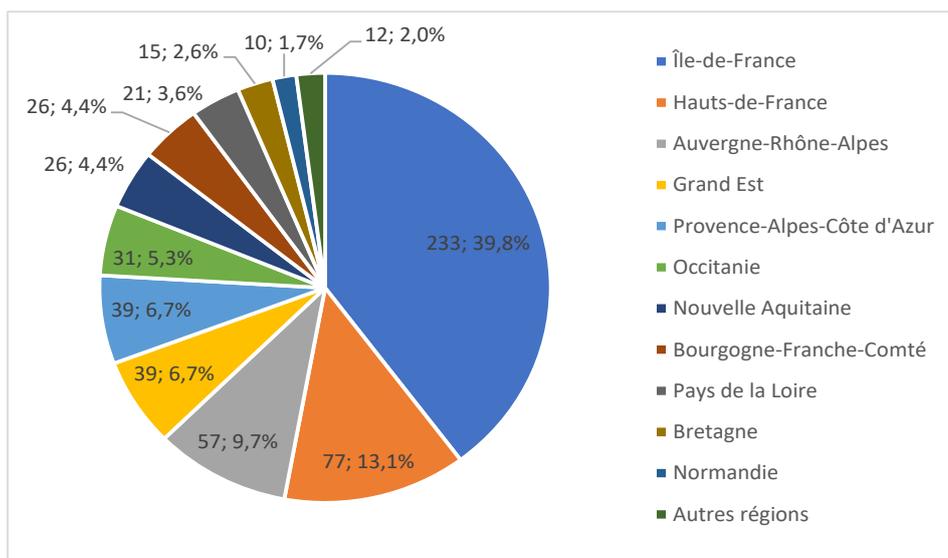
²¹ Source : données issues de l'e-CDS et les estimations de la mission. A noter : le montant des honoraires perçus ou à percevoir par l'ensemble des CDS médicaux et polyvalents représentait pour sa part 1,8 % de ces dépenses la même année.

²² Source : données issues de l'application C@rto Santé du ministère de la santé.

- Le nombre de CDS a fortement augmenté en Ile-de-France et dans les Hauts de France (+43 % et +60 % de 2016 à 2022), ainsi qu'en Auvergne-Rhône-Alpes (+104 %), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (+70 %) et en Occitanie (+55 %).
- Mais il a aussi très fortement augmenté au cours de la période, dans des proportions plus importantes encore dans des régions où les CDS étaient encore très peu nombreux au milieu des années 2010, à savoir en Nouvelle-Aquitaine, Bourgogne-Franche-Comté, dans les Pays de la Loire, en Bretagne et en Normandie et en Centre-Val de Loire. Dans certaines de ces régions, des initiatives importantes de création de CDS prises par des collectivités territoriales, dont en particulier la création des centres de santé territoriaux du conseil départemental de Saône et Loire et la création du GIP Pro Santé contrôlé par le conseil régional de Centre-Val-de-Loire ont contribué de manière conséquente ou notable à ce développement.

En 2022, les centres demeurent fortement concentrés en Ile-de-France (39,8 % des CDS en activité en France) et, dans une moindre mesure, dans les Hauts de France (13,1%). Ils sont également nombreux dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes (9,7 %), Grand-Est et Provence-Alpes-Côte d'Azur (6,7 % respectivement) (graphique 2).

Graphique 2 : Répartition des CDS pluriprofessionnels par régions en 2022



Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) ;

La concentration persistante des CDS en Ile-de-France apparaît encore plus marquée lorsque l'on tient compte de la taille des centres, d'une part, et la taille des populations, d'autre part. En 2022, l'Ile-de-France comptait ainsi 60,9 % des équivalents temps pleins (ETP) annuels de professionnels médicaux employés par l'ensemble des CDS pluriprofessionnels en France, très loin devant la région Auvergne-Rhône-Alpes (8,2 %) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (6,3 %). Cette région comptait la même année près de 168 ETP annuels de professionnels médicaux employés dans des CDS pluriprofessionnels par million d'habitants, un chiffre plus de 4 fois supérieur à celui enregistré en Provence-Alpes-Côte d'Azur (38) et près de 5 fois supérieur à ceux enregistrés en Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté (34, 34 et 33 respectivement).

En 2022 la métropole parisienne et les départements de Seine Saint Denis, des Hauts-de-Seine et du Val de Marne hébergeaient respectivement 11,9 %, 10,1 %, 6,3 % du total des CDS pluriprofessionnels en activité au niveau national.

Les départements du Pas de Calais et du Nord regroupaient respectivement 6,8 % et 5,5 % de l'ensemble des CDS en activité sur le territoire national la même année. Leur nombre a augmenté respectivement de 25 % et de 113 % entre 2016 et 2019, en lien pour partie avec les restructurations opérées par le groupe FILIERIS sur son réseau de CDS dans les Hauts-de-France.

Parmi les 30 départements comptant le plus de CDS pluriprofessionnels en activité en 2022, tous ont vu leur nombre augmenter fortement depuis 2016, à l'exception du Gard et, surtout, de la Moselle dont le nombre de CDS a diminué de manière importante, en raison des restructurations opérées à nouveau par le groupe FILIERIS en Grand-Est. Parmi ces 30 départements, un nombre conséquent a enregistré des créations notables de centres, alors qu'ils n'en hébergeaient qu'un très petit nombre jusqu'au milieu des années 2010. C'est notamment le cas de la Loire-Atlantique, la Saône-et-Loire (en raison de la création des centres de santé territoriaux par son conseil départemental), du Finistère, de la Haute-Garonne, de l'Ille-et-Vilaine et de la Seine-et-Marne.

La concentration des CDS à Paris en particulier et, dans une moindre mesure, dans les autres départements d'Ile-de-France, apparaît à nouveau encore plus marquée lorsque l'on tient compte de la taille des centres et la taille des populations.

1.1.4 Les centres sont principalement gérés par des associations, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale

La législation encadre les conditions de création et de fonctionnement des centres de santé (article L323-1-3 du code de la santé publique), qui peuvent être gérés par des organismes aux statuts juridiques différents. Sur la base de la classification établie par la mission, en 2022²³ :

- près de 40 % des centres en activité étaient gérés par des associations (234 CDS) - majoritairement non RUP²⁴ ;
- 23 % l'étaient par des collectivités territoriales ou leurs groupements (135 CDS), dont 99 par des communes, 16 par des centres d'action communale et 13 par des conseils départementaux ;
- 18 % étaient gérés par des organismes de sécurité sociale (105 CDS²⁵) et 7 % par des organismes mutualistes (42 CDS).

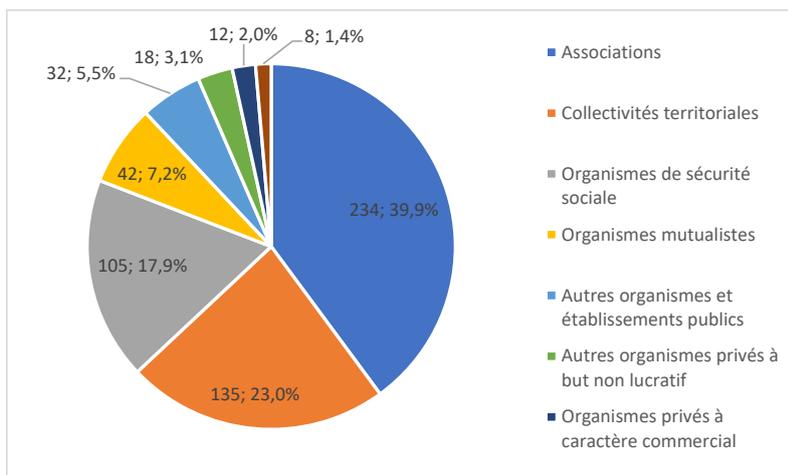
Les CDS gérés par des établissements publics de santé étaient très peu nombreux (8 CDS) de même que ceux gérés par des organismes privés à caractère commercial (12 CDS en activité) (graphique 3).

²³ Pour faciliter l'analyse, la mission a retenu une classification en grandes catégories de statuts juridiques adaptée à l'objet des CDS. Cette catégorisation diffère quelque peu de celle retenue dans les tableaux de bord national et régionaux issus de la plateforme e-CDS.

²⁴ RUP : reconnue d'utilité publique

²⁵ Parmi lesquels, 100 CDS du réseau gérés par le groupe de santé FILIERIS.

Graphique 3 : Distribution des centres par catégorie de statut juridique, 2022



Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) ;

Le nombre de CDS gérés par chacune de ces grandes catégories de gestionnaires a augmenté fortement ou très fortement au cours de la période 2016-2022, sauf exceptions (organismes de sécurité sociale et organismes mutualistes). On a enregistré :

- Une augmentation spectaculaire du nombre de CDS gérés par des associations (+196 %), plus marquée pour les associations non RUP (+241 %) que pour les celles RUP (+104 %) ;
- Une augmentation importante du nombre de CDS gérés par des collectivités territoriales (+32 %) ;
- L'émergence notable de gestionnaires privés à caractère commercial (12 CDS en activité en 2022, 1 seulement en 2016), dont 10 CDS gérés par des sociétés par actions simplifiées (SAS)²⁶ ;
- Un développement notable au cours de la période, mais plus modeste, des CDS gérés par des établissements de santé (8 CDS en 2022, contre 4 en 2016) ;
- Une augmentation conséquente du nombre de CDS gérés par d'autres organismes privés à but non lucratif (18 CDS en 2022, contre 11 en 2016), reflétant pour partie une expansion de ceux gérés par des fondations (14 CDS en 2022, contre 9 en 2016).

1.1.5 Près de la moitié des centres dispensent des soins dentaires ou ophtalmologiques

Compte du caractère réputé rentable des CDS dispensant des soins dentaires et ophtalmologiques, malgré les investissements en équipements auxquels ils doivent procéder, la mission a examiné en particulier dans quelle mesure les CDS pluriprofessionnels dispensent ce

²⁶ dont 4 centres créés récemment et gérés par le groupe de santé Ramsay Santé.

type de soins²⁷. Près de 40 % des centres pluriprofessionnels dispensent des soins dentaires (38,2 % en 2022) et un peu moins d'un quart dispense des soins ophtalmologiques (23,7 %). Le nombre de CDS pluriprofessionnels dispensant des soins dentaires ou ophtalmologiques a augmenté fortement de 2016 à 2022, à hauteur de respectivement +38 % et +19 %. Près de la moitié des CDS pluriprofessionnels dispensent l'un ou l'autre de ces types de soins.

1.1.6 L'effectif médian s'établit à 21 salariés par centre, dont 6 médecins à temps partiel le plus souvent, soit 11,4 et 2,6 ETP annuels respectivement

Les CDS pluriprofessionnels apparaissent de taille très variable que celle-ci soit mesurée par le nombre d'ETP annuels de médecins employés, de professionnels médicaux ou de tous les personnels de tous types employés, avec toutefois une prépondérance de CDS de petite taille ou d'une taille pouvant être qualifiée de modeste.

Si l'on fait abstraction d'un CDS particulier – le CDS LIVI qui s'apparente essentiellement à une plateforme de téléconsultations employant un très grand nombre de médecins²⁸, les CDS pluriprofessionnels en activité en 2022 ont employé :

- Un médecin au minimum (ce qui est logique compte tenu de la définition même des CDS pluriprofessionnels) et au maximum 210 médecins sur l'année, ainsi qu'un nombre minimal d'ETP annuels de médecins de 0,1 seulement et de près de 79 au maximum (tableau 2) ;
- Un professionnel médical au minimum et 220 au maximum, avec à nouveau 0,1 ETP annuel de ce type de professionnels au minimum et un maximum de près de 95 ETP de ce type ;

Tableau 1 : Distribution des CDS pluriprofessionnels selon la taille des effectifs ou le nombre d'ETP de professionnels employés en 2022

	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Nombre de médecins employés	1	1	3	6	10	12	22	210
Nombre d'ETP de médecins employés	0,1	1,0	1,5	2,6	4,2	5,1	9,0	78,5
Nombre de professionnels médicaux employés	1	2	3	8	13	16	29	220
Nombre d'ETP de professionnels médicaux employés	0,1	1,0	1,9	3,4	5,8	7,1	12,6	94,7
Nombre de professionnels employés	3	5	11	21	30	36	63	521
Nombre d'ETP de professionnels employés	1,1	3,4	6,1	11,4	18,0	21,4	36,8	353,3

Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS ayant fourni des données dans e-CDS et les ayant validées (hors le CDS LIVI) ; lecture : en moyenne, les CDS pluriprofessionnels ont employé 4,2 ETP de médecins au cours de l'année 2022 ; la moitié de ces CDS ont employé plus (ou resp. moins) de 2,6 ETP de médecins au cours de l'année ; 10 % de ces CDS ont employé au moins 9,0 ETP de médecins au cours de l'année tandis qu'un quart de ces CDS ont employé 1,5 ETP au plus de médecins cette année.

²⁷ Cf. analyse détaillée en annexe 1.

²⁸ Sur son site Internet, ce centre se présente principalement comme une plateforme d'offre de téléconsultations mise à disposition d'un très grand nombre de médecins et adossée à titre secondaire à un centre de santé situé à Créteil. Selon les informations saisies dans e-CDS, il a employé 497 médecins différents en 2022 et près de 69 ETP annuels de médecins la même année (519 professionnels de tous types et près de 75 ETP annuels au total).

Alors que le nombre de médecins employés par CDS au cours de l'année 2022 était en moyenne de 10 et que le nombre moyen d'ETP de médecins employés par ceux-ci était de 4,2 cette année-là, le nombre médian de médecins employés par les centres était de 6 (une moitié de centres en employaient au moins 6 et une autre moitié en employaient 6 au plus) et le nombre médian d'ETP de médecins employés par centre était de 2,6 cette année-là. Le nombre médian d'ETP annuels de professionnels médicaux employés par les CDS pluriprofessionnels était pour sa part de 3,4 ETP en 2022. Environ un quart des centres ont employé plus de 7,1 ETP annuels de tels professionnels la même année, tandis qu'environ quart en ont employé moins de 1,9 sur l'année.

L'examen des CDS pluriprofessionnels par grandes catégories de gestionnaires fait apparaître que ceux qui sont gérés par des organismes mutualistes sont en moyenne de plus grande taille que les autres, tandis que ceux gérés par des organismes de sécurité sociale sont à l'inverse de plus petite taille en moyenne. Mais l'analyse révèle aussi une grande variabilité de la taille des CDS au sein de chaque grande catégorie.

Une analyse de la distribution de la taille des CDS par région fait en outre ressortir le fait que les CDS de la région Ile-de-France sont généralement de plus grande taille que ceux des autres régions. Il en va de même, dans une moindre mesure, pour les CDS des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes. A l'inverse, les CDS de la région des Hauts-de-France, dont une part prépondérante est gérée par le groupe FILIERIS, se distinguent par une taille comparativement faible par rapport à celle des CDS des autres régions.

1.1.7 Le paysage se renouvèle fortement, marqué par l'apparition de petits centres, parfois portés par des collectivités territoriales

L'évolution des CDS pluriprofessionnels a été marquée par de nombreuses opérations de création, de fermeture et de restructurations au cours de la période récente. 60 % des CDS actifs fin 2022 sont ouverts depuis 2010, 25 % depuis 2020. Seuls 22 % ont débuté leur activité avant 1980.

Les associations gèrent beaucoup de ces nouveaux CDS, 45 % d'entre eux ayant ouvert depuis 2020. Les organismes de sécurité sociale ont également participé à ce renouvellement, suite aux opérations de restructuration/fermetures menées par le groupe FILIERIS. Le renouvellement a été moins marqué pour les centres gérés par des collectivités territoriales.

La répartition de ces évolutions varie selon les régions. Par exemple, l'Ile de France a conservé beaucoup de CDS « historiques », tandis que d'autres régions ont connu un renouvellement important ces toutes dernières années (Grand Est, et, dans une moindre mesure, les régions Provence-Côte d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes). Ces mouvements ont favorisé l'émergence de CDS de taille modeste.

Par ailleurs, face aux tensions accrues sur les ressources médicales et paramédicales, particulièrement aiguës dans certains territoires, et face à la demande pressante de leurs administrés d'avoir un accès aux soins de proximité, de plus en plus d'élus locaux ont engagé ou engagent leurs collectivités dans des démarches volontaristes de soutien à l'installation de professionnels libéraux, cabines de télé-médecine, cabinets ambulants ou de médecins

remplaçants²⁹, ou à la création de structures sanitaires de premier recours (MSP, centres municipaux de santé...), tous niveaux de collectivités confondus. Des créations de CDS ont ainsi été mises en œuvre récemment ou sont aujourd’hui envisagées par des conseils régionaux (GIP des régions Occitanie et Centre Val de Loire en particulier), des conseils départementaux (Saône et Loire, Charente, Corrèze, Dordogne, Gers, Nord, Orne, Drôme, Alpes maritimes, Vendée, Nièvre...) et de nombreuses communes ou des communautés de communes.

1.1.8 La création de centres par les collectivités ne s’inscrit pas toujours dans un cadre conventionnel validé par les ARS

Si des interventions des collectivités territoriales et/ou de leurs groupements pour l’accès aux soins sont juridiquement possibles, il convient de rappeler que la détermination de la politique de santé relève de la responsabilité de l’Etat³⁰. Les compétences des collectivités territoriales en matière de santé sont limitatives et interviennent de manière subsidiaire (cf. encadré ci-dessous).

Les compétences des collectivités territoriales et de leurs groupements en matière de santé publique et dans l’organisation des soins de proximité

Au niveau du bloc communal, deux compétences concernent la santé publique :

- au titre de ses pouvoirs de police municipale (article L.2212-2 du code général des collectivités territoriales - CGCT), le maire est habilité à prendre toute mesure pour assurer la salubrité publique. Il lui appartient notamment de « *prévenir, par des précautions convenables, et de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux (...), tels les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties (...)* ». Cette compétence est cependant limitée par l’existence de polices administratives spéciales confiées à d’autres autorités publiques ;
- le service communal d’hygiène et de santé, placé sous l’autorité du maire ou du président de l’établissement public de coopération intercommunale (article L.1422-1 du CSP).

Pour ce qui concerne l’échelon départemental :

- le département organise les vaccinations obligatoires, dans le cadre de conventions conclues avec l’Etat (article L.1423-2 du CSP) ;
- il est responsable du service de protection maternelle et infantile (PMI) et en assure le financement (articles L.2112-1 et L.2112-2 du CSP) ; à noter que les médecins des services de PMI collaborent avec les centres de santé et les maisons de santé pour la mise en œuvre du parcours mentionné au 7° de l’article L.6323-1-1 et au dernier alinéa de l’article L.6323-3 du CSP. A ce titre, ils peuvent orienter les parents ou le représentant légal de l’enfant vers les centres de santé ou les maisons de santé proposant un tel parcours (article L.2112-2-1 du CSP) ;
- le président du conseil départemental est compétent pour, d’une part, autoriser la création de certains établissements et services sociaux et médico-sociaux fournissant des prestations relevant de la compétence du département et, d’autre part, gérer certains établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (article L.313-3 du code de l’action sociale et des familles – CASF).

²⁹ Ex. cabinets de médecins remplaçants à Ajain (Creuse), médi(co)bus (Eure, Orne, Cher...) ou doctobus (Evreux porte de Normandie).

³⁰ Cf. article L.1411-1 du code de la santé publique.

S'agissant de l'échelon régional, le conseil régional dispose de deux compétences, à savoir la prévention sanitaire (article L.1424-1 du CSP) et la formation des professionnels de santé (articles L.4383-4 et L.4383-5 du CSP).

Enfin, dans le cadre de la lutte contre les disparités territoriales et la désertification médicale, les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent intervenir sur le fondement des dispositions de l'article L.1511-8 du CGCT qui leur permet d'attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones définies en application du 1° de l'article L.1434-4 du CSP, c'est-à-dire caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, pour les professions de santé et pour les spécialités ou groupes de spécialités médicales pour lesquels des dispositifs d'aide sont prévus. En contrepartie de ces aides et en application de l'article R.1511-45 du CGCT, les professionnels s'engagent à exercer au moins trois ans sur le territoire de la collectivité. Ces aides facultatives et discrétionnaires revêtent l'une des formes limitativement prévues à l'article R.1511-44 du même code, à savoir la prise en charge de frais d'investissement ou de fonctionnement, la mise à disposition de locaux ou d'un logement ainsi que le versement d'une prime d'installation ou d'exercice forfaitaire. Les collectivités peuvent dès lors, par exemple, prendre en charge sous la forme d'une subvention tout ou partie des coûts liés à l'embauche d'une secrétaire par une maison ou un centre de santé.

Source : DGCL

En 2022, la loi dite « 3DS »³¹ est venue conforter la nature complémentaire du rôle joué par les collectivités en matière sanitaire qui « *participent au droit à la protection de la santé et contribuent, aux côtés des autres acteurs déjà visés par le code de la santé publique, à développer la prévention, garantir l'égal accès aux soins et assurer la continuité des soins et la sécurité sanitaire* »³².

A l'échelon territorial, c'est aux ARS qu'il revient de décliner les orientations de la politique nationale et de la régulation de l'offre de soins, et en premier lieu de l'offre de soins primaires, en lien avec l'ensemble des acteurs présents sur ce territoire, parmi lesquels les collectivités territoriales et leurs groupements. Or, les ARS sollicitées par la mission ont rapporté avoir été associées de manière variable à la création, puis au suivi des centres créés par les collectivités.

1.1.8.1 Les conditions d'accès et de tarification des usagers ne ressortissant pas de la collectivité ne sont pas clarifiées

Une autre question est apparue lors de cette mission concernant les conditions d'accès des centres municipaux de santé à l'ensemble des usagers, et non pas seulement aux habitants de la commune ou ressortissants de la collectivité. En effet, le maintien en exploitation de ces centres étant fréquemment conditionné par une subvention d'équilibre, financée par la collectivité et donc par ses contribuables, plusieurs gestionnaires ont déclaré être incités à prioriser, sinon l'accès aux soins en accordant un accès privilégié aux résidents de la collectivité, au moins l'inscription en file active « médecin traitant » aux patients ressortissants de la commune, versus les patients de passage ou ressortissants des collectivités voisines. Un porteur de projet a par

³¹ Loi n°2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

³² Cf. exposé des motifs de l'amendement ayant modifié l'article L.1110-1 du code de la santé publique.

exemple évoqué le fait qu'une collectivité avait refusé de mettre à disposition un bâtiment si les patients de la commune ne disposaient pas d'un accès prioritaire.

L'illégalité d'une restriction d'accès, concernant l'accès au centre, fait peu de doute eu égard aux dispositions de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique qui prévoit que les centres sont « *ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale* », quand bien même l'article 47 du code de déontologie médicale n'y ferait pas obstacle dans la majorité des cas³³.

Cette question de l'accès à un service public administratif municipal – ou d'une collectivité locale – pose indirectement la question de la tarification du service public rendu, c'est à dire de la possibilité ou non pour une collectivité de percevoir une redevance demandée aux usagers en vue de couvrir les charges administratives d'un service rendu dans l'intérêt de tous, mais excédant en l'espèce les besoins normaux auxquels la collectivité est tenue de pourvoir dans l'intérêt général – redevance éventuellement différenciée selon le lieu de résidence³⁴. En effet, le code de la santé publique prévoit bien que les centres dispensent, à titre principal, « *des prestations remboursables par l'assurance maladie* », sans préciser si la nature de ces prestations est uniquement sanitaire ou inclut des prestations administratives en l'occurrence,³⁵ et que ces derniers « *pratiquent le mécanisme du tiers payant (...) et ne facturent pas de dépassement des tarifs fixés par l'autorité administrative (...)* », les tarifs évoqués étant ceux relatifs à la nomenclature des actes de soins. Il ne fait pas obstacle à ce que le centre délivre d'autres activités, à titre accessoire, quelle que soit leur nature (administrative...), qui pourraient faire l'objet d'une redevance.³⁶

Ainsi la mission a rencontré un centre qui met en place une tarification différenciée pour les actes non conventionnés (pédicurie, certains soins dentaires), en fonction du lieu de résidence du patient.

1.1.8.2 Les collectivités ont des difficultés à chiffrer le niveau de déficit comme le point d'équilibre économique des centres, faute de comptabilité détaillée

N'étant pas des structures à but lucratif et étant soumises aux règles de la comptabilité publiques, les collectivités territoriales ne sont pas concernées par l'obligation faite à la majorité des gestionnaires de centres d'établir des comptes propres à l'activité des centres qu'elles gèrent³⁷ et par les nouvelles obligations de certification des comptes et transmission des comptes au directeur général de l'ARS et aux organismes de sécurité sociale entrées en vigueur depuis le 21 mai 2023³⁸.

La plupart des centres municipaux rencontrés, qu'ils soient gérés en gestion directe ou en régie, via un budget annexe, ne disposait pas le plus souvent pas d'un dispositif de comptabilité

³³ 2^{ème} alinéa : « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* ».

³⁴ Cf. voir thèse de Thomas Eisinger, « *Contribution à l'analyse des redevances pour service rendu perçues par les communes et leurs intercommunalités* », Université d'Aix Marseille, 16 juin 2015.

³⁵ Article L. 6323-1 du code de la santé publique.

³⁶ Article L. 6323-1-7 du code de la santé publique.

³⁷ Article L.6323-1-4 du code de la santé publique.

³⁸ Obligations sous réserve de remplir des critères fixés par décret.

analytique adéquat, permettant d'identifier les coûts résultant de l'activité de soins de premier recours à l'exclusion des autres activités délivrées par le centre (ex. activité de soins de protection maternelle et infantile PMI), voire des activités de la direction de la santé de la collectivité dans son ensemble, lorsque le centre était en gestion directe.

Or, à l'évidence, l'établissement de comptes est déterminant pour formaliser le modèle économique, établir le résultat financier d'un centre et, par exemple, calculer les soldes intermédiaires et évaluer précisément sa situation économique.

1.2 La hausse des effectifs atteste l'attractivité de l'exercice en centre, le plus souvent à temps partiel

1.2.1 Plus d'un tiers des centres n'emploient que des médecins généralistes à côté des auxiliaires médicaux

- Les médecins généralistes sont de très loin la spécialité médicale la plus représentée dans les CDS pluriprofessionnels.

En 2022, les CDS pluriprofessionnels ont employé environ 7 750 professionnels médicaux (médecins, chirurgiens-dentistes et sage-femmes essentiellement)³⁹, représentant un peu plus de 3 400 ETP annuels (tableau 2 ci-dessous)⁴⁰. Ces chiffres incluent :

- Un peu plus de 6 000 médecins (près de 2 450 ETP annuels) : outre les médecins généralistes (2 750 médecins représentant 1 450 ETP), 3 300 autres médecins, exercent en centre, le plus souvent à temps très partiel (un peu plus de 950 ETP) : des ophtalmologues, gynécologues médicaux, cardiologues, dermatologues/vénérologues, radiologues, oto-rhino-laryngologistes) et en nombre très limité des rhumatologues, des psychiatres, des angiologue/phlébologues, des pédiatres ;
 - Un peu plus de 1 450 chirurgiens-dentistes. Représentant un peu moins de 850 ETP annuels, ils sont le plus souvent à temps partiel, une petite proportion étant qualifiés en orthopédie dento-faciale ou en médecine bucco-dentaire (2 %) ;
 - Plus de 250 sage-femmes et autres professionnels médicaux, soit environ 130 ETP annuels. Ils travaillent également le plus souvent à temps partiel.
- Les personnels paramédicaux sont principalement des infirmières et des assistantes dentaires, exceptionnellement des IPA.

Les 3 900 professionnels paramédicaux (près de 2 900 ETP annuels) regroupent principalement des infirmières (1 470 IDE soit 1 100 ETP), des assistantes dentaires (1 140 pour 975 ETP), 280 orthoptistes, et environ 240 masseurs-kinésithérapeutes. Les centres emploient encore peu

³⁹ Les chiffres concernant les effectifs employés par les CDS peuvent refléter une part vraisemblablement limitée, de doubles-comptes, dans la mesure où les personnes employées par plusieurs CDS au cours de la même année sont ainsi comptées dans les effectifs des différents centres en question.

⁴⁰ hors le CDS LIVI.

d'aides-soignantes (120 en 2022, pour 100 ETP) et un nombre encore très faible d'IPA (43 pour 24 ETP en 2022).

- Les centres comptent peu de psychologues.

Parmi les 670 personnels soignants et médico-sociaux employés par les CDS pluriprofessionnels, représentant un peu moins de 350 ETP annuels, on compte principalement des psychologues et des assistantes sociales (46 % et 18 % respectivement des ETP).

- Des personnels médico administratifs

En 2022, les centres emploient près de 5 300 personnels médico-administratifs, soit un peu plus de 3 850 ETP annuels. Une petite partie d'entre eux occupe des de fonctions de direction, de coordination médicale ou paramédicale ou de cadres administratifs (respectivement 6,7 %, 5,9 % et 8,6 % des ETP en 2022). La majorité (70 % des ETP) sont des personnels administratifs (secrétaires, agents comptables, chargés de mission).

Tableau 2 : Effectifs et équivalents temps plein annuels des personnels employés par les CDS pluriprofessionnels par grande catégories de professions en 2022

	Effectifs	Part des effectifs en %	ETP	Part des ETP en %	Quotité annuelle moyenne de travail en % d'ETP
	(1)		(2)		(3)=(2)/(1)
Professionnels médicaux	7 746	44,0	3 413,1	32,4	44,1
Médecins	6 025	34,2	2 439,1	23,2	40,5
Médecins généralistes	2 745	15,6	1 467,2	13,9	53,4
Médecins d'autres spécialités	3 280	18,6	971,9	9,2	29,6
Chirurgiens-dentistes	1 467	8,3	843,2	8,0	57,5
Sages-femmes et autres professionnels médicaux	254	1,4	130,8	1,2	51,5
Pharmaciens	40	0,2	23,4	0,2	58,4
Professionnels paramédicaux	3 909	22,2	2 879,7	27,4	73,7
Autres professionnels soignants et médico-sociaux	667	3,8	345,8	3,3	51,9
Personnels médico-administratifs	5 262	29,9	3 864,8	36,7	73,4
Total	17 624	100,0	10 526,7	100,0	59,7

Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées), hors le CDS LIVI ;

Le nombre de spécialités médicales⁴¹ mises en œuvre par les CDS pluriprofessionnels croit généralement, dans une certaine mesure, avec la taille du centre. Il est variable selon les centres. En 2022, 37 % des centres n'ont employé que des médecins généralistes parmi leurs médecins et un peu plus de la moitié ont employé la même année 3 spécialités médicales au plus (avec de loin le plus souvent des chirurgiens-dentistes au côté des médecins généralistes, suivis par des ophtalmologues).

⁴¹ Spécialités de médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et autres professionnels de santé.

Les données d'effectifs ci-dessus témoignent de la place encore limitée des CDS pluriprofessionnels dans l'offre de soins primaires au niveau national au regard des effectifs mobilisés⁴².

- Des activités médicales ou paramédicales particulières pour une partie des centres

En 2022, près d'un cinquième (20,5 %) ont eu une activité d'implantologie en 2022, près qu'un quart ont réalisés des IVG médicamenteuses. Près d'une moitié des centres (47 %) déclarent une « activité paramédicale particulière », tandis qu'entre un cinquième et un quart (près de 22,5 %) ont indiqué avoir eu des activités dispensées par un non professionnel de santé en 2022.

1.2.2 Les effectifs de médecine générale en centre ont augmenté de 64 % entre 2016 et 2022

Entre 2016 et 2022, les effectifs des centres pluriprofessionnels ont augmenté fortement, avec une croissance de 39 % en nombre et de 43 % en ETP annuels de 2016 à 2022.

- Le nombre de médecins a augmenté de 24 % (52 % en ETP annuels), ce qui témoigne de l'attractivité du secteur (augmentation des ressources médicales, augmentation de la quotité annuelle moyenne de travail), notamment en médecine générale : les effectifs de médecins généralistes ont fortement augmenté au cours de la période récente (+64 % pour le nombre de médecins employés et +73 % pour le nombre d'ETP annuels entre 2016 et 2022), alors que cette progression est moins prononcée pour les autres spécialités (+3 % pour les effectifs et +28 % pour les ETP annuels de ces médecins pris dans leur ensemble), à l'exception des effectifs d'ophtalmologues (+73 % pour les ETP annuels) ;
- Le nombre de chirurgiens-dentistes a augmenté de près de 14 % (20 % en ETP annuels),
- Les sage-femmes et les autres professionnels, bien que moins nombreux, ont vu leurs effectifs et leurs ETP annuels ont augmenté de manière spectaculaire (+221 % et 343 % au cours de la période pour les ETP).

D'autres professionnels de santé ont également connu une augmentation importante de leurs effectifs : professionnels paramédicaux (39 %, 30 % en ETP), autres personnels soignant et médicaux-sociaux (121 %, 147 % pour les ETP annuels).

La forte augmentation des personnels médico-administratifs (+84 % pour les directeurs, +178 % pour les coordinateurs et +58 % pour les cadres administratifs en ETP annuels entre 2016 et 2022) est liée en partie à l'expansion du nombre de CDS. Les effectifs des personnels administratifs progressent également (+37 % en ETP annuels au cours de la période).

⁴² Le nombre d'ETP annuels de médecins généralistes employés par les CDS pluriprofessionnels (un peu plus de 1 450 ETP annuels) représentait l'équivalent de 3,2 % des 47 412 médecins généralistes actifs et conventionnés au 31/12 de l'année 2022, ayant au moins 1 patient « médecin traitant » adulte, ayant fait au moins un acte clinique dans l'année, hors PS installés dans l'année (selon les données de la CNAM).

1.2.3 Les professionnels de santé, en particulier médicaux, exercent leur activité à temps partiel, presque à mi-temps sur l'année en moyenne, ce qui renchérit les coûts de gestion

L'emploi de personnels médicaux à temps partiel ou pour des durées limitées sur l'année renchérit les coûts de gestion, qui sont a minima identiques à ceux d'un salarié employé à temps plein sur l'année, et même supérieurs, du fait des coûts de coordination supplémentaires (gestion RH, agendas...).

Même si la part de l'exercice à temps partiel des personnels médicaux varie fortement selon les centres, le travail à temps partiel est largement généralisé. En 2022, la valeur médiane de la quotité annuelle moyenne de travail des médecins exprimée en pourcentage d'ETP annuel était de 47,8 % pour l'ensemble des CDS pluriprofessionnels. Un quart des centres employaient leurs médecins en moyenne pour plus de 75 % d'un ETP annuel et 10 % au moins des centres les employaient pour un temps plein sur l'année. A l'inverse, un quart des centres employaient leurs médecins en moyenne pour moins de 33 % d'un ETP annuel et 10 % pour moins de 21,1 % d'un ETP annuel.

L'emploi à temps partiel des professionnels médicaux varie selon les catégories de gestionnaires et les régions :

- Trois quarts des centres gérés par des collectivités territoriales et des organismes mutualistes emploient leurs médecins en moyenne pour moins de 56 % et 58 % d'un ETP annuel, alors que ce seuil est porté à 66 % pour les associations. Plus de la moitié des CDS gérés par des organismes de sécurité sociale emploient leurs médecins à temps plein.
- L'emploi des médecins à temps partiel est très répandu dans la plupart des régions, notamment en IDF et PACA. A l'inverse plus de la moitié des centres des Hauts-de-France (gérés essentiellement par FILIERIS) et du Grand Est emploient leurs médecins à temps complet.

Dans certains centres, l'émiettement des plannings de consultation, qui est en partie la conséquence des temps partiels choisis par les praticiens salariés, entraîne une sous-occupation chronique des cabinets et une sous-utilisation des équipements, en particulier dans les centres qui disposent de plateaux techniques ou d'équipement d'imagerie (encadré ci-dessous).

Une part modeste des CDS avec des plateaux techniques ou des équipements d'imagerie médicale ou d'ophtalmologie

Certains CDS pluriprofessionnels disposent d'un plateau technique ou d'équipements leurs permettant d'avoir une activité technique d'imagerie médicale. 28,0 % et 32,5 % des centres ont respectivement des équipements de radiologie et d'échographie en 2022. Une petite part (4,4 %) font des examens d'ostéodensitométrie et une part marginale disposent d'un équipement d'IRM (7 centres parmi les 585 centres hors le CDS LIVI, soit 1,2 %).

Les centres gérés par des organismes mutualistes et ceux gérés par d'autres organismes à but non lucratif offrent plus fréquemment la possibilité d'examen radiologiques et d'échographies, alors que ceux gérés par des organismes de sécurité sociale, à avoir principalement ceux du réseau géré par le groupe FILIERIS, en offre beaucoup moins fréquemment.

Près d'un septième des CDS pluriprofessionnels ont des plateaux techniques ou des équipements leur permettant de réaliser des examens de nature ophtalmologique en 2022 : 15 % disposent d'un rétinographe et 17 % un tomographe par cohérence optique. C'est fréquemment le cas des centres gérés par des organismes mutualistes (43 % et 57 %) et un peu plus souvent que la moyenne le cas des centres gérés par des associations (21 % et 28 %).

Alors que près de la moitié (46,5 %) des CDS pluriprofessionnels réalisent des prélèvements biologiques en 2022, seul un tout petit nombre d'entre eux disposent d'un laboratoire de biologie médicale qu'ils opèrent (16, un peu moins de 3 % des centres). Un petit nombre de centres (14, soit près de 2,5 % des centres) opèrent un laboratoire de prothèse dentaire.

Source : Mission à partir de e-CDS

1.3 La contribution des centres à l'offre de soins de premier recours est importante dans les territoires et pour des publics défavorisés

1.3.1 La majorité des centres est implantée en zone sous dense

Si la place des CDS pluriprofessionnels dans l'offre de soins primaires demeure très limitée au niveau national, en dépit de leur fort développement récent, une partie des CDS pluriprofessionnels occupent, de toute évidence, une place importante dans certains territoires.

Selon les données issues de l'application C@rto Santé, la part du nombre des actes de médecine générale réalisés par les CDS - à savoir essentiellement par l'ensemble des CDS médicaux et polyvalents (soit un ensemble plus large que celui des CDS pluriprofessionnels stricto sensu) - dans le total des actes réalisés par les médecins généralistes exerçant en libéral et en CDS atteint des niveaux élevés dans certaines communes ou arrondissements particuliers, pouvant dépasser 60 % dans un très petit nombre d'entre elles.

Une analyse territoriale croisée du nombre d'actes de médecine générales réalisés par les CDS et de la densité de médecins généralistes exerçant en libéral fait par ailleurs ressortir qu'une partie des CDS médicaux et polyvalents en activité se situent dans des zones caractérisées par une faible densité de médecins généralistes exerçant en libéral, mais que d'autres CDS dispensant des soins de médecine générale opèrent dans des zones bénéficiant d'une offre libérale (tous secteurs) plus abondante, notamment dans les grandes villes.

En 2022, les principales caractéristiques de l'implantation des centres pluriprofessionnels sont les suivantes :

- Ils sont essentiellement implantés dans des zones urbaines (96 %) ;
- Près d'un cinquième sont implantés dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et un peu moins d'un autre cinquième dans des « quartiers vécus » (proches d'un QPV)⁴³ ;
- Peu se trouvent en zone rurale (4,4 %), dont un tiers en zone de revalorisation rurale (ZRR) ;

⁴³ Le nombre de CDS en QPV a fortement augmenté de 2016 à 2022 (+91 %), tandis que ceux en quartiers vécus ont diminué de 43 %.

- La majorité des centres (58 %) sont situés dans des zones « sous denses » (zones d'intervention prioritaire (ZIP) et zones d'action complémentaire (ZAC) définies par l'ARS) : 57 % de ceux situés en zone urbaine et 72 % du petit nombre de ceux en zone rurale.

Concernant l'implantation des centres par grandes catégories de gestionnaires :

- Les centres situés dans des QPV ou des « quartiers vécus » sont fréquemment gérés par des associations, dans des proportions très proches de celle pour l'ensemble des CDS en activité en 2022 (40 %) ;
- Les collectivités territoriales gèrent une proportion plus élevée de CDS en QPV (31 %) que la part des CDS qu'ils gèrent sur l'ensemble du territoire national (23 %) et une proportion beaucoup plus élevée des CDS situés dans des « quartiers vécus » (51 %).
- Le groupe de santé FILIERIS gère une part comparativement élevée de CDS en QPV mais marginale en « quartiers vécus ».

1.3.2 Le degré de précarité sociale de la patientèle ressort comme étant plus nettement élevé que pour l'exercice libéral au niveau national

En 2022, les taux moyens nationaux de patientèles C2S et AME étaient respectivement de 9,6 % et de 0,4 % en 2022, soit un taux moyen national global C2S et AME de 10 %⁴⁴. En moyenne, les centres avaient un taux de patientèle C2S et AME de 18,2 %⁴⁵, soit près du double du taux moyen national.

Le taux médian de patientèle C2S et AME était de 17,2 %. Un quart des centres avaient un taux supérieur ou égal à 25,2 % et 10 % des centres avaient même un taux supérieur ou égal à 33,6 %, soit un taux trois fois supérieur au taux moyen national.

A l'inverse, un quart des centres avait un taux de patientèle C2S et AME inférieur à 11,1 % en 2022, soit un niveau très proche du taux moyen national (10,0 %) et 10 % des centres avaient un taux inférieur à 5,9 % (6,4 % hors les centres gérés par d'autres organismes et établissements publics).

Il convient de souligner que des taux de patientèle C2S et AME très supérieurs au taux moyen national (10,0 %) pour une majorité de CDS pluriprofessionnels n'indiquent pas nécessairement, en eux-mêmes, que ces centres aient un taux de patientèle C2S et AME très supérieurs, voire même significativement supérieurs, aux taux de patientèle C2S et AME des médecins généralistes qui exercent en libéral dans les mêmes territoires. Au cours de la mission, de nombreux responsables de centres ou personnels médicaux ont toutefois signalé accueillir une patientèle plus complexe, délaissée ou réorientée selon eux parfois à dessein par les professionnels libéraux des alentours, dans une situation où certains sont dans l'incapacité d'accroître davantage le volume leur patientèle.

⁴⁴ A savoir les parts respectives dans la file active « médecin généraliste » des patients C2S et des patients AME pris en charge par l'ensemble des médecins généralistes en exercice libéral et en centres de santé.

⁴⁵ Chiffre obtenu sur la base d'une agrégation des patientèles des centres (20,1 % sur la base d'une moyenne arithmétique des ratios des centres).

L'analyse fait par ailleurs ressortir une situation assez contrastée selon les gestionnaires :

- Les centres gérés par les associations ont un taux médian de patientèle C2S et AME légèrement plus élevé que celui de la population totale des centres (18,4 % contre 17,2 %) ;
- Les centres gérés par des collectivités territoriales se distinguent avec un taux médian de patientèle C2S et AME de 20,6 % et par le fait que 90 % d'entre eux ont un tel taux supérieur à 9,8 % (un seuil voisin du taux moyen national) ;
- Les centres gérés par des organismes de sécurité sociale ont un taux médian de patientèle C2S et AME un peu moins élevé que celui de la population totale des centres.

La distribution des CDS pluriprofessionnels au regard de leur taux de patientèle C2S et AME varie aussi nettement selon les régions et les départements, même si une grande diversité de la situation des centres demeure au sein de ceux-ci. Les taux médians de patientèle C2S et AME des centres sont plus élevés dans l'ensemble, en Auvergne-Rhône-Alpes, en Ile-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur, plus bas en Bourgogne-Franche-Comté, en Bretagne et en Nouvelle Aquitaine, et surtout dans le Grand-Est et la région Pays-de-Loire. Parmi les départements qui comptent le plus de centres, ceux implantés en Seine Saint Denis ont, sans surprise, des taux de patientèle C2S et AME globalement très élevés. Il en est même pour ceux situés en Isère et dans le Rhône et, dans une moindre mesure, pour ceux situés les Bouches-du-Rhône, le Val de Marne et le Nord. A l'inverse, les CDS implantés à Paris ont dans l'ensemble des taux de C2S et AME moins élevés (15,1 % en 2022), mais toujours pour trois quarts d'entre eux, supérieurs au taux moyen national (10 %).

1.3.3 Les centres consolident l'offre de soins de premier recours en réalisant des prestations délaissées ou peu prisées des professionnels libéraux.

- La moitié des centres effectuent des visites à domicile

En 2022, 52,5 % des centres ont déclaré avoir assuré des visites de médecins au domicile de certains patients en 2022 et près de quatre sur dix (près de 37,5 %) des visites à domicile d'infirmières. La plupart des centres rencontrés ont rapporté que les professionnels libéraux aux alentours ne réalisaient plus de telles visites, faute de temps et de rentabilité.

Ce taux varie toutefois fortement selon les gestionnaires : près de 95 % des centres gérés par des organismes de sécurité sociale (FILIERIS) et 70 % des centres gérés par les collectivités territoriales font des visites à domicile, contre seulement, seuls 30 % des centres gérés par des associations.

- Une part conséquente des CDS pluriprofessionnels ont des dispositions adaptées et/ou des personnels formés à la prise en charge des personnes en situation de handicap.

Plus de la moitié des centres déclarent avoir un dispositif de consultations adapté pour les personnes en situation de handicap physique et trois sur dix pour les personnes en situation de handicap sensoriel ou mental. Quatre centres sur cinq disposent de personnels formés à la prise en charge des personnes en situation de handicap physique, un peu plus de trois sur dix pour la prise en charge des personnes ayant un handicap sensoriel ou un handicap mental, et un peu plus d'un quart pour la prise en charge d'un handicap psychique ou cognitif.

- 82 % des centres aident les patients qui en ont besoin pour l'ouverture des droits et 83 % pratiquent le tiers payant intégral

Selon leurs déclarations, tous les centres gérés par des organismes de sécurité sociale offrent un service d'aide à l'ouverture des droits, et la quasi-totalité des centres gérés par des organismes mutualistes. Trois quarts des centres associatifs et deux tiers des centres gérés par des organismes privés à but non lucratif le font.

Selon leurs déclarations, 83 % des centres pratiquent le tiers payant intégral, c'est-à-dire y compris sur la partie des frais devant être pris en charge par les organismes complémentaires, dont la totalité des centres gérés par des organismes mutualistes, près de 85 % des centres gérés par des organismes de sécurité sociale, des collectivités territoriales et des associations, la moitié des centres gérés par des organismes privés à caractère commercial et deux tiers des centres gérés par d'autres organismes privés à caractère non lucratif.

2 Le déficit médian d'exploitation, qui s'établit à 10 % des dépenses en 2022, s'explique pour une partie des centres par une maîtrise insuffisante du modèle de rémunération

2.1 La situation économique et financière des centres pluriprofessionnels, très variable selon les centres, s'est dégradée en 2022

2.1.1 L'analyse des données issues de la plateforme e-CDS s'est basée sur des ratios d'exploitation

L'analyse de la situation économique et financière des CDS, notamment des CDS pluriprofessionnels, est complexe.

Selon l'appréciation de la mission, les dispositions de l'article L.6323-1-4 du code de la santé publique (CSS) qui encadrent formellement la gestion des centres de santé requièrent que les gestionnaires de CDS doivent établir des comptes propres à l'activité du centre ou des centres de santé qu'ils gèrent pour justifier leur caractère non lucratif, à l'exception notamment des collectivités territoriales qui sont des structures non lucratives et qui sont soumises aux règles de la comptabilité publique ⁴⁶.

⁴⁶ Selon cet article : « Les bénéfices issus de l'exploitation d'un centre de santé ne peuvent pas être distribués. Ils sont mis en réserve ou réinvestis au profit du centre de santé concerné ou d'un ou plusieurs autres centres de santé ou d'une autre structure à but non lucratif, gérés par le même organisme gestionnaire. Les comptes du gestionnaire permettent d'établir le respect de cette obligation pour chacun des centres de santé qu'il gère. ». En outre, depuis l'adoption de loi n° 2023-378 du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé, « Les comptes du gestionnaire sont certifiés par un commissaire aux comptes lorsqu'ils remplissent des critères fixés par décret. Ce décret détermine notamment les modalités de transmission des comptes au directeur général de l'agence régionale de santé et aux organismes de sécurité sociale.

A l'occasion de ses investigations, la mission a constaté que certains gestionnaires ne sont pas en mesure de fournir les éléments essentiels sur lesquels pourraient reposer ces comptes⁴⁷. C'est notamment le cas d'une part importante des centres gérés par des collectivités territoriales, et de leurs groupements, notamment des communes, qui n'apparaissent pas en capacité de fournir dans la plateforme e-CDS des données sur leurs charges d'exploitation (Cf. *infra*). Cette situation peut se comprendre dans une certaine mesure, eu égard à la difficulté pour certaines collectivités locales d'isoler les coûts propres au(x) centre(s) qu'elles gèrent, alors que les personnels médicaux des centres peuvent être mobilisés pour d'autres missions de la collectivité et que certaines charges peuvent être assumées à l'inverse, en totalité ou pour partie, par la collectivité, et au coût d'établissement de tels comptes propres à l'activité des centres – reposant sur la mise en place d'une comptabilité analytique – pour des collectivités de taille modeste. La mission a pu en outre constater, dans le cadre de ces investigations, un manque de transparence et/ou une incapacité de certains gestionnaires de réseaux de centres de santé à fournir les informations qu'appellerait la vérification du respect des obligations portées par l'article L.6323-1-4 du CSP précité.

L'analyse est par ailleurs compliquée, à titre secondaire, par le fait que les comptes, lorsqu'ils existent, ou certains des éléments susceptibles de fonder de tels comptes n'apparaissent pas toujours comparables entre les centres ou réseaux de centres opérés par différents gestionnaires.

Face à cette situation, et aux limites importantes des principales études récentes existantes (encadré ci-dessous), la mission a entrepris d'exploiter de manière approfondie les données de financement des centres qui sont collectées chaque année dans la plateforme e-CDS, notamment celles relatives à l'année 2022, collectées au 1^{er} semestre 2023.

Deux études récentes ont présenté des éléments d'analyse sur la situation économique et financière des centres de santé médicaux et polyvalents

Une étude récente de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) de 2021⁴⁸ a été réalisée à la demande de la DGOS du ministère des solidarités et de la santé. Comportant plusieurs volets et proposant des pistes pour améliorer la gestion et la situation économique et financières des centres, cette étude a notamment conclu sur la base d'une enquête adressée fin 2019 à un échantillon de 438 centres de santé, parmi lesquels 204 avaient fournis des éléments de réponse et 120 à 130 avaient fourni des informations financières exploitables, portant sur l'année 2018 ou 2017, que 75 % des centres pluriprofessionnels avaient alors un résultat net déficitaire.

Outre le fait que cette étude n'a pas porté strictement sur le champ des CDS pluriprofessionnels et que les centres ayant fourni des données financières n'ont représenté qu'une part modeste des CDS polyvalents en activité, les services de l'ANAP n'ont pu transmettre à la mission des informations détaillées (au-delà de celles publiées) qui auraient pu lui permettre de mieux apprécier la portée des résultats de cette étude.

⁴⁷ Seuls sept centres ou gestionnaires de centres ont fourni des éléments d'information comptables.

⁴⁸ ANAP, « Centre de santé pluriprofessionnels – Leviers et bonnes pratiques organisationnelles en faveur de l'équilibre économique », juin 2021.

Une étude plus récente du Cabinet de conseil ACE Santé, réalisée pour le compte RNOGCS⁴⁹, a été menée en se fondant sur une analyse détaillée des comptes pour l'année 2022 de trois échantillons de CDS : 15 centres de santé dits « poly-médicaux » (ayant un chiffre d'affaires compris entre 230 K€ et 2,8 M€), 8 centres de santé dits « polyvalents » ayant un chiffre d'affaires supérieur à 1 M€ (qualifiés de « CSP+ » dans l'étude) et 8 centres de soins infirmiers, choisis en lien avec les principales fédérations de centres de santé. Parmi ses différentes conclusions, cette étude révèle :

- un taux de résultat net comptable compris entre -82,7 % et +0,7 % pour l'échantillon de CDS « poly-médicaux », avec un taux de résultat net médian de -11,3 % ;
- un taux de résultat net comptable compris entre -50,2 % et -0,3 % pour l'échantillon de CDS « polyvalents » (« CSP+ »), avec un taux de résultat net médian de -18 % ;

Compte tenu du petit nombre de centres retenus dans l'étude et pour chaque échantillon, la mission est d'avis que cette étude n'a pas vocation à être représentative de la situation des 586 CDS pluriprofessionnels en activité fin 2022.

La base e-CDS est alimentée chaque année des données de dépenses et de recettes déclarées par les centres, ainsi que par la CNAM et les ARS (Cf. annexe 1). La mission a pu ainsi s'appuyer sur ces données pour calculer des indicateurs relatifs à la situation économique et financière des CDS pluriprofessionnels : la portée de l'analyse conduite ainsi par la mission dépend du degré de complétude / renseignement de ces données par les différents acteurs renseignant la plateforme (CDS, CNAM et ARS)⁵⁰ et de la qualité des données fournies, qui est apparue perfectible.

Outre l'analyse de la structure des charges d'exploitation et des financements des centres, la mission a calculé et analysé plusieurs indicateurs informant à titre intermédiaire ou plus fondamentale sur la situation économique et financière des centres, sur des champs couvrant le plus grand nombre possible de centres. Compte tenu du caractère hétérogène de la population des centres, la mission a en outre été conduite à privilégier des analyses rendant compte des principaux éléments relatifs à la distribution des centres (médiane, 1^{er} et 3^{ème} quartiles notamment) de la distribution des centres au regard de chaque indicateurs, de façon à :

- Rendre compte de la diversité des situations des centres, d'une part ;
- Fournir des statistiques qui ne soient pas sensiblement affectées par d'éventuelles données erronées, d'autre part.

Dans le cadre de ses travaux, la mission a ainsi étudié quatre indicateurs informant à titre partiel sur la situation économique et financière et deux autres informant sur la performance des centres, la rentabilité de leur modèle économique et leur capacité à s'autofinancer, à savoir :

⁴⁹ ACE Santé / RNOGCS, « Accompagnement à la promotion de l'évolution du modèle économique de santé », septembre 2023.

⁵⁰ Selon l'appréciation de la mission, les collectivités territoriales ne sont pas tenues d'établir des comptes propres à l'activité du centre ou des centres de santé qu'elles gèrent (cf. supra). Selon les indications fournies par la plateforme e-CDS, les gestionnaires de CDS municipaux qui déclarent ne pas disposer de comptabilité analytique sont dispensés de fournir de données sur les charges d'exploitation, lorsqu'ils déclarent ne pas en avoir. Ainsi une très grande part des communes gestionnaires de centres ne fournissent pas ces données, ce qui réduit le champ des analyses portant sur la situation économique et financière des CDS.

- Un indicateur visant à rendre compte du résultat d'exploitation dégagé par le centre au cours de l'année considérée rapporté au montant de ses charges d'exploitation. Centré sur l'exploitation et/ou l'activité des centres, cet indicateur présente l'avantage d'être comparable pour un vaste ensemble de centres ;
- Un indicateur rendant compte du solde entre le total des financements du centre et ses charges d'exploitation rapporté au montant de ses dernières, y compris des financements émanant des ARS et surtout des financements issus « d'autres sources de financement » que l'assurance maladie, les organismes complémentaires, les patients (et l'ARS).

2.1.2 Les charges d'exploitation des CDS, pris de manière agrégée hors ceux gérés par des collectivités territoriale, ont augmenté de 82 % entre 2016 et 2022

En 2022, le montant total des charges d'exploitation des CDS pluriprofessionnels hors ceux gérés par des collectivités territoriales⁵¹ s'est élevé à 842,6 M€. Ces charges étaient composées à près de 70 % de charges de personnel, de 3 % de charges d'amortissement et de 27 % d'autres charges d'exploitation (cf. tableau ci-dessous). Au cours de la période récente, les charges d'exploitation des centres ont très fortement augmenté, en lien pour partie avec leur développement : +21 % de 2016 à 2019, + 50 % de 2019 à 2022, soit un total de +82 % de 2016 à 2022.

Tableau 3 : Charges d'exploitation des CDS pluriprofessionnels hors ceux gérés par des collectivités territoriales, en M€ (2016-2022)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Part en 2022 en %	Taux de croissance, en %		
									2019/2016	2022/2019	2022/2016
Charges de personnel, en M€	331,6	356,4	392,4	407,3	393,7	484,4	589,4	69,9	22,8	44,7	77,7
Taux d'évolution annuelle en %	...	7,5%	10,1%	3,8%	-3,3%	23,0%	21,7%	...	...	...	...
Amortissements, en M€	15,2	16,2	15,2	14,9	15,6	26,5	24,3	2,9	-2,1	63,1	59,7
Taux d'évolution annuelle en %	...	6,4%	-5,8%	-2,3%	4,5%	70,6%	-8,6%	...	...	...	...
Autres dépenses d'exploitation, en M€	117,0	133,4	143,7	140,9	137,5	180,9	229,0	27,2	20,4	62,5	95,7
Taux d'évolution annuelle en %	...	14,0%	7,8%	-2,0%	-2,4%	31,5%	26,6%	...	...	...	...
Total des charges d'exploitation, en M€	463,78	505,99	551,37	563,07	546,79	691,85	842,6	100,0	21,4	49,6	81,7
Taux d'évolution annuelle en %	...	9,1%	9,0%	2,1%	-2,9%	26,5%	21,8%	...	...	...	...
Pour information :											
Nombre de CDS du champ considéré	252	274	315	321	343	395	450	...	27,4	40,2	78,6
Part dans l'ensemble des CDS pluriprofessionnels en %	71,2	72,7	75,4	75,7	75,2	75,4	76,9	...	...	...	...

Source : e-CDC ; calculs mission et pôle d'analyse des données de l'IGAS

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) hors ceux gérés par des collectivités territoriales et hors le CDS LIVI

Nota bene : les données de ce tableau doivent être interprétées avec précaution (données brutes déclarées)

Cette évolution récente reflète une augmentation très forte à la fois des charges de personnel et des autres charges d'exploitation (+78 % et +96 % entre 2016 et 2022), dans un contexte global de redressement de l'inflation en 2021 et 2022. L'augmentation récente des charges de personnel s'est avérée nettement plus forte que celle de leurs effectifs en ETP annuels (59 % de 2016 à 2022 pour les centres hors ceux gérés par des collectivités territoriales). Ces chiffres montrent, dans un contexte de tension sur les ressources médicales et paramédicales, que la concurrence

⁵¹ Une très grande partie des centres gérés par des collectivités territoriales ne fournissent pas de données sur leurs dans la plateforme (cf. supra). Le CDS LIVI est par ailleurs exclu de l'échantillon.

actuellement observée entre les centres de santé pour le recrutement de professionnels de santé alimente une spirale salariale inflationniste qui se répercute défavorablement sur l'équilibre financier des centres, sauf à ce que cette hausse soit compensée par une hausse de l'activité, ce qui n'est pas le cas (cf. infra). En particulier, les évolutions salariales dans les centres semblent avoir été fortes en 2022 : les charges de personnel des centres hors ceux gérés par des collectivités territoriales ont augmenté de 21,7 % par rapport à 2021, alors que la croissance de leurs effectifs en ETP annuels était +9,4 %.

Graphique 4 : Taux de croissance annuel des charges de personnel et des effectifs en ETP annuels des CDS pluriprofessionnels hors ceux gérés par des collectivités territoriales (2017-2022)



Source : e-CDC ; calculs mission et pôle d'analyse des données de l'IGAS

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) hors ceux gérés par des collectivités territoriales et hors le CDS LIVI

Nota bene : les données de ce tableau doivent être interprétées avec précaution (données brutes déclarées)

La structure des charges d'exploitation varie sensiblement selon les centres. La part médiane des charges de personnel dans le total des charges d'exploitation des CDS médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national était de 78,9 % en 2022⁵². Pour un quart des centres, cette part était supérieure ou égale à 85,2 %, tandis que pour un autre quart elle était inférieure à 66,8 %.

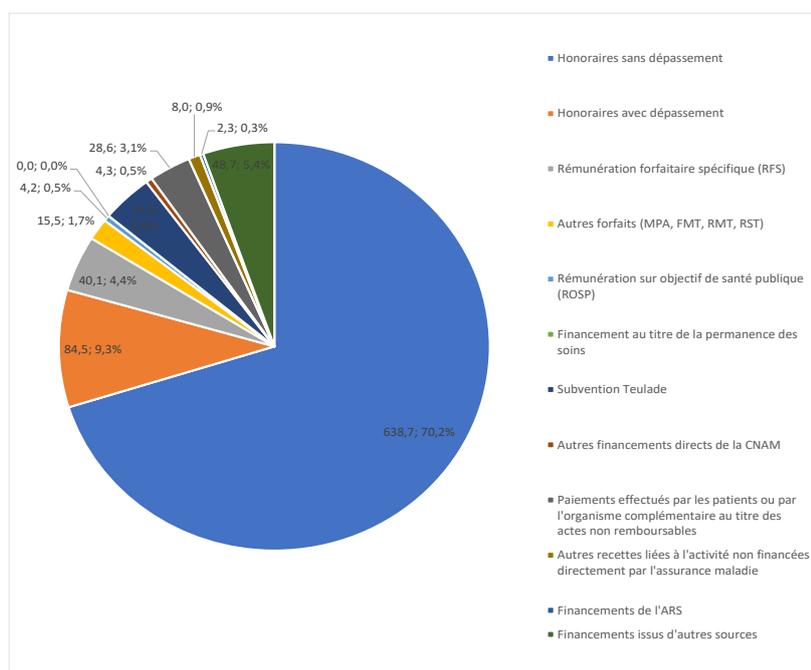
⁵² Chiffres obtenus sur un échantillon de 406 CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents, adhérant à l'accord national des CDS et ne faisant pas partie d'un regroupement de CDS par la CNAM (cf. annexe 1).

2.1.3 80 % des recettes des CDS pluriprofessionnels sont constituées par les honoraires

En 2022, le montant total des financements des CDS pluriprofessionnels⁵³ s'élevait à un peu plus de 910,1 M€. Les financements liés aux actes, à savoir les honoraires avec ou sans dépassement, représentent de loin la plus grande part de ces recettes (723,2 M€ en 2022, soit 79,5 % du total). Parmi ceux-ci, le montant des honoraires sans dépassement s'élève à 638,7 M€ (70,2 %) et le montant des honoraires avec dépassement à 84,5 M€ (9,2 %), en lien selon toute vraisemblance en grande partie avec les activités de soins dentaires d'une partie des centres.

Viennent loin derrière la rémunération forfaitaire spécifique issue de l'accord national des centres de santé (40,1 M€ en 2022, 4,4 %), ceux des autres forfaits de rémunération (15,5 M€, 1,7 %) et celle de la rémunération forfaitaire sur objectifs de santé publique (4,2 M€, 0,5 %). Les montants de subvention Teulade perçus par les centres se sont limités à 34,9 M€ en 2022 (3,8 % des recettes), tandis que les paiements effectués par les patients ou les organismes complémentaires au titre des actes non remboursables se sont élevés à 28,6 M€ (3,1 %). Les financements apportés par les ARS représentaient une part marginale des recettes des centres (2,3 M€ en 2022, soit 0,3 %) tandis que les centres ont bénéficié de 48,7 M€ de financements issus d'autres sources que l'assurance maladie, les organismes complémentaires, les patients et l'ARS (5,4 % du total).

Graphique 5 : Structure des financements des CDS pluriprofessionnels pris de manière agrégée en 2022, en M€ et en %



Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) hors le CDS LIVI ;

⁵³ Hors ceux gérés par des collectivités territoriales (dont une très grande part ne fournissent pas de données dans la plateforme) et hors celles du CDS LIVI.

Ces données agrégées révèlent une forte augmentation des financements des centres au cours des années récentes (+13,9 % de 2016 à 2019 et +26,9 % entre 2019 et 2022, soit +44,6 % de 2016 à 2022). Cette forte augmentation s'explique par une forte hausse de l'ensemble des différents types de financement⁵⁴. Le montant des honoraires totaux (sans ou avec dépassement) a augmenté de +45 % sur la période, reflétant notamment une très forte hausse de 2019 à 2022. Les montants correspondant à la rémunération forfaitaire spécifique issu de l'accord national des centres de santé et ceux des autres rémunérations forfaitaires ont augmenté de manière spectaculaire (+266 % et +236 % de 2016 à 2023), en lien avec les dispositions de l'accord et la mise en œuvre de ces quatre premiers avenants.

Comme pour les charges, les grandeurs moyennes relatives à la structure des recettes varient considérablement selon les centres. Selon les calculs de la mission, la part médiane des honoraires totaux pour les CDS pluriprofessionnels est de 78,6 %⁵⁵. Un quart des centres a une part supérieure ou égale à 86,7 %, tandis qu'un quart a une part inférieure à 67,6 %. De même, la part médiane de la rémunération forfaitaire spécifique est de 6,6 %, mais un quart des centres ont une part supérieure ou égale à 10,2 % et un quart ont une part inférieure à 3,4 %. En outre, l'analyse révèle également qu'une partie des centres bénéficie des financements conséquents émanant d'autres sources que l'Assurance maladie, les organismes complémentaires, les patients et l'ARS.

Tableau 4 : Evolution des financements des CDS pluriprofessionnels, en M€ (2016-2022)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Part en 2022 en %	Taux de croissance, en %		
									2019/2016	2022/2019	2022/2016
Honoraires totaux	497,7	498,5	550,2	552,4	538,7	704,7	723,2	79,5	11,0	30,9	45,3
Honoraires sans dépassement	420,3	420,9	471,3	478,1	478,8	617,1	638,7	70,2	13,8	33,6	52,0
Honoraires avec dépassement	77,4	77,6	78,9	74,3	60,0	87,7	84,5	9,3	-4,0	13,7	9,1
Financements forfaitaires	18,5	31,2	36,1	39,3	42,9	48,4	59,9	6,6	112,5	52,3	223,7
Rémunération forfaitaire spécifique (RFS)	11,0	21,4	21,2	24,1	26,9	30,2	40,1	4,4	119,7	66,5	265,8
Autres forfaits (MPA, FMT, RMT, RST)	4,6	6,7	11,1	12,0	12,6	14,3	15,5	1,7	159,7	29,4	236,0
Rémunération sur objectif de santé publique (ROSP)	2,3	2,5	3,0	3,2	3,2	3,8	4,2	0,5	42,2	31,1	86,4
Financement au titre des aides démographiques	0,6	0,6	0,7	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	-100,0	...	-100,0
Financement au titre de la permanence des soins	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,2	31,3	55,2
Subvention Teulade	24,1	26,8	27,5	29,1	28,9	33,3	34,9	3,8	21,1	19,9	45,2
Financement de la prévention (hors RFS)	1,9	1,3	1,1	1,1	2,3	4,1	2,5	0,3	-40,0	118,4	31,0
Financement de l'éducation thérapeutique (hors RFS)	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	1,7	1,7	0,2	5,3	770,4	816,1
Financement de l'éducation pour la santé par la Cnam (hors RFS)	0,0	1,5	1,5	1,5	1,6	0,2	0,2	0,0	7403,5	-88,1	791,5
Financement des protocoles entre professionnels (hors RFS)	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	..	...	469,4
Paiements effectués par les patients ou par l'organisme complémentaire au titre des actes non remboursables	36,2	43,6	36,2	34,9	20,9	32,3	28,6	3,1	-3,4	-18,0	-20,9
Autres recettes liées à l'activité non financées directement par l'assurance maladie	5,5	7,3	5,6	8,0	5,7	3,6	8,0	0,9	47,0	-0,1	46,8
Financements de l'ARS	6,2	3,9	4,1	5,8	4,0	6,4	2,3	0,3	-6,5	-59,9	-62,5
Financements issus d'autres sources que l'assurance-maladie, les organismes complémentaires, les patients et l'ARS	39,3	32,3	40,2	44,5	55,4	56,5	48,7	5,4	13,3	9,5	24,0
Total des financements	629,5	646,6	702,7	717,0	700,7	891,2	910,1	100,0	13,9	26,9	44,6

Source : e-CDC ; calculs mission et pôle d'analyse des données de l'IGAS

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées), hors le CDS LIVI

Nota bene : les données de ce tableau doivent être interprétées avec précaution (données brutes déclarées)

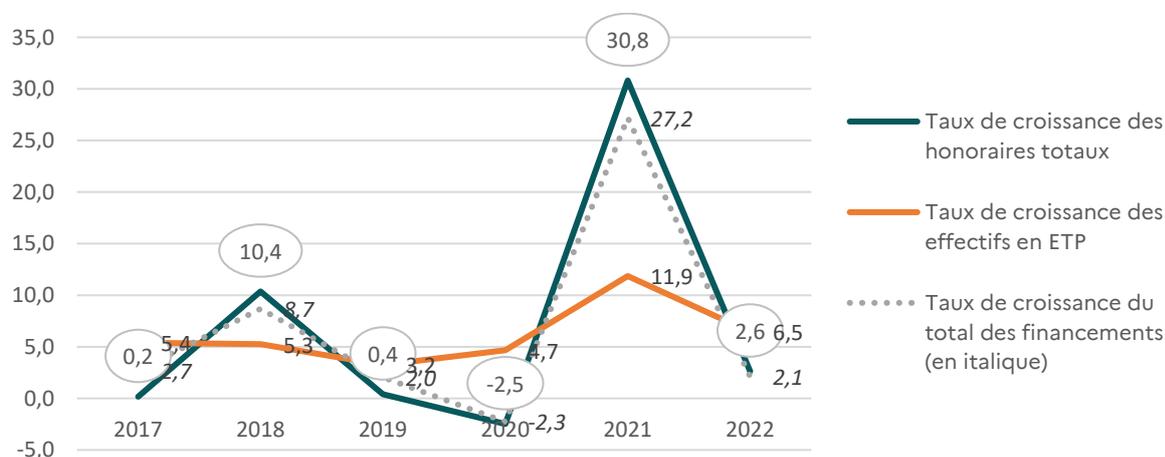
Le taux de croissance des honoraires totaux (sans ou avec dépassement), au cours de la période 2016-2022, s'établit à 6,4 % en moyenne annuelle, soit une croissance légèrement plus rapide que celle des effectifs en ETP annuels qui s'établit à 6,1 % (graphique ci-dessous). Après un pic d'activité enregistré en 2021, qui pourrait être lié à la sortie de crise sanitaire (effet de

⁵⁴ A l'exception notable des financements issus des ARS et des paiements effectués par les patients ou par les organismes complémentaires au titre des actes non remboursables qui ont diminué fortement.

⁵⁵ Chiffres obtenus sur un échantillon de 498 CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents, adhérant à l'accord national des CDS (cf. annexe 1).

« déstockage »), le taux de croissance des honoraires en 2022 est très inférieur à celui des effectifs en ETP annuel (respectivement +2,6 % et +6,5 %), ce qui augure une dégradation des comptes, indépendamment de tout effet salarial.

Graphique 6 : Taux de croissance des honoraires et des effectifs en ETP annuels des CDS pluriprofessionnels (2017-2022)

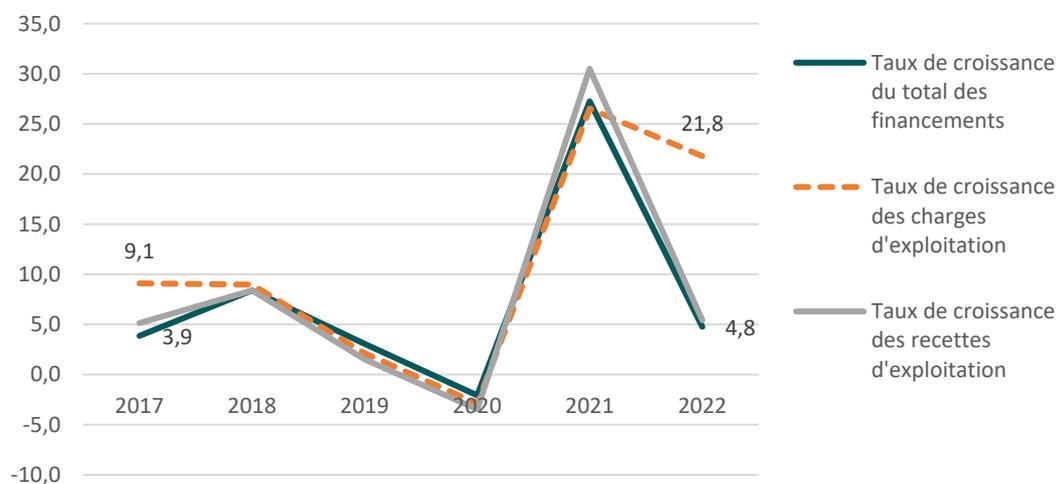


Source : *Calculs mission, e-CDS*

Champ : ibidem - CDS pluriprofessionnels ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées, hors le CDS LIVI ; honoraires avec dépassements

Sur la base des données agrégées, l'augmentation récente des recettes des centres pris dans leur ensemble hors ceux gérés par les collectivités territoriales (+30,5 % de 2019 à 2022 et +51,5 % de 2016 à 2022, +32,8 % et +53,6 % respectivement pour les recettes d'exploitation) apparaît nettement moins forte que celle de leurs charges d'exploitation (+50 % de 2019 à 2022 et +82 % de 2016 à 2022). Comme le montre le graphique ci-dessous, la détérioration de la situation économique et financière des centres pris dans leur ensemble est très nette en 2022, année de « décrochage » (graphique ci-dessous). Ces données agrégées suggèrent ainsi qu'après une dégradation tendancielle entre 2016 et 2020, et un retour à l'équilibre en 2021, le résultat d'exploitation estimé des CDS pluriprofessionnels pris dans leur ensemble hors ceux gérés par des collectivités territoriales, s'est fortement dégradé en 2022, pour faire apparaître un déficit de près de -13 % de leurs dépenses. Il convient toutefois de rester prudent dans l'interprétation de ces données agrégées, notamment de leurs évolutions, en raison de leur caractère déclaratif.

Graphique 7 : Taux de croissance des recettes, des charges d'exploitation et du total des financements des centres pluriprofessionnels hors ceux gérés par des collectivités territoriales (2017-2022)



Source : *Calculs mission, e-CDS*

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) hors ceux gérés par des collectivités territoriales et hors le CDS LIVI

2.1.4 Les aides des ARS représentent moins de 1 % des recettes

L'analyse des données de la base e-CDS montre que de 2018 à 2022, seulement la moitié des ARS a accordé des aides financières aux centres⁵⁶ pour soutenir les actions de prévention, d'éducation ou de promotion pour la santé. Cette absence se comprend dans les territoires peu ou non dotés en centres (Corse, Centre Val de Loire, Normandie...). L'ARS Ile de France a une politique d'attribution stable, eu égard à son maillage historique, dont les circuits de financement sont bien connus d'une partie des centres, qui renouvèlent chaque année leurs demandes de subvention. D'autres, à l'instar de l'ARS Hauts de France, contribuent peu au financement de ces missions⁵⁷.

Concernant les aides financières pour la gestion des centres, toutes les ARS métropolitaines⁵⁸ et l'ARS de Martinique ont attribué des subventions de fonctionnement aux centres de santé⁵⁹ (4 304 K€ cumulés au cours de la période 2018-2022). Les aides sont moins systématiques, s'agissant du financement de l'ingénierie (439 K€, dont 72 % par l'ARS PACA), de l'équipement (371 K€, dont 43 % sont versés par l'ARS IDF), du système d'information (331 K€, dont 47 % ARS IDF), voire ne concernent qu'une ARS (financement de protocoles entre PS par l'ARS PACA pour 35 K€).

⁵⁶ CDS polyvalents déclarant employer des auxiliaires médicaux.

⁵⁷ Missions obligatoires (prévention, cf. article L. 6323-1 du code de la santé publique) ou facultatives (actions de santé publique et d'éducation thérapeutique, cf. article L. 6323-1-1 du même code).

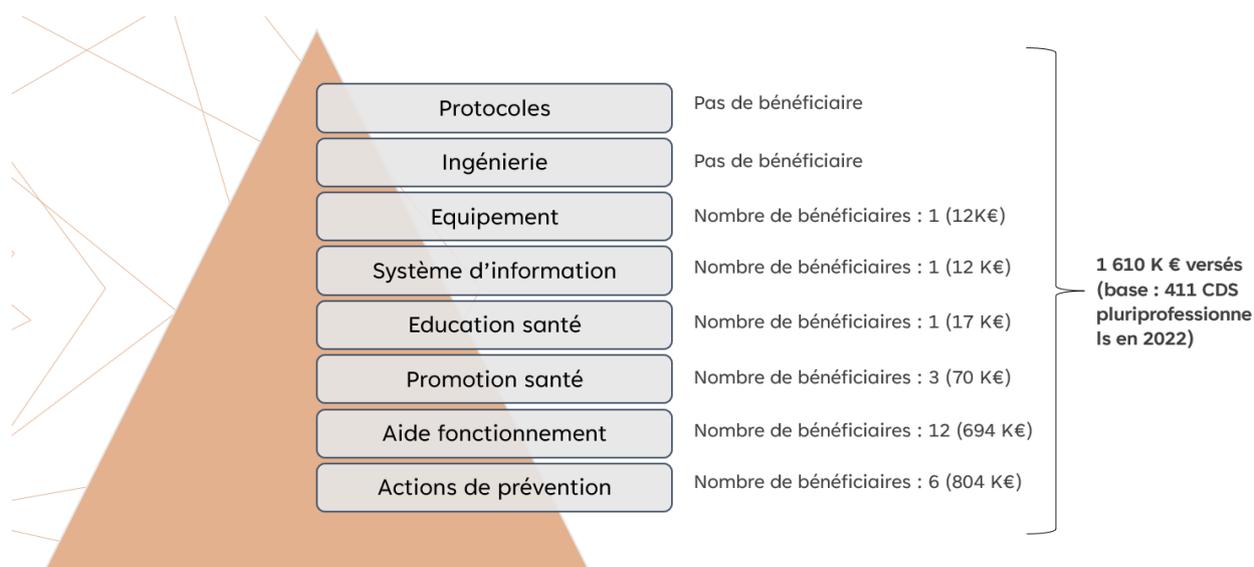
⁵⁸ sauf la Corse, qui ne dispose pas de CDS polyvalent avec auxiliaire médical.

⁵⁹ CDS polyvalents avec auxiliaires médicaux.

Enfin le dispositif « 400 médecins généralistes », qui s’adressait aux territoires prioritaires a rempli en partie ses objectifs mais a mieux fonctionné dans les régions littorales ou du Sud de la France, laissant présager un effet d’aubaine⁶⁰.

En 2022, 5,6 % des centres ont bénéficié d’un ou plusieurs types d’aides de l’ARS, pour un montant total de 1,6 M€, ce qui représente 0,3 % des recettes totales des CDS pluriprofessionnels. en 2022⁶¹. Ce constat vaut pour la période 2018-2022 et pour l’ensemble des centres : seuls 5,1 % des centres pluriprofessionnels en moyenne ont obtenu une ou plusieurs aides annuelles de l’ARS⁶².

Graphique 8 : Nombre de bénéficiaires par type d’aide et montants totaux attribué par les ARS en 2022 (*)



Source : Mission, base e-CDS – données déclarées par les ARS. (*) Hors données Franche Comté.

A la décharge des gestionnaires de centres, les aides ne peuvent être demandées que si elles sont connues : la publicité des appels à projets sur le site des ARS n’est pas toujours bien assurée, les boîtes à outils en ligne sont plus ou moins outillées et/ou mises à jour. Finalement, et à la suite des entretiens avec les autorités sanitaires comme avec les gestionnaires des centres de santé, la mission s’interroge sur leur degré plus ou moins important de (mé)connaissance respectif⁶³.

⁶⁰ Cf. analyse en annexe 6. Cette mesure de la réforme Ma Santé 2022 prévoyait une garantie de ressources financée par le FIR et calculée pour couvrir l’éventuel déséquilibre entre le coût salarial total d’un médecin généraliste nouvellement employé et le montant des actes réalisés par celui-ci les deux premières années d’exercice et déployée à partir de 2018.

⁶¹ Données hors ARS Franche Comté, qui n’a pas validé et servi des données de la base en 2022.

⁶² Hors mesure 400 MG, qui peut concerner aussi bien des centres de santé que des établissements de santé ou des cabinets libéraux s’ils recrutent un médecin salarié, et pour laquelle il n’y a pas de bilan détaillé pour les centres.

⁶³ Source : rapport IGAS n°2022-040R qui notait que ces centres de soins infirmiers sont « un maillon de l’offre de soins primaires méconnu des pouvoirs publics » et qui recommandait : « A court terme, pour leur assurer une meilleure visibilité, les autorités locales doivent vérifier et sécuriser la participation et l’intégration des centres de soins infirmiers aux projets de santé portés par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), là où des difficultés leur sont signalées – de même que vérifier leur bonne association aux différents plans de crise sanitaire ».

2.1.5 Le déficit médian d'exploitation qui s'établit à près de 10 % des dépenses en 2022 varie fortement selon les centres, un tiers dégage un excédent

Au-delà des données agrégées⁶⁴ une analyse de la distribution des centres au regard des quatre indicateurs intermédiaires et des deux indicateurs plus fondamentaux définis *supra* révèle, en 2022, une situation économique et financières des CDS pluriprofessionnels globalement dégradée, mais très variable d'un centre à l'autre :

Le ratio médian du résultat d'exploitation estimé rapporté aux charges d'exploitation des centres⁶⁵ était de -9,8 % : cela signifie que la moitié d'entre eux avait un déficit d'exploitation estimé supérieur ou égal à 9,8 % de leurs charges d'exploitation cette année-là et l'autre moitié avait déficit moindre. Un quart des centres a enregistré un déficit d'exploitation estimé supérieur à 30,4 % de leurs charges (1^{er} quartile)⁶⁶ tandis qu'un autre quart a dégagé un excédent d'exploitation supérieur ou égal à 4,7 % des charges d'exploitation (3^{ème} quartile). Certains centres ont dégagé des excédents d'exploitation bien plus élevés (cf. tableau ci-dessous). **Au total, 33,3 % des centres de l'échantillon considéré ont dégagé un résultat d'exploitation excédentaire.**

Le **ratio médian du total des financements nets des dépenses d'exploitation rapporté aux charges d'exploitation** s'est établi à -5,7 % sur un champ proche du précédent⁶⁷ : la moitié des centres avaient en 2022 un tel déficit financier supérieur ou égal à l'équivalent de 5,7 % de leurs charges d'exploitation. Si un quart des centres avait un tel déficit financier représentant plus de 22,5 % de leurs charges d'exploitation, un autre quart a dégagé à l'inverse un excédent financier représentant plus de 11,1 % de leurs charges la même année. Au total, 41,1 % des centres de l'échantillon avaient un tel ratio positif en 2022.

⁶⁴ Qui doivent être interprétées avec prudence en raison de leur caractère déclaratif.

⁶⁵ Champ du calcul : centres médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national, ne faisant pas partie d'un regroupement de CDS par la CNAM pour l'attribution de la rémunération forfaitaire spécifique prévue par cet accord, pour lesquels les données de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux avec dépassement sont fournies et non nulles (et hors le CDS LIVI), à savoir un ensemble de 406 CDS pluriprofessionnels.

⁶⁶ Une part notable des centres enregistrant des déficits bien plus importants encore : d'après les données, de l'ordre de 10 % des centres ont enregistré un ratio de déficit d'exploitation supérieur à 56,9 % de leurs charges (1^{er} décile) ; ce chiffre peut toutefois être affecté de manière sensible par des données extrêmes, pour partie erronées, de certains centres, dans une proportion que la mission ne peut estimer de manière fiable.

⁶⁷ Après prise en compte de l'ensemble des recettes collectées dans e-CDS – y compris celles émanant des ARS, le plus souvent inexistantes ou marginales, et surtout de celles émanant d'autres sources de financement que l'assurance maladie, les organismes complémentaires et les patients, qui sont conséquentes pour une partie des centres, notamment pour ceux gérés par des collectivités locales. Champ du calcul restreint aux CDS pour lesquels l'ARS a validé les données.

Tableau 5 : Distribution des principaux ratios relatifs à la situation économique et financière des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des CDS en 2022, en %

	Nombre de CDS	Min	Declé 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Declé 9	Max
Ratio des honoraires sans dépassement sur charges de personnel en %	427	0,1	39,2	63,3	87,1	138,8	107,3	135,1	19586,4
Ratio des honoraires totaux sur charges de personnel en %	427	0,1	40,7	70,3	95,4	164,6	120,0	148,2	27592,9
Ratio des honoraires sans dépassement sur charges d'exploitation en %	427	0,0	27,9	47,0	66,6	66,5	80,2	96,4	319,2
Ratio des honoraires totaux sur charges d'exploitation en %	427	0,0	28,9	53,8	71,8	71,3	87,2	104,1	319,4
Ratio du résultat d'exploitation estimé sur charges d'exploitation en %	406	-95,7	-56,9	-30,4	-9,8	-11,6	4,7	23,0	355,0
Ratio du total des financements nets des charges d'exploitation sur charges d'exploitation en %	389	-95,7	-47,0	-22,5	-5,7	-3,9	11,1	27,7	355,0

Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ, définitions, lecture, avertissements : voir l'annexe 1

La situation financière des CDS pluriprofessionnels apparaît globalement un peu moins dégradée, si l'on exclut les centres créés au cours de l'année 2022 pour lesquelles les données peuvent présenter une fragilité particulière d'une part, et dont la situation financière au cours de leurs premiers mois de leur existence peut être intrinsèquement plus fragile, d'autre part.

- Pour l'ensemble des CDS médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national sur le champ précédemment retenu et hors les centres ayant ouvert en 2022, le ratio médian rapportant le résultat d'exploitation estimé aux charges d'exploitation a été de -9,1 % en 2022.
- Pour l'ensemble de ces CDS sur un champ voisin, le ratio médian du total des financements nets des charges d'exploitation rapporté aux charges d'exploitation s'est établi à -5,0 % la même année.

2.1.6 Le déficit médian varie entre -5 % et -67 % des dépenses selon les grandes catégories de gestionnaires de centres en 2022

L'indicateur de résultat d'exploitation estimé rapporté aux charges d'exploitation révèle, corrélativement, des situations très variables selon les centres, mais qui varient dans une certaine mesure selon le type de gestionnaires (tableau ci-dessous), avec de manière globale :

- Une situation relativement moins dégradée pour les CDS pluriprofessionnels gérés par les associations et ceux gérés par les organismes de sécurité sociale : leur ratio médian s'est établi respectivement à - 5,1 % et -7,6 % en 2022 (-9,8 % pour l'ensemble de l'échantillon).
- Une situation relativement plus dégradée pour le nombre réduit de CDS pluriprofessionnels gérés par des collectivités territoriales qui ont fourni des données sur leurs charges d'exploitation dans e-CDS : leur ratio médian était de -31,6 % en 2022.

- La situation d'exploitation très particulière, très fortement dégradée, des CDS gérés par d'autres organismes et établissements publics, à savoir essentiellement les « CDS universitaires », avec un ratio médian à -67,5 % en 2022.
- Des situations relativement dégradées aussi pour les autres catégories regroupant un petit nombre de CDS.

La mission note que le ratio médian de résultat d'exploitation estimé rapporté aux charges d'exploitation s'est établi à -8,6 % en excluant les CDS universitaires et les CDS créés au cours de l'année (contre -9,8 % pour l'ensemble du champ retenu).

Tableau 6 : Distribution du ratio du résultat d'exploitation / dépenses d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels selon le statut juridique des gestionnaires en 2022, en %

	Nombre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max	Part des CDS avec un ratio positif ou nul en %
Associations	192	-95,7	-56,3	-24,0	-5,1	-4,6	11,4	38,9	355,0	43,2
Organismes de sécurité sociale	86	-64,2	-35,4	-22,1	-7,6	-10,0	0,5	14,6	27,6	26,7
Organismes mutualistes	37	-56,5	-29,8	-21,1	-8,7	-8,8	4,7	11,8	19,3	32,4
Collectivités territoriales	36	-65,5	-49,9	-40,4	-31,6	-25,2	-9,5	10,0	36,5	16,7
Autres organismes et établissements publics	21	-94,3	-93,7	-88,5	-67,5	-60,8	-55,1	-5,7	9,2	9,5
Autres organismes privés à but non lucratif	15	-73,8	-68,3	-43,2	-8,4	-5,3	8,5	33,8	182,9	40,0
Organismes privés à caractère commercial	12	-46,9	-43,4	-36,2	-22,8	-18,5	-7,4	13,6	26,3	25,0
Etablissements publics de santé	7	-58,8	-50,2	-36,3	-14,0	-25,3	-11,9	-9,4	-8,1	0,0
Ensemble des CDS	406	-95,7	-56,9	-30,4	-9,8	-11,6	4,7	23,0	355,0	33,3
Ensemble des CDS hors ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics	385	-95,7	-50,0	-27,9	-9,1	-9,0	5,3	23,8	355,0	34,5
Ensemble des CDS hors ceux ouverts en 2022	380	-94,3	-56,0	-28,5	-9,1	-10,6	4,9	22,9	355,0	34,2
Ensemble des CDS hors ceux ouverts en 2022 et ceux gérés par d'autres organismes et établissements	359	-89,0	-46,6	-25,6	-8,6	-7,6	5,6	23,6	355,0	35,7

Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ, définitions, lecture, avertissements : voir l'annexe 1

L'indicateur du montant total des financements estimés nets des charges d'exploitation rapportée à ces dernières, qui tient compte des recettes perçus par certains CDS émanant d'autres sources que l'assurance maladie, les organismes complémentaires, les patients (et marginalement l'ARS) fait apparaître pour sa part des variations selon les catégories de gestionnaires de centres un peu différentes des précédentes, avec notamment une situation moins dégradée pour les CDS gérés par les collectivités territoriales et les CDS universitaires, eu égard aux financements complémentaires qu'ils reçoivent de leur collectivité ou organisme gestionnaire, ainsi qu'une situation globalement meilleure aussi pour les CDS gérés par des associations :

- le ratio médian s'est établi à -0,7 % en 2022 pour les CDS gérés par des associations, quasiment une moitié de ces centres dégagant un équilibre ou un surplus ;
- le ratio médian était dans le même temps de -7,6 % et -8,2 % la même année pour les CDS gérés par des organismes de sécurité sociale et ceux gérés par des organismes mutualistes ;
- il était la même année de -13,8 % pour les CDS de l'échantillon gérés par des collectivités territoriales, mais restait particulièrement dégradé à -56,7 % pour les CDS universitaires.

La valeur médiane de cet indicateur du total des recettes estimées nettes des charges d'exploitation rapportée à ces dernières était en 2022 de -4,7 % pour les CDS de l'échantillon, hors les CDS universitaires et hors ceux créés en 2022.

2.1.7 Des analyses simples de corrélations menées sur la situation des centres en 2022 montrent que l'équilibre économique est dépendant de différents facteurs, dont logiquement l'activité des personnels médicaux

La mission a dressé les principaux constats suivants :

- La situation économique et financière des CDS pluriprofessionnels, mesurée par le ratio de résultat d'exploitation rapporté aux charges d'exploitation, apparaît globalement moins dégradée pour ceux qui perçoivent un montant de subvention Teulade que pour l'ensemble des centres, sans que la mission n'ait pu évaluer l'ampleur des écarts liés aux montants réellement perçus ;
- On constate une corrélation positive, d'ampleur modeste, entre les résultats d'exploitation des CDS pluriprofessionnels et leur part d'activité de soins dentaires ou ophtalmologiques en 2022. Un examen des données montre que les résultats d'exploitation n'apparaissent pas nettement meilleurs en 2022 pour les CDS pluriprofessionnels qui dispensent des soins dentaires ou ophtalmologiques, sauf lorsqu'ils en dispensent de manière importante (plus de 60 % de leur activité).
- De manière assez logique, les CDS pluriprofessionnels qui n'emploient que de faibles ressources médicales, à savoir moins de 2 ETP annuels, voire moins de 1 ETP annuel, de professionnels médicaux, ont eu un résultat d'exploitation très dégradé en 2022. Au-delà de ces seuils, il n'y a pas de corrélation claire entre le ratio de résultat d'exploitation des centres et la taille des centres, mesurée par le nombre d'ETP effectifs de professionnels médicaux qu'ils emploient.
- La distribution du ratio de résultat d'exploitation rapportée aux charges d'exploitation des CDS pluriprofessionnels en 2022 montre des variations notables selon les régions. Au niveau des territoires, l'analyse ne fait pas apparaître de différence systématique entre la situation des CDS implantés dans des QPV et celle de l'ensemble des centres, un écart négatif apparaissant toutefois pour les centres implantés dans les « quartiers vécus ».
- Il n'y a pas de corrélation négative sensible entre le ratio de résultat d'exploitation rapporté aux charges d'exploitation des centres en 2022 et le degré de précarité sociale de leur patientèle, mesuré par le taux de patientèle C2S et AME des centres en 2022.
- Outre la situation économique et financière particulièrement dégradée des centres créés au cours de l'année 2022, l'analyse de la mission révèle des comptes d'exploitation nettement plus dégradés en moyenne en 2022 pour les centres anciens ou relativement, créés respectivement avant 1980 ou avant 2010, comparativement aux centres qui ont ouvert au cours de la décennie passée.
- On peut percevoir, de manière assez logique, une corrélation négative d'ampleur modeste entre le ratio de résultat d'exploitation estimé des centres en 2022 et le ratio du total des

charges de personnel rapporté au nombre d'ETP de professionnels médicaux employés par les centres cette année-là ;

- On ne perçoit pas de corrélation négative sensible entre le ratio de résultat d'exploitation estimé des centres en 2022 et le ratio du total des ETP de personnels médico-administratifs dans le total des ETP de professionnels médicaux employés par les centres cette année-là.
- On constate enfin une corrélation positive, d'ampleur limitée, entre le ratio de résultat d'exploitation estimé des centres en 2022 et la quotité annuelle moyenne de travail, exprimée en pourcentage d'ETP annuel, des professionnels médicaux employés par les centres cette année-là.

L'analyse de la mission fait également apparaître une corrélation positive, d'ampleur limitée, entre le ratio de résultat d'exploitation des centres en 2022 et l'étendue de leur plage horaire d'ouverture hebdomadaire, d'une part, et une corrélation positive, d'ampleur modeste, avec le nombre moyen d'actes de médecine générale par ETP annuel de MG employés, d'autre part. A elles seules, ces deux variables relatives à l'activité ne sont susceptibles d'expliquer qu'une part modeste de la forte dispersion des résultats d'exploitation des centres enregistrée en 2022.

Les analyses simples de corrélations menées semblent ainsi confirmer que l'équilibre économique et financier des centres dépend de multiples facteurs.

2.2 La productivité des médecins est l'un des principaux déterminants de l'équilibre économique des centres

2.2.1 Le nombre de consultations moyen par heure est une donnée essentielle qui n'est pas suivie au niveau de chaque praticien

Dans un modèle économique de tarification à l'acte, plus le nombre d'heures travaillées est élevé, plus le nombre de consultations et d'actes est important, plus les honoraires versés aux professionnels libéraux ou à la structure sont élevés : le premier levier pour assurer l'équilibre de ce modèle repose sur la réalisation par les professionnels de santé d'un nombre minimal d'actes, afin que les recettes puissent couvrir les charges générées par l'activité.

Cette recherche d'une amélioration de la productivité se heurte à plusieurs limites :

- Dans ce modèle économique, en théorie, la situation optimale consisterait à trier la patientèle pour ne traiter que les cas peu graves et rapidement traités pour réduire la durée de la consultation et maximiser le nombre d'actes. Plusieurs responsables de centres ou personnels médicaux ont par exemple signalé accueillir une patientèle plus complexe réorientée selon eux parfois à dessein par les professionnels libéraux des alentours. En pratique, le traitement discriminatoire des patients est déontologiquement interdit : toutefois un professionnel de santé peut refuser de prendre en charge un patient pour des raisons personnelles ou professionnelles, sauf en cas d'urgence ou dans le cas où il manquerait à son devoir d'humanité⁶⁸ ;

⁶⁸ Cf. code de déontologie médicale.

- l'analyse et la mesure de la productivité d'un médecin, si elle n'est pas interdite, ne peut donner lieu à une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins⁶⁹.

Les centres de santé interrogés ont indiqué qu'ils n'établissaient pas de ratio de productivité et qu'ils ne suivaient pas la productivité individuelle des médecins. Seul un gestionnaire a indiqué avoir fait appel à un médecin pour rappeler à l'ensemble de ses confrères les enjeux économiques liés au suivi de la productivité. L'Assurance maladie, de son côté, ne dispose pas des données individuelles permettant de suivre la productivité médicale par professionnel de santé : les seules données d'activité dont elle dispose sont à l'échelle de l'établissement.

La mission s'est intéressée à trois données permettant d'approcher la productivité médiane et/ou moyenne des praticiens des centres :

- la file active « médecin généraliste » des centres (c'est-à-dire le nombre total de patients différents pris en charge, pour au moins un acte de médecine générale, au cours de l'année, qu'ils aient ou non déclaré les médecins du centre comme étant leur « médecin traitant ») rapportée au nombre d'ETP annuels de médecins généralistes employés ;
- la patientèle « médecin traitant » des centres (nombre de patients ayant déclaré un des médecins du centre comme étant leur médecin traitant), rapportée au nombre d'ETP annuels de médecins généralistes employés ;
- le nombre d'actes cliniques de médecine générale des centres rapporté au nombre d'ETP annuels de médecins généralistes employés.

2.2.2 Rapportée au nombre d'ETP annuels de médecins généralistes, la file active « médecin généraliste » des CDS varie fortement selon les centres

L'exploitation des données de la file active « médecin généraliste », rapportées aux données d'ETP annuels de médecins généralistes (hors les médecins à exercice particulier) employés par les centres⁷⁰, fait apparaître une file active MG par ETP de médecins généralistes très variable selon les CDS pluriprofessionnels. En 2022, le ratio médian de file active MG par ETP annuel de médecins généralistes pour les centres de santé s'établissait à 1 481 patients⁷¹, avec de forts écarts de

⁶⁹ Cf. code de déontologie médicale.

⁷¹ Calculs mission. Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé, pour lesquels des données dans e-CDS permettent de calculer l'indicateur considéré et la file active « médecin généraliste » est non nulle, hors centres gérés par des autres organismes et établissements publics, à savoir essentiellement les « centres universitaires » qui ont un objet et des modalités de fonctionnement particuliers et qui ont de fait une active MG généralement très basse.

⁷¹ Calculs mission. Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé, pour lesquels des données dans e-CDS permettent de calculer l'indicateur considéré et la file active « médecin généraliste » est non nulle, hors centres gérés par des autres organismes et établissements publics, à savoir essentiellement les « centres universitaires » qui ont un objet et des modalités de fonctionnement particuliers et qui ont de fait une active MG généralement très basse.

distribution : un quart des centres avaient une file active MG supérieure ou égale à 2 655 patients en 2022 et un quart une file active inférieure à 972 patients. Le ratio médian de la file active MG par ETP de MG est plus élevé pour les centres gérés par des organismes mutualistes, et, dans une moindre mesure, pour ceux gérés par des associations, des organismes privés à caractère commercial ou à but non lucratif. A l'inverse, il est comparativement bas pour ceux gérés par des collectivités territoriales et ceux gérés par des organismes de sécurité sociale.

Cette variabilité peut refléter des niveaux de productivité des médecins, des modes de prise en charge (fréquence moyenne des consultations dans l'année par patient) et des caractéristiques de la patientèle différents. Pour un même nombre annuel de consultations par ETP de médecin dans l'année, la file active de ceux qui reçoivent un plus grand nombre de patients une fois dans l'année est mécaniquement rehaussée par rapport à ceux qui sont amenés à revoir plusieurs fois les mêmes patients.

Les comparaisons avec les données disponibles de file active des médecins généralistes exerçant en libéral sont délicates. Selon des données de la CNAM, la file active médiane pour les médecins généralistes libéraux (hors MEP) actifs et conventionnés au 31/12 de l'année, ayant au moins un patient médecin traitant (MT) adulte, ayant fait au moins un acte clinique dans l'année et hors ceux installés dans l'année – dont une part a dû travailler à temps partiel ou sur une durée limitée dans l'année – était de 1 556 en 2022⁷², à la suite semble-t-il d'une hausse enregistrée ces dernières années⁷³. Les chiffres de la CNAM font également apparaître une assez forte variabilité de la file active des médecins généralistes selon les praticiens installés : un quart des médecins généralistes installés avaient ainsi une file active supérieure ou égale à 2 027 en 2022, tandis qu'un autre quart avait une file active inférieure à 1 170 la même année⁷⁴.

⁷² Document intitulé « Activité des médecins généralistes libéraux 2016-2022 » diffusé en novembre 2023 sur le site Internet de la CNAM en lien avec les négociations conventionnelles en cours :

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/20231119_Activit%C3%A9%20MG_2022.pdf

⁷³ Selon les données de la CNAM, la file active moyenne pour ces médecins généralistes installés était de 1 710 en 2022, contre 1665 en 2018 et 1 629 en 2016.

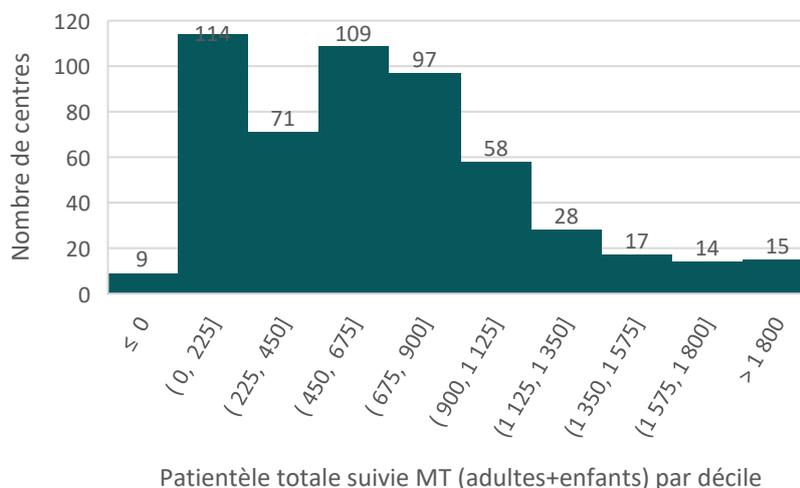
⁷⁴ Ceci semble en partie s'expliquer par le fait qu'une partie des médecins ont une durée annuelle de travail élevée sur l'année tandis qu'une part travaillent à temps partiel ou sur une durée limitée dans l'année. Selon une enquête de la DREES menée début 2019 auprès de 3 300 praticiens, les médecins généralistes libéraux déclaraient travailler 54 heures en moyenne lors d'une semaine de travail ordinaire, en passant 44 heures 30 auprès de leurs patients. Cf. la publication suivante : H. Chaput et alii, « Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine », Etudes et Résultats N° 1113 (mars 2019).

2.2.3 Très variable selon les centres, la patientèle « médecin traitant » par ETP de MG employés des centres est globalement inférieure au volume de patientèle suivie par les médecins exerçant en libéral

En 2022, le nombre médian de patients « médecin traitant » (MT) suivis par ETP de médecin généraliste s'établissait à 689 patients (adultes et enfants) en centre (755 en moyenne⁷⁵). Un quart des centres suivaient plus de 997 patients par ETP/MG, un autre quart suivaient moins de 399 patients MT/ETP MG (distribution par décile ci-dessous). Parmi les grandes catégories de gestionnaires de centres, le nombre médian de patients « médecin traitant » apparaît comparativement élevé pour les centres gérés par des organismes mutualistes et, dans une moindre mesure, ceux gérés par des organismes de sécurité sociale. Il est à l'inverse comparativement pas pour ceux gérés par des associations.

Pour les médecins libéraux en activité (selon le champ précisé supra), la valeur moyenne du nombre de patients MT (adultes et enfants) était de 1 120 en 2022 (après 1 059 en 2019) et la valeur médiane de ce ratio était de 1 066 la même année, soit un écart de 55 % en faveur de l'exercice libéral. Un quart des médecins libéraux installés avaient la même année un nombre de patients MT (adultes et enfants) supérieur ou égal à 1 458 et un quart un nombre inférieur à 715.

Graphique 9 : Répartition des centres de santé en fonction de la patientèle ayant déclaré un médecin traitant par ETP MG ou MEP, 2022



Source : Mission, données Assurance maladie, champ : CDS médicaux ou polyvalents avec au moins 1 MG et un auxiliaire paramédical

S'agissant de la patientèle adulte uniquement, en 2022, le nombre médian de patients adultes MT rapporté au nombre d'ETP de médecins généralistes s'établissait à 607 patients (658 en moyenne⁷⁶). Un quart de ces CDS avait un nombre de patients adultes MT supérieur à 878 la même

⁷⁵ Moyenne calculée en agrégeant les données de patientèle totale MT et les données d'ETP annuels des centres pour lesquels les données de patientèle adulte MT sont fournies et non nulles.

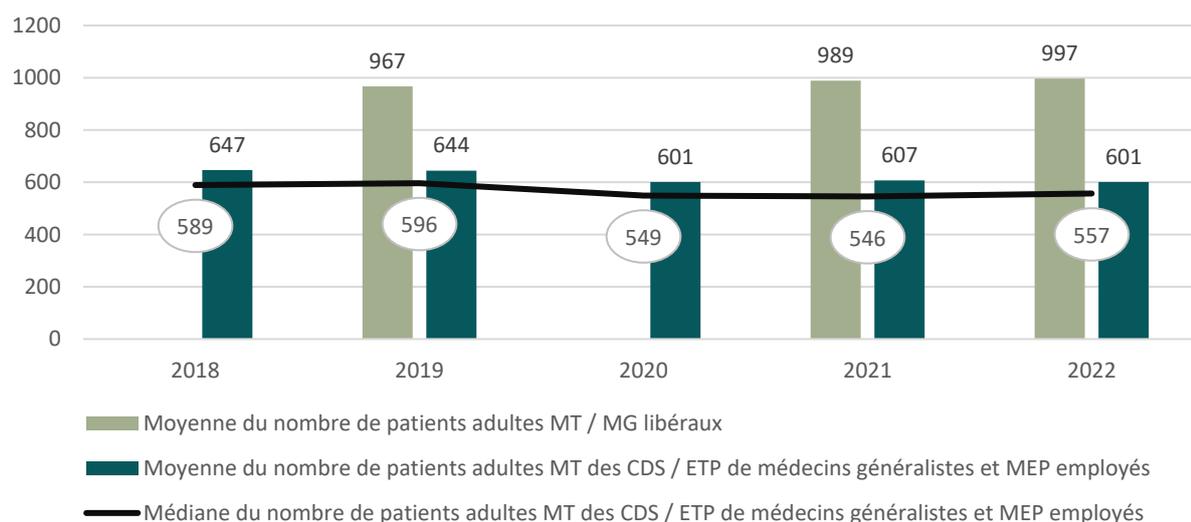
⁷⁶ Moyenne calculée en agrégeant les données de patientèle adulte MT et les données d'ETP annuels des centres pour lesquels les données de patientèle adulte MT sont fournies et non nulles.

année, tandis qu'un quart avait un nombre inférieur au seuil très bas de 315, soit de forts écarts dans la distribution.

L'étude précitée de la CNAM⁷⁷ sur l'activité des médecins généralistes libéraux a mis en évidence une hausse de la patientèle moyenne médecin traitant (MT) adultes qui est passée de 919 en 2016 à 997 en 2022 soit une hausse de 8,5 %. Dans les CDS pluriprofessionnels, les données mettent en évidence une baisse notable de la patientèle MT adulte par ETP de médecin généraliste ou MEP entre 2019 et 2020, année marquée par la crise sanitaire, qui n'a pas été suivie d'un rebond par la suite (cf. graphique ci-dessous).

Les écarts de production entre les deux modes d'exercice doivent toutefois être appréciés avec prudence, s'agissant de données qui n'ont pas précisément le même champ (la durée de travail d'un médecin libéral n'étant pas précisément connue, une partie d'entre eux ayant des durées annuelles du travail élevée alors qu'une autre exerce à temps partiel ou sur une durée réduite dans l'année)⁷⁸, et dont la mise à jour dépend d'une procédure de déclaration qui n'est pas accessible dans les mêmes conditions aux praticiens exerçant en centre.

Graphique 10 : File active patientèle adulte moyenne MT suivie par MG libéral ou par ETP/MG ou MEP* en centre pluriprofessionnel (2018, 2019, 2021, 2022)



Source : données CNAM, calculs mission

Champ : médecins libéraux (hors MEP) actifs et conventionnés au 31/12 de chaque année, ayant au moins 1 patient adulte « médecin traitant » (MT), ayant fait au moins un acte clinique dans l'année, hors les professionnels installés dans l'année (la mission n'a pu disposer des données pour 2018 et 2020) ; CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé, pour lesquels les données de volume de patientèle adulte « médecin traitant » (MT) sont fournies et non nulles

⁷⁷ Ibidem.

⁷⁸ Selon la DREES, les médecins généralistes libéraux déclarent travailler en moyenne 54 heures lors d'une semaine de travail ordinaire, d'après un Panel des médecins généralistes réalisé auprès de 3 300 praticiens. Sur ces 54 heures, ils passent 44 heures et 30 minutes auprès des patients, avec des consultations en cabinet qui durent en moyenne 18 minutes (Etudes et résultats n°1113, DREES, mai 2019). D'après une étude réalisée par Doctolib (« Comment travaillent les médecins généralistes ? »), à partir des données anonymisées de 20 000 médecins, dont 2 480 MG, sur une période d'un an, du 1^{er} mai 2016 au 26 avril 2017 les généralistes réalisent 31 heures de consultation par semaine pour une durée hebdomadaire de travail de 50 heures.

En effet, une partie (voire la totalité) des écarts pourrait s'expliquer par des dysfonctionnements de la procédure de déclaration d'un médecin traitant en centres. Jusqu'à peu, faute d'accès à Ameli Pro, les médecins en centre ne pouvaient pas procéder en ligne à la déclaration Médecin Traitant (MT) adulte et enfant de moins de 16 ans⁷⁹ : la déclaration était effectuée uniquement par voie papier, ce qui donnait lieu à des écarts (s'accumulant sur plusieurs années) entre les données de l'Assurance maladie et celles du centre (retards de saisie rapportés de plusieurs mois, perte du papier, délais de mise à jour des habilitations des cartes CPS...). L'ouverture du téléservice n'aurait pas permis de résoudre les discordances. Pour les centres interrogés qui ont identifié une discordance et entamé des travaux de recherche avec les caisses primaires d'assurance maladie, une partie du différentiel demeure expliqué. Il en résulte donc, depuis des mois, voire des années, une perte nette de recettes pour les centres de santé, s'agissant du forfait « patientèle médecin traitant ».

2.2.4 Très variable selon les centres, le nombre d'actes par médecin généraliste en équivalent temps plein est inférieur à celui des médecins libéraux

L'analyse des données relatives aux actes cliniques de médecine générale réalisés par les centres en 2022, détaillée en annexe 1, fait ressortir, en 2022, les constats suivants :

- le nombre médian d'actes cliniques de médecine générale rapporté aux ETP annuels de MG employés s'est établi à 3 396 par ETP/MG employé par les centres en 2022⁸⁰ ; sur la base d'une définition quelque peu différente des actes cliniques, le nombre médian d'actes cliniques s'est établi à 4 614 pour les médecins généraliste libéraux en activité, soit un écart de 36 %⁸¹ ;
- Un nombre très variable d'actes par ETP de MG selon les centres : un quart des centres avaient un tel ratio inférieur à 2 191 (1^{er} quartile) et un quart un ratio supérieur à 4 940 (3^{ème} quartile). Pour un quart des médecins généralistes libéraux, ce nombre se limitait à 3 401 tandis que pour un autre quart ce nombre était supérieur ou égal à 6 074 ; un sur dix de ces médecins avaient réalisé plus de 7 949 actes cliniques dans l'année. Il est à noter que parmi ces médecins exerçant en libéral, une grande partie exercent à temps plein sur l'année, mais une part d'entre eux n'exercent qu'à temps partiel sur l'année. Dans le même temps, une part conséquente des médecins généralistes exerçant en libéral ont des durées du travail relativement longues sur la semaine ainsi que dans l'année⁸².

⁷⁹ Les services Ameli pro étant uniquement accessibles avec le n° RPPS des professionnels libéraux et non avec le n° Finess du centre de santé, et non via la carte CPS.

⁸⁰ Ensemble des centres hors ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics pour lesquels les chiffres apparaissent très bas, cf. annexe 1.

⁸¹ Champ : médecins généralistes (MG) libéraux (hors MEP) actifs est conventionnés au 31/12 de l'année, ayant au moins un patient médecin traitant (MT) adulte, ayant fait au moins un acte clinique dans l'année et hors ceux installés dans l'année. Source : CNAM - Document intitulé « Activité des médecins généralistes libéraux 2016-2022 » diffusé en novembre 2023 sur le site Internet de la CNAM en lien avec les négociations conventionnelles en cours :

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/20231119_Activit%C3%A9%20MG_2022.pdf

⁸² Il est à noter par ailleurs que les données d'actes des médecins généralistes libéraux en exercice présentées ici incluent les actes des remplaçants, ce qui tend à les rehausser.

S'agissant des centres, outre la variabilité du nombre d'actes de médecine générale par ETP annuels de MG employés, l'analyse fait ressortir des différences notables selon les grandes catégories de gestionnaires de centres (tableau ci-dessous). Si le nombre médian d'actes cliniques de médecine générale réalisés par ETP annuel de MG employés s'est élevé à 4 949 et 4 596 respectivement pour les centres gérés par des organismes de sécurité sociale et pour ceux gérés par des organismes mutualistes en 2022, ce nombre s'est limité à 2 998 pour les centres gérés par des collectivités territoriales et à 2 794 pour ceux gérés par des associations. Parmi les centres gérés par les associations, on constate toutefois qu'un quart d'entre eux ont eu un tel ratio d'actes de médecine générale par ETP de MG employés supérieur ou égal à 4 918 en 2022 et un dixième d'entre eux un ratio supérieur ou égal à près de 7 000 actes, soit un niveau qui peut être considéré comme élevé.

Tableau 7 : Distribution des centres selon le nombre d'actes cliniques de médecine générale réalisés par ETP de médecins généralistes et par statut juridique des gestionnaires de centres (2022)

	Nombre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Associations	199	-2	540	1 580	2 794	3 535	4 918	6 999	26 699
Collectivités territoriales	132	451	1 514	2 167	2 998	3 274	3 602	4 437	41 411
Organismes de sécurité sociale	85	304	2 947	3 974	4 949	5 112	5 760	7 463	13 025
Organismes mutualistes	37	1 992	3 369	3 722	4 596	5 391	5 948	7 832	20 921
Autres organismes et établissements publics	27	30	174	568	902	1 281	1 561	3 441	4 008
Autres organismes privés à but non lucratif	15	800	1 445	2 395	3 505	3 590	4 687	5 555	7 059
Organismes privés à caractère commercial	11	515	1 010	1 648	2 898	2 868	3 732	4 364	6 321
Etablissements publics de santé	7	1 845	1 915	2 330	2 849	2 781	2 992	3 527	4 126
Ensemble des CDS	513	-2	812	1 975	3 350	3 721	4 859	6 693	41 411
Ensemble des CDS hors autres organismes et établissements publics	486	-2	1 161	2 191	3 396	3 857	4 940	6 802	41 411

Source : e-CDC et données CNAM ; calculs mission

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé et ne faisant pas partie d'un regroupement de CDS par la CNAM pour l'attribution de la rémunération forfaitaire spécifique prévue par cet accord, pour lesquels les données d'actes fournies par la CNAM sont disponibles (hors le CDS LIVI)

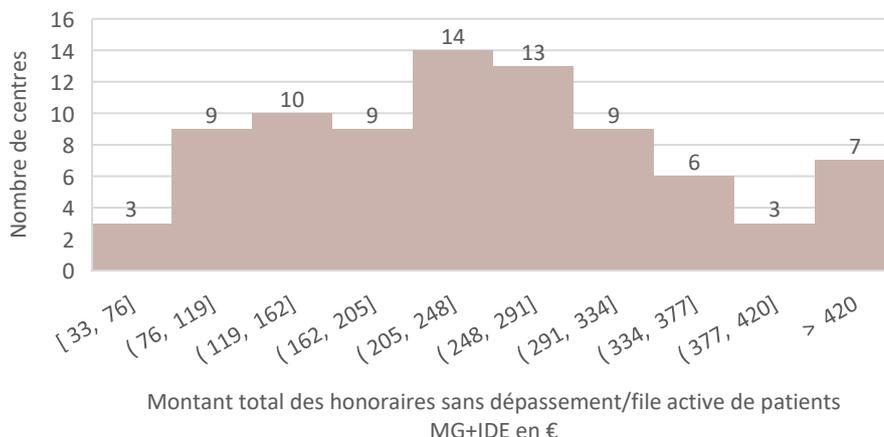
Champ des actes cliniques : consultations médecine générale, consultations spécialistes médecine générale, consultations obligatoires enfant, consultations prévention, consultations prévention santé sexuelle, consultations protocole coopératif, consultations complexes, consultations très complexes enfant, téléconsultations, téléconsultations toutes spécialités, visites médecine générale, visites longues et complexes, visites spécialiste médecine générale

2.2.5 La sous-cotation des actes génère des pertes de recettes

En 2022, le montant total des actes (honoraires sans dépassement) rapporté à la file active totale (médecin généraliste et infirmière), uniquement pour les centres pluriprofessionnels employant ces deux catégories de professionnels, et hors centres atypiques⁸³, s'établit en moyenne à 249 € par patient (237€ en médiane).

⁸³ Centres de santé en rapport avec le sport, universitaires, la santé sexuelle, scientifiques, urgences, ou spécifique (Roissy en France, téléconsultations...)

Graphique 11 : Distribution des centres pluriprofessionnels MG+IDE en fonction du ratio honoraires sans dépassement/ file active MG+IDE, 2022



Source : Mission, données Assurance maladie, pour 83 centres pluriprofessionnels n'employant que des médecins généralistes et des IDE, hors centres atypiques

Les études et rapports établis il y a une décennie avaient constaté que beaucoup de centres de santé perdaient de l'argent en raison de la cotation inexacte ou sous optimale des actes⁸⁴. Plusieurs interlocuteurs de la mission partagent encore aujourd'hui le même constat, sans toutefois pouvoir l'étayer.

Pour évaluer la réactivité des centres de santé à la mise en place d'une nouvelle cotation, la mission a demandé à la CPAM d'Artois de lui communiquer le nombre de médecins généralistes libéraux et de centres de santé ayant coté en 2022 et 2023 le nouveau supplément de rémunération de 15 € (soins non programmé, coté « SNP ») accordé pour tout acte de soins non programmé depuis juillet 2022 et plafonné à 20 cotations par semaine et par praticien⁸⁵. En 2022, sur 700 médecins généralistes libéraux installés en Artois, 81 suppléments ont été facturés par les praticiens et un supplément a été facturé par un CDS. En 2023, soit plus de six mois après la mise en œuvre de la mesure, au premier semestre, ce même centre de santé est demeuré le seul sur le territoire de la CPAM d'Artois à facturer ce supplément, alors que les médecins généralistes libéraux du secteur se sont emparés de la mesure (nombre de SNP décuplé à hauteur de 838 SNP)⁸⁶. Même si cet exemple n'est pas généralisable à l'ensemble des centres, il illustre une relative méconnaissance d'un certain nombre de praticiens des règles de cotation.

Parmi les raisons avancées pour expliquer ce phénomène, on trouve un moindre intérêt des praticiens à maîtriser les subtilités de la NGAP ou à supporter les coûts administratifs de coordination en cas de cotation erronée entre le secrétariat et le praticien – la décharge des tâches administrative étant l'une des motivations des praticiens ayant choisi le salariat plutôt que l'exercice libéral. En outre, les praticiens ont déclaré à la mission réaliser une part d'actes non

⁸⁴ Cf. rapport IGAS n° 2013-119P citant l'étude Referis à ce sujet.

⁸⁵ Arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

⁸⁶ La CPAM d'Artois précise que le SAS n'est officiellement lancé dans le Pas-de-Calais que depuis le 18/09/2023.

rémunérés par l'Assurance maladie (par exemple communication du résultat d'un examen par téléphone), qu'un centre a estimé « à dire d'expert » à hauteur de 10 % du total des actes effectués.

2.3 Les leviers d'optimisation des recettes sont partiellement actionnés

Les constats présentés ci-dessous sont détaillés en annexe 1 et 7.

2.3.1 Les plages horaires d'ouverture des CDS pluriprofessionnels sont étendues mais très variables selon les centres

Les CDS ont des plages horaires d'ouverture relativement larges, en raison en particulier des dispositions de l'accord national des centres de santé qui imposent aux centres d'ouvrir en semaine de 8h à 20h, le samedi matin et pendant les congés scolaires, sauf dérogation particulière de l'ARS, pour percevoir la rémunération forfaitaire spécifique (il s'agit d'un « prérequis »).

En 2022, si près de 80 % des centres polyvalents signataires de l'accord national se conformaient effectivement à cet engagement contractuel, 21,8 % des centres de santé bénéficiaient d'une dérogation de l'ARS pour l'amplitude horaire, ce taux de dérogation variant sensiblement selon les régions (80 % en région Hauts de France, 26 % en Auvergne Rhône Alpes, 16 % en Ile de France, aucune dérogation accordée en Occitanie ou Grand Est, disposant d'une trentaine de centres)⁸⁷.

Cette situation s'explique par le fait que des plages horaires d'ouverture étendues ne sont pas toujours compatibles avec la conciliation de la vie professionnelle avec la vie privée, qui est l'une des raisons pour lesquelles les médecins choisissent le salariat. Dans un contexte de pénurie de ressources médicales, certains interlocuteurs reconnaissent que lors de la phase de recrutement, ils laissent « les médecins [définir] leurs horaires », quitte à réduire l'amplitude horaire d'ouverture, en particulier dans les centres de petite taille, mais pas uniquement (cas d'un centre qui ferme à 18h30).

En lien également avec les dispositions de l'accord national des centres, une très grande majorité des centres proposent un accès à des soins non programmé chaque jour ouvré.

En revanche, une minorité de centres participe à la permanence des soins ambulatoire médicale (34 % en 2022).

2.3.2 L'activité de télémedecine est disponible dans un peu plus de la moitié des centres

Un peu plus de la moitié des CDS pluriprofessionnels (près de 55,5 %) avaient une activité de télémedecine opérationnelle en 2022 - dont la quasi-totalité des centres gérés par des organismes de sécurité sociale et 7 centres sur 10 gérés par des organismes mutualistes, contre un centre sur quatre seulement parmi ceux gérés par des associations. 5,5 % des centres déclaraient être en train de déployer une telle activité et un peu plus de 8 % projetaient de le faire.

⁸⁷ Source : mission à partir des données de l'Assurance maladie.

2.3.3 Le suivi des rendez-vous non honorés non excusés n'est pas toujours rigoureux

Dans un modèle économique de tarification à l'acte, plus le nombre de consultations et d'actes est important, plus les honoraires versés aux professionnels libéraux ou à la structure sont élevés : l'un des leviers de l'optimisation de l'activité est de s'assurer du bon remplissage des agendas et de la réalisation des consultations.

Le taux de rendez-vous non honorés non remplacés (c'est-à-dire non annulés ou annulés trop tard), dans les centres, oscille entre 3 % et 18 % selon les centres rencontrés par la mission, et le plus souvent s'établit aux alentours de 13-14 % des rendez-vous, soit un taux largement supérieur à celui qui ressort au niveau national pour l'ensemble de la médecine libérale (estimé entre 3,4 %, 5 % et maximum à 10 % selon différentes sources⁸⁸). Ils représentent donc pour les centres un manque à gagner considérable si ces derniers ne pratiquent pas la « surréservation » des consultations ou si les praticiens ne réalisent pas de téléconsultation en remplacement.

Les mesures prises à l'encontre des patients indécents, dont l'absence relève soit de l'incivilité (volontaire), soit de l'oubli (involontaire), soit de l'impossibilité d'annuler (ex. patient ayant une pathologie psychiatrique, délais d'annulation de la plateforme de rendez-vous en ligne⁸⁹, standard téléphonique surchargé) varient sensiblement selon les centres, certains n'en ayant pris aucune, d'autres, au contraire, excluant définitivement le patient au bout de deux rendez-vous non honorés (« blacklisting ») – il est en effet possible pour un praticien de refuser des soins au patient, hors cas d'urgence ou de manquement à son devoir d'humanité (cf. article 47 du code de déontologie médicale)⁹⁰.

Les mesures restrictives d'accès mises en place dans un centre

Pour lutter contre l'absentéisme des patients qui atteignait il y a une décennie plus de 10 % en médecine générale et en chirurgie dentaire, un centre a décidé de bloquer les rendez-vous pour les patients qui ne s'excusaient pas ou en cas d'impayé. A la suite d'une intervention ministérielle, le centre affirme avoir assoupli sa politique : après avoir établi une « charte du patient », et communiqué cette charte, un patient qui ne vient pas à un rendez-vous sans s'excuser reçoit un courrier d'avertissement, au bout du second courrier, il est exclu de la prise de rendez-vous pour trois mois, au bout de la troisième absence non excusée, il est bloqué 6 mois. Ces listes de patients « blacklistés » sont établies et suivies en accord avec le praticien concerné, afin de ne pas pénaliser les patients « vulnérables ».

Le centre a également envisagé de facturer une consultation non honorée à partir du coût de revient moyen d'une consultation sur la structure (35 €), sans finaliser ce projet.

⁸⁸ Cf. annexe 7.

⁸⁹ Par exemple, un rendez-vous ne peut plus être annulé moins de 4 heures avant l'horaire prévu sur la plateforme Doctolib : il faut alors, pour le patient, contacter le secrétariat du centre/praticien par téléphone.

⁹⁰ Les codes de déontologie des autres professions prévoient des dispositions similaires.

2.3.4 Une partie du flux de facturation n'est pas fiabilisé

Dans les centres de santé, le taux de feuilles de soins électroniques (FSE) sécurisées⁹¹ est très inférieur à celui des professionnels libéraux : à Paris, au premier semestre 2023, il s'établissait à 54 % pour les CDS polyvalents contre 97 % pour les médecins libéraux⁹². La mise en œuvre de la facturation par télétransmission fait intervenir un système de trois types de cartes dont la mise en œuvre n'est pas toujours bien comprise dans les centres (facturation par le PS individuellement, et non par le PS géographique...). L'Assurance maladie a établi un guide d'aide à la facturation⁹³, qu'il serait souhaitable de communiquer directement et systématiquement aux centres ayant un fort taux de flux dégradés ou taux de rejets.

Au niveau national, le taux de rejets, et donc de factures non réglées par l'Assurance maladie, est également 3,3 fois plus élevé pour les centres que pour les professionnels libéraux⁹⁴, ce qui est lié à l'absence de fiabilisation des droits (assuré absent de la base de données des droits ouverts, bénéficiaire inconnu, incompatibilité assuré/régime...). Les professionnels de santé et gestionnaires des centres recourent moins systématiquement aux téléservices ADRI⁹⁵ et Ameli Pro que les professionnels libéraux pour obtenir une situation des droits actualisée –les droits portés en carte Vitale n'étant pas toujours à jour⁹⁶.

Ce recours moindre par les centres de santé aux procédures dématérialisées se traduit par un coût de gestion supplémentaire, pour les centres comme pour l'Assurance maladie. S'il n'a pas été estimé précisément par les centres ou les fédérations (un centre rencontré par la mission, employant 41 salariés (15 ETP), a toutefois estimé à 2 ETP le personnel qui se consacre à « la gestion du papier »), d'après l'Assurance maladie, le coût moyen de gestion d'une feuille de soins électronique (FSE) était estimé à 0,27 € contre 1,74 € pour une feuille de soins papier (FSP)⁹⁷.

2.3.5 Près d'un quart des centres indiquent ne pas avoir perçu de montant de subvention Teulade en 2022

Depuis 1991, les centres de santé bénéficient du versement de la subvention « Teulade »⁹⁸ qui consiste en une prise en charge partielle par l'Assurance maladie du montant des cotisations dues pour les praticiens ou auxiliaires médicaux, à hauteur de 11,5 % de l'assiette des cotisations

⁹¹ Un flux B2 est dit « sécurisé » parce qu'il requiert le carte CPS du professionnel et la Carte Vitale du patient.

⁹² Source : CPAM de Paris, cf. annexe 7 relative aux leviers d'optimisation des recettes.

⁹³ Source : LR-DDGOS-54/2022-annexe 6.

⁹⁴ Source : CNAM, cf. annexe relative aux leviers d'optimisation des recettes. Moyenne annuelle 2022 : médecins libéraux 1,1 %, CDS : 3,8 %.

⁹⁵ Téléservice de consultation des droits des assurés en ligne ADRI (acquisition des droits intégrée)

⁹⁶ Cf. rapport IGAS n°2022-087R / IGF sur les évolutions de la carte Vitale et la carte Vitale biométrique, avril 2023.

⁹⁷ Source : Ameli, 2/1/2021.

⁹⁸ du nom du ministre des affaires sociales et de l'intégration de l'époque, M. René Teulade. Instituée par le décret n° 92-1304 du 14 décembre 1992 relatif au montant de la subvention versée par les caisses primaires d'assurance maladie aux centres de santé. Décret n° 91-656 du 15 juillet 1991 relatif au montant de la subvention versée par les caisses primaires. Article D.162-22 du code de la sécurité sociale. Cf. présentation détaillée en annexe 7.

patronales⁹⁹. Le bénéfice de cette subvention est conditionné depuis la LFSS pour 2022 au conventionnement avec l'assurance maladie.

Pour les centres de santé pluriprofessionnels uniquement, à partir des données déclarées par les gestionnaires dans la base e-CDS, la mission a déterminé un taux de recours qui s'établit à 77 % en 2022¹⁰⁰. Près de 30 % gérés par des associations et 33 % des CDS gérés par des collectivités territoriales indiquent ne pas avoir perçu de subvention en 2022, alors que l'ensemble des CDS mutualistes ou appartenant à un organisme de sécurité sociale ont bénéficié de cette subvention en 2022.

Un tel taux de non recours s'explique soit par une gestion sous optimale du centre, soit par le délai d'obtention de la subvention, notamment pour les centres nouvellement ouverts, soit par des difficultés financières pour les centres en cours de fermeture. En effet, plusieurs de nos interlocuteurs soulignent la lourdeur de la gestion de cette demande de remboursement, tant du côté des caisses primaires, où la procédure n'est pas dématérialisée, que pour les centres, dont les pièces justificatives à fournir à l'appui de la demande peuvent varier d'une caisse à l'autre. Le versement de cette subvention n'est pas automatique : la demande doit être renouvelée tous les trimestres.

De leur côté les gestionnaires des centres soulignent les délais d'obtention de cette subvention, qui génèrent des besoins en trésorerie et dont la demande doit être renouvelée tous les trimestres. En septembre 2023, un gestionnaire signalait le cas d'une demande de subvention déposée depuis plusieurs mois dans un centre ouvert en janvier 2023, et toujours non versée.

2.3.6 Le taux de non recours à la rémunération spécifique interroge

L'accord national des centres de santé, dans son architecture comme dans son contenu, s'avère particulièrement complexe à mettre en œuvre pour les gestionnaires, parfois bénévoles dans les petits centres de santé. Ce document, de près de 300 pages dans sa version consolidée avec les 5 avenants, prévoit les conditions de rémunération des centres de santé :

- concernant les options démographiques (contrats démographiques) ;
- relatives à la rétribution de certaines actions spécifiques (rémunération forfaitaire) ;
- concernant la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) ;
- concernant la rémunération du forfait « médecin traitant »¹⁰¹ et la participation du centre à la permanence des soins ou l'embauche d'assistants médicaux ou d'IPA.

Au total, les recettes qu'un centre peut percevoir de l'Assurance maladie représentent une douzaine de composantes (cf. tableau ci-dessous). Tous les centres ne mobilisent pas l'ensemble

⁹⁹ La circulaire CNAMTS du 4/12/1991 établit la liste des personnels concernés : médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, sage-femmes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, directeurs de laboratoire.

¹⁰⁰ Montant déterminé par la mission à partir des données retraitées e-CDS, pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérents à l'accord (424 sur 566 centres ont indiqué avoir perçu un montant de subvention Teulade en 2022).

¹⁰¹ Annexe 4.

des composantes de la rémunération de l'Assurance maladie. Ainsi, en 2022, outre le fort taux de non recours à la subvention Teulade, 15 % des centres n'ont pas perçu la ROSP, aucun centre pluriprofessionnel n'a perçu d'aide au titre d'un contrat démographique, et une très faible proportion de centres ont perçu des aides au titre des actions de prévention /éducation / promotion de la santé ou pour la mise en place de protocoles. Un gestionnaire de plusieurs centres a notamment souligné le fait que l'obtention de subventions nécessitait des moyens qui n'étaient pas toujours en rapport avec le montant des aides obtenues.

Tableau 8 : Taux de non recours en % et montant médian versé par CDS pluriprofessionnel en 2022, par composante de rémunération de l'Assurance maladie, par ordre d'importance décroissant

	Taux de non recours en %	Montant médian versé par CDS en €
Honoraires avec dépassement	0	647 109
Rémunération forfaitaire spécifique	11,4 %	61 868
Subvention Teulade	17,5 % ¹⁰²	34 726
Autres forfaits FMT, MPA	3,6 %	18 926
ROSP	14,8 %	4 128
PDSA	95,6 %	0
Contrats démographiques	100,0 %	0
Prévention	92,9 %	0
Education santé	96,6 %	0
Promotion santé	98,1 %	0
Protocoles	99,8 %	0
Assistants médicaux, IPA	indéterminé	indéterminé

Source : Mission d'après base e-CDS après retraitements

D'après l'Assurance maladie, 10 % des centres pluriprofessionnels adhérents à l'accord national n'obtiennent aucune rémunération forfaitaire spécifique en 2022, établie en fonction d'un taux d'atteinte à une quarantaine d'indicateurs répartis dans 4 blocs thématiques, certains indicateurs étant prérequis à l'obtention de la rémunération¹⁰³. Au fil du temps et l'adoption des avenants, ces quatre « blocs » (accès aux soins, travail en équipe, système d'information, bloc complémentaire) se sont enrichis de nouveaux indicateurs, pour un montant moyen versé de 75 K€ en 2022 aux centres pluriprofessionnels, en hausse de 7,2 % par rapport à 2018.

Le premier poste de rémunération concerne la mise en place du système d'information, première place confortée si l'on y ajoute les rémunérations versées pour l'usage des NTIC, et qui figurent dans le bloc complémentaire. La rémunération du travail en équipe et de l'accès aux soins est en

¹⁰² Cf. annexe 4. Les montants entre les exploitations de la base e-CDS (annexe 1) et les données établies sur requête de l'Assurance maladie (annexe 4) peuvent varier en raison des travaux de fiabilisation des données de la base e-CDS par la mission qui ont conduit à écarter les données de certains centres.

¹⁰³ Cf. annexe 4. Les montants entre la base e-CDS et ceux de l'Assurance maladie peuvent varier en raison des travaux de fiabilisation des données de la base e-CDS par la mission qui ont conduit à écarter les données de certains centres.

seconde position – quoique, là aussi, des indicateurs figurant dans le bloc complémentaire pourraient y être thématiquement rattachés.

Tableau 9 : Montant moyen versé par bloc thématique par CDS pluriprofessionnel, en €, 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022	sparkline
Accès aux soins	10 725	11 049	10 404	10 555	11 163	
Travail en équipe	16 581	17 466	16 301	16 916	19 553	
Système d'information	32 391	34 006	25 428	29 496	26 989	
Bloc complémentaire	4 589	4 807	7 027	6 301	12 252	

Source : Mission d'après données DDGOS/CNAM – Centre pluriprofessionnel : tout centre employant au moins 1 MG et un auxiliaire paramédical

La mission relève que le « centre de santé XXXXX », plateforme spécialisée en téléconsultation, est le centre qui a perçu le plus fort montant en 2022 (près de XXXXX K€ de rémunération spécifique) alors que l'article 28.8 de l'accord national établit une limite d'activité en termes de télésanté à hauteur de 20 %¹⁰⁴. (Eléments occultés en application de l'article L.311-6 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA))

L'analyse détaillée des montants versés par centre et du taux de non recours à certains indicateurs met en évidence une mobilisation des centres très variable pour l'obtention des points conditionnant la rémunération spécifique selon les blocs (cf. graphique ci-dessous)¹⁰⁵ et selon les indicateurs.

Ainsi, en 2022, en matière d'accessibilité, 11,5 % des centres ne perçoivent pas la rémunération relative à l'indicateur. Un tiers des centres ne remplissent pas de mission de prévention en lien avec l'activité médicale.

S'agissant du travail en équipe, les centres déclarent en moyenne réaliser 14 réunions pluriprofessionnelles par an et examiner 59 dossiers en concertation. 20 % ne déclarent pas réaliser de réunions pluriprofessionnelles, et moins de 5 % déclarent des réunions de fréquence hebdomadaire. Un quart des CDS accueillent plus de 4 stagiaires, mais la moitié n'en accueillent pas.

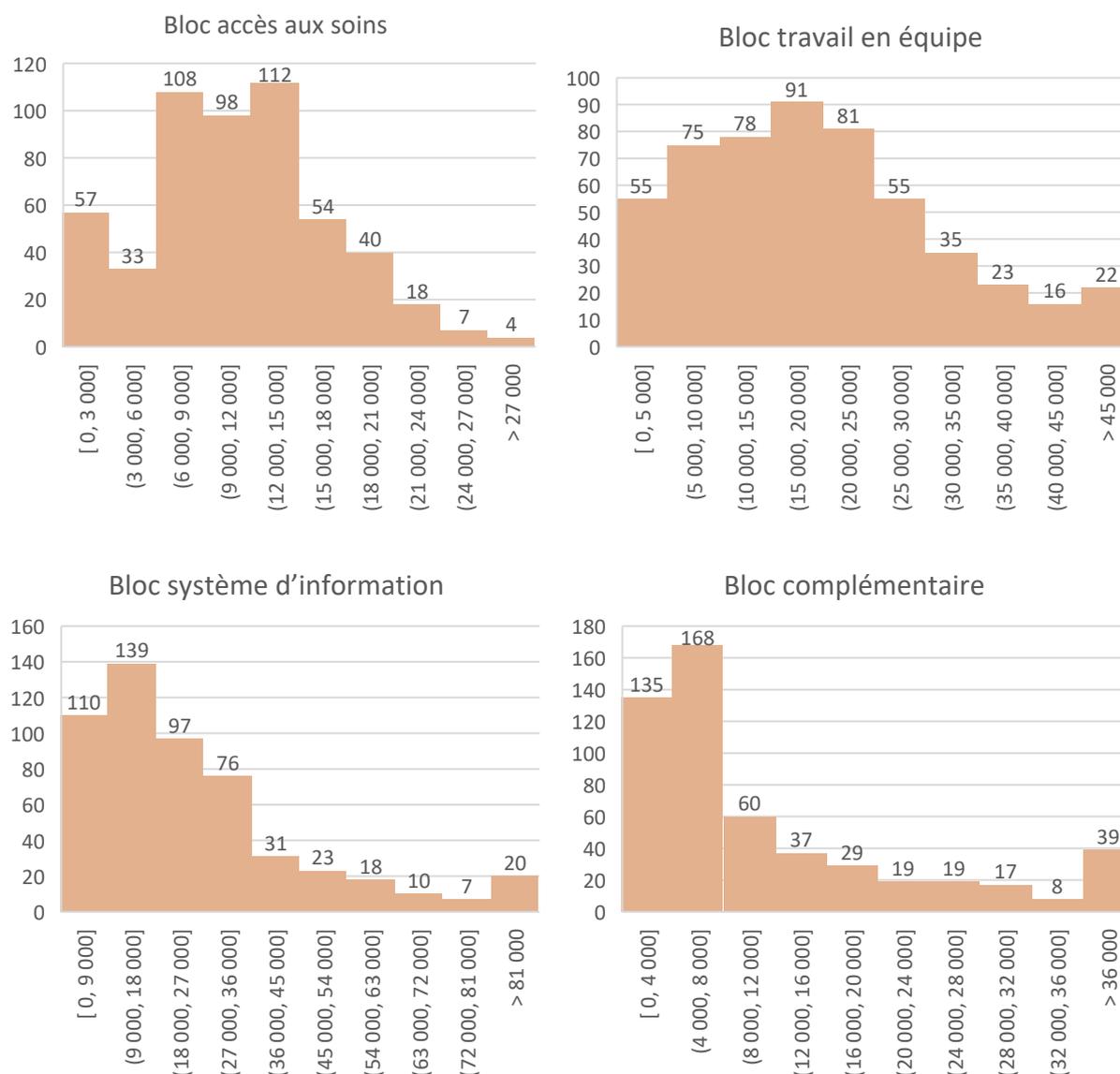
S'agissant de la dématérialisation, moins de la moitié des CDS ont un taux de télétransmission supérieur à 80 % (taux médian 76 %) et 45 % ne perçoivent pas la rémunération de l'indicateur. Près d'un tiers des centres ne perçoivent pas la rémunération relative aux téléservices.

¹⁰⁴ Un statut ad hoc a par ailleurs été créé par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 pour les sociétés de téléconsultation (article L.4081-1 et suivants du CSP), subordonnant l'activité de téléconsultation à un agrément. Le décret de cet agrément n'était pas publié, à la date de la mission.

¹⁰⁵ Voir en annexe 4 les taux d'atteinte et de non-recours détaillés par indicateur.

Dans le bloc complémentaire, le taux de non-recours à la rémunération relative à la mise en place d'une démarche qualité est faible aux niveaux 1 et 2 (25 %) mais atteint respectivement 62 % et 94 % pour les niveaux 3 et 4. L'indicateur « public vulnérable », remanié en 2022 et subdivisé en 3 niveaux, est également assez peu mobilisé (entre 60 et 80 % de taux de non-recours).

Graphique 12 : Distribution des CDS pluriprofessionnels par décile de rémunération par bloc, 2022, en nombre



Source : Mission d'après Assurance maladie

Finalement, dans certains cas, l'obtention de la rémunération spécifique requiert, de la part des centres, un travail administratif de compréhension des dispositions de l'accord, d'obtention des données et de saisie conséquent, pour un bénéfice total finalement faible, quand il est rapporté au montant des honoraires. Un centre a rapporté avoir renoncé au bénéfice de cette rémunération au vu de la charge administrative.

3 Les exemples étrangers et les expérimentations françaises témoignent de la nécessité de faire évoluer le modèle de tarification vers une prise en charge coordonnée des patients par des équipes pluriprofessionnelles intégrées

Une mise en perspective des modèles de tarifications implémentés à l'étranger dans les structures de soins primaires montre que la plupart des pays ont fait le choix de favoriser des exercices collectifs, avec une composante plus ou moins importante de tarification à la capitation (§2.1). En France, les premiers constats des expérimentations innovantes, sous réserve des évaluations toujours en cours, ne semblent pas montrer une réorganisation significative du travail en faveur de pratiques pluriprofessionnelles partagées entre médecins et infirmières dans la grande majorité des centres participants (§2.2). Un tel partage apparaît pourtant nécessaire en France, pour faire face aux tensions sur ressources médicales qui vont persister à court et moyen terme et pour garantir en particulier un accès aux soins satisfaisant pour les patients situés dans les zones sous denses. Une majorité de médecins généralistes, y compris en centre de santé, est encore en grande partie réticente voire hostile à déléguer une partie de leurs tâches aux infirmières (§2.3).

3.1 Les modèles économiques des structures pluriprofessionnelles à l'étranger reposent majoritairement sur un « mix » de tarifications

Depuis plus de deux décennies, de nombreux pays développés sont confrontés à une baisse de la démographie médicale, en particulier des effectifs de médecins généralistes¹⁰⁶ et, pour une partie non négligeable d'entre eux, à des difficultés de régulation géographique de l'offre de soins primaires. La dégradation de l'accessibilité aux médecins généralistes est devenue un enjeu politique dans de nombreux pays de l'OCDE¹⁰⁷.

Les patients déclarent n'avoir pas/plus toujours la possibilité d'avoir accès à un médecin « le jour même » en France comme dans la plupart des pays d'Europe (Suède, Royaume-Uni, Irlande, Danemark, Allemagne, l'Autriche et l'Espagne), et dans une moindre mesure en Belgique ou en Italie.¹⁰⁸ En 2021, la France se distinguait par une densité médicale plus faible que la moyenne d'un ensemble de 14 pays de l'OCDE observés, et par un écart de densité médicale entre zones géographiques relativement important¹⁰⁹, d'où un risque de renoncement aux soins plus marqué dans les territoires les plus affectés par la désertification médicale. L'OCDE relevait toutefois, pour la France, les bons résultats de la mesure incitant les étudiants en médecine à exercer dans les zones mal desservies¹¹⁰.

¹⁰⁶ Cf. annexe 2 relative aux comparaisons internationales en matière d'organisation des soins primaires et de rémunération des médecins généralistes.

¹⁰⁷ Cf. travaux de l'OCDE rapportés en annexe.

¹⁰⁸ Cf. annexe 2 et indicateur <https://healthpowerhouse.com/publications/>

¹⁰⁹ Source : statistiques de la base de données OCDE sur les régions 2023.

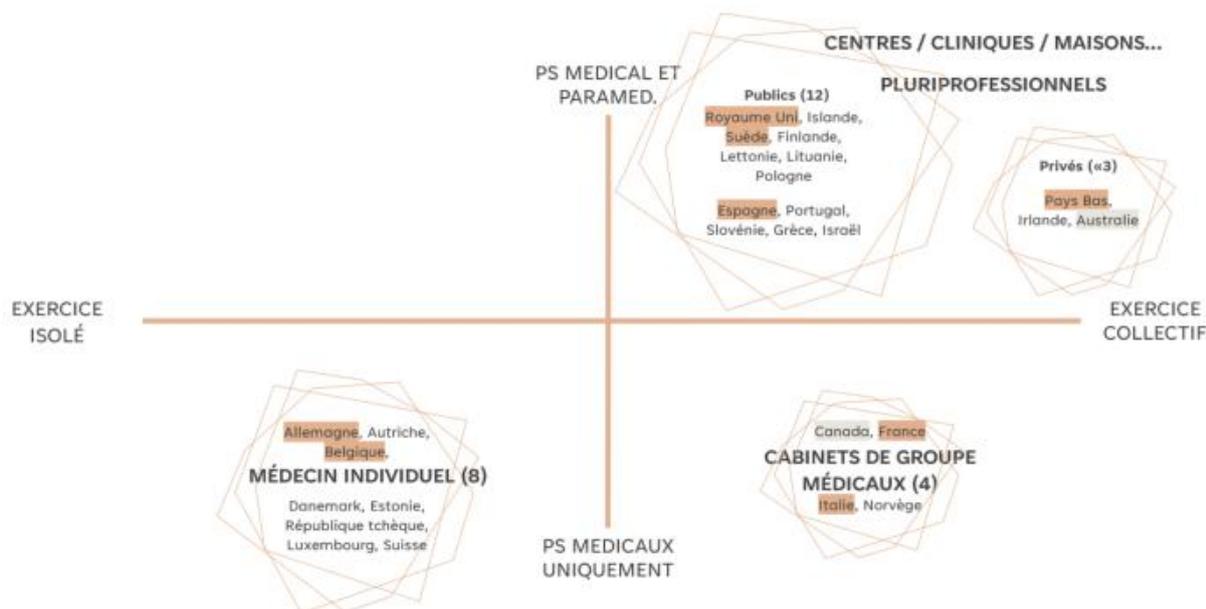
¹¹⁰ Source : Panorama de la santé 2021, partie 8 Personnel de santé, répartition géographique des médecins, OCDE

3.1.1 Les soins primaires sont majoritairement délivrés dans des structures pluriprofessionnelles privilégiant l'exercice collectif

L'examen des caractéristiques de 27 pays examinés par la mission, à partir de la base de données en ligne de l'OCDE, confirme la tendance lourde, depuis plus de deux décennies, à une diversification des modes d'organisation des soins dans la plupart des systèmes de santé, ainsi qu'au panachage de différents modes de tarification.

La majorité des pays observés privilégient les modes d'exercice collectif, le plus souvent regroupés dans des structures pluriprofessionnelles assimilables à des centres ou des maisons de santé, toutes choses égales par ailleurs (Royaume Uni, Pays Bas, Espagne, Suède, Finlande...cf. graphique ci-dessous). L'exercice en cabinet médical demeure le mode d'exercice prédominant en Allemagne et en Belgique, même si des formes collectives existent (maisons médicales en Belgique, *Medizinische Versorgungszentren* en Allemagne). En Allemagne comme en Italie, le modèle du cabinet médical avec un médecin seul est presque inexistant : par exemple en Italie, en 2019, 68 % des médecins généralistes travaillaient dans une forme d'exercice de groupe¹¹¹.

Graphique 13 : Matrice du modèle de structuration prédominant en matière de soins primaires pour chacun des 27 pays observés



Source : Mission à partir des données de l'enquête OCDE en ligne sur les caractéristiques des systèmes de santé 2016 <https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc> – cabinet de groupe : cabinet réunissant plusieurs médecins, sans auxiliaire médical – PS : professionnel de santé

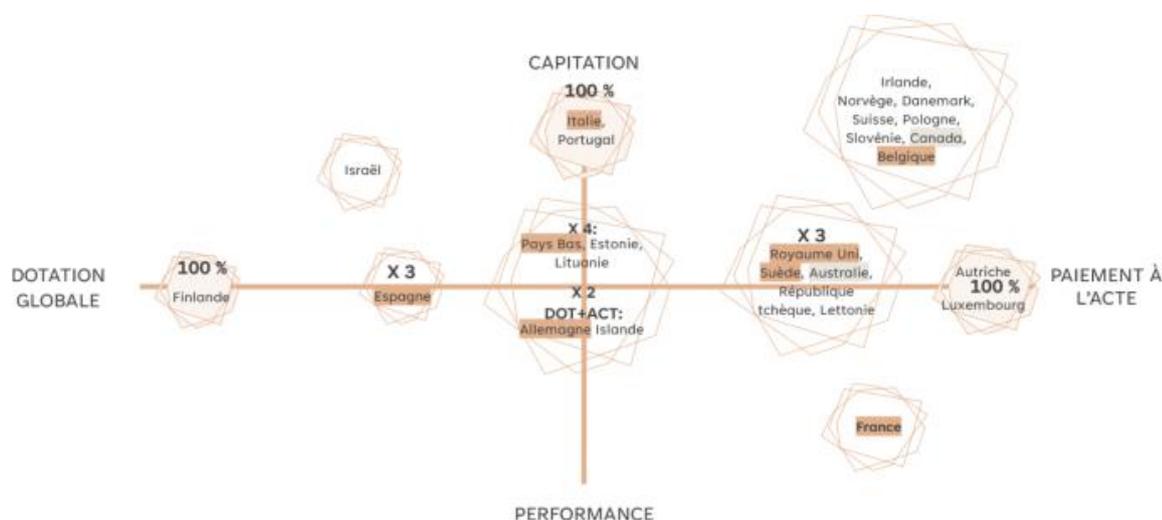
3.1.2 Le panachage des tarifications est quasiment devenu la norme

Les modes de rémunération des structures de soins primaires (clinique, centre, cabinet...) sont devenus très majoritairement mixtes : hormis la Finlande (dotation globale), l'Autriche et le

¹¹¹ Cf. notices sur l'Allemagne et l'Italie dans l'annexe 2 consacrée aux comparaisons internationales.

Luxembourg (paiement à l'acte), l'Italie et le Portugal (capitation), les autres pays européens qui nous sont comparables ont choisi dans leur quasi-totalité d'associer la capitation avec une, deux ou trois autres composantes (paiement à l'acte, le plus souvent, cf. schéma infra). Les Pays Bas, l'Estonie et l'Estonie mélangent les quatre composantes (dotation/performance/paiement à l'acte/capitation).

Graphique 14 : Matrice des modèles de rémunération des structures majoritaires délivrant des soins primaires dans 27 pays de l'OCDE (*) (**)



Source : Mission à partir des données de l'enquête OCDE en ligne sur les caractéristiques des systèmes de santé 2016 <https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc> –

(*) hors Grèce - Comme on le voit sur le graphique, la France est l'un des rares pays à n'avoir pas déclaré à l'OCDE de composante de capitation – (alors même le forfait médecin traitant s'y apparente). (**) Vingt pays déclarent que plusieurs types de structures délivrant des soins primaires coexistent sur leur territoire, lesquelles majoritairement ont également pour principale composante la capitation.

Note de lecture : le symbole « X » signifie qu'un pays cumule plusieurs composantes. Par exemple la tarification appliquée au Royaume-Uni, situé dans le groupe X3, intègre trois composantes : capitation-paiement à l'acte-performance.

Les médecins sont salariés dans 14 pays des 27 pays composant cet échantillon (soit la majorité). Dans 18 pays, il n'existe pas de régulation des soins concernant le lieu d'exercice des praticiens : ces derniers sont libres de choisir leur lieu d'installation. Douze pays sur 27 (dont la France) déclarent attribuer un bonus aux offreurs de soins primaires qui atteignent un objectif en termes de qualité des soins : la moitié des pays rémunèrent directement les praticiens à cet effet (Australie, Pays-Bas, Canada, République tchèque, Lettonie, Espagne, Pologne).

3.1.3 En Allemagne et au Danemark, les modes de tarification sont désincitatifs à la multiplication des consultations en face à face

Parmi les pays étudiés, les exemples de l'Allemagne et du Danemark illustrent la spécificité des modèles, qui mélangent une composante de capitation et d'acte, dans des proportions différentes.

- Allemagne

La rémunération repose essentiellement sur un système de capitation. Une somme fixe pour chaque patient pris en charge est versée au médecin, par trimestre. S’y ajoute, en sus, une rémunération à l’acte, dont le montant est dégressif en fonction du nombre d’actes pratiqués. La rémunération des médecins par l’assurance maladie publique est la somme de quatre composantes :

- Les forfaits trimestriels de base, variables selon la spécialité médicale mais indépendants du nombre de consultations par le patient au cours de l’épisode de soins ;
- Les forfaits trimestriels supplémentaires, par exemple pour les patients atteints d’affection de longue durée ;
- Les suppléments à l’acte, par exemple pour les consultations complexes en raison du type ou de la gravité de la pathologie, pour une consultation le week-end ou les jours fériés ou pour une visite à domicile ;
- Les paiements à l’acte, pour certains actes seulement.

Schématiquement, au niveau fédéral, un catalogue commun des actes répertorie les actes et leur associe un certain nombre de points. Au niveau des régions (*Länder*), les budgets sont négociés entre les associations de médecins conventionnés et les caisses publiques d’assurance maladie, puis répartis entre les médecins conventionnés au moyen de clés de répartition des honoraires. La valeur des points peut également varier de la valeur de référence, selon les *Länder*. Le volume des actes est régulé : en cas de dépassement significatif, un abattement progressif s’applique sur la valeur du point¹¹².

Tableau 10 : Exemples de tarification, selon la valeur de référence du point définie au niveau fédéral (2023)

Forfait trimestriel de base en médecine générale pour...	
un patient âgé de moins de 4 ans	25,86 €
Un patient âgé de 5 à 18 ans	16,32 €
un patient âgé de 19 à 54 ans	13,10 €
Forfait trimestriel de base pour un patient âgé de 55 à 75 ans	17,01 €
Forfait trimestriel de base pour un patient âgé de plus de 76 ans	22,98 €
Suppléments :	
Forfait supplémentaire pour un patient atteint d’une ALD	14,94 €
une visite à domicile	24,36 €
Chirurgie mineure (moins de cinq minutes) et/ou soin d’une plaie	6,67 €
Echographie abdominale	16,43 €
Electrocardiogramme d’effort	22,75 €

Source : Mission (annexe 2)

¹¹² Cf. présentation en annexe 2

Le même modèle de rémunération s'applique à toutes les structures, que ce soit pour les cabinets médicaux ou les structures d'exercice collectif : il n'existe pas de tarification ou d'accord spécifique aux structures collectives (groupes de pratiques professionnelles, centres de soins médicaux, cabinets regroupant des médecins salariés¹¹³).

Toutefois, les limites annuelles de points de chaque médecin s'ajoutent dans les structures d'exercice collectif et peuvent être transférées d'un praticien à l'autre. En outre, depuis décembre 2010, les structures collectives peuvent recevoir un supplément trimestriel qui s'ajoute à l'enveloppe limitative du montant des prestations, en cas de pratique coordonnée intégrée. Ce supplément permet de majorer le volume des prestations, entre 10 et 40 % selon les Länder en fonction du niveau de coopération constaté (Kooperationsgrad) : ce dernier est défini par la part des soins réalisée par des praticiens différents sur un même patient au sein d'une structure. Par exemple, dans une structure collective, où deux médecins auraient chacun une file active de 1 000 patients qu'ils suivent individuellement, à laquelle s'ajouteraient 100 patients, suivis indifféremment par les deux médecins, le taux de coopération s'établirait à 4,76 %¹¹⁴. Le coefficient appliqué, par exemple, par l'assurance maladie obligatoire du Land Baden-Württemberg prévoit de majorer de 10 % l'enveloppe du volume de soins attribué aux médecins concernés, pour un taux de coopération compris entre 0 et 15 %¹¹⁵.

En France, il n'est pas attribué de bonus sur la part de l'activité réalisée en commun entre un et plusieurs professionnels (para)médicaux.

- Danemark

La porte d'entrée au système de soins est principalement constituée par des structures collectives ou centres médicaux intégrant des praticiens libéraux. Les médecins généralistes et autres praticiens libéraux organisent leurs structures comme ils le souhaitent, en salariant plusieurs professionnels¹¹⁶.

La répartition pour la rémunération des médecins est la suivante : 70 % à l'acte et 30 % à la capitation. Il existe des honoraires spéciaux pour la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques (diabète de type 2 et/ou une bronchopneumopathie chronique obstructive - BPCO).

La rémunération à la capitation est minoritaire et la tarification à l'acte permet de valoriser des modes de consultations distanciels (mail, téléphone). Pour un médecin généraliste par exemple, une consultation en présentiel est facturée 20 €, par messagerie 6 €, par vidéo 22 € et par téléphone 4 €. En France, les échanges par mail ou téléphoniques avec les praticiens ne sont pas des actes rémunérés par l'Assurance maladie.

Au Danemark, on note une forte représentation des consultations en distanciel, avec une moyenne de 53,5 consultations en moyenne par médecin par jour en 2021 (et en moyenne 7 consultations par patient par an), dont la moitié en téléconsultations. Les règles encadrant le recours aux téléconsultations sont fixées principalement dans les conventions collectives des

¹¹³ Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), medizinische Versorgungszentren (MVZ).

¹¹⁴ $2 \times 200 \text{ patients (files actives des deux médecins)} / 2 \times 100 \text{ (file active totale)} = 1,0476$.

¹¹⁵ <https://www.kvbawue.de/praxis/abrechnung-honorar/arthonorare/rlv>

¹¹⁶ Cf. annexe 2 sur les comparaisons internationales

professionnels de santé. Par exemple, les consultations par messagerie doivent être limitées, selon la convention collective des médecins généralistes, à « *des demandes simples, spécifiques et non urgentes qui ne nécessitent pas de questions supplémentaires de la part du médecin* ». En ce qui concerne les consultations téléphoniques, il est précisé que « *le médecin est disponible pour ce type de consultations tous les jours du lundi au vendredi pendant une ou plusieurs heures, mais au moins pendant une heure par jour, en fonction des possibilités et des besoins des patients* ».

3.2 Les premiers constats des expérimentations « article 51 » font ressortir une légère progression de la file active « médecin traitant » des centres participants

En France, la dernière vague d'expérimentations date du vote de l'article 51 de la LFSS pour 2018¹¹⁷. Plusieurs dizaines d'expérimentations sont toujours en cours, dont la plupart ont pris du retard, à la suite de la crise sanitaire du Covid-19, puis dans l'attente d'une décision de la CNIL en matière de traitement des données, qui est intervenue le 23 juin 2022¹¹⁸.

Trois expérimentations testent un nouveau mode de tarification en soins primaires et sont portées au niveau national par le ministère de la Santé en association avec l'Assurance maladie¹¹⁹ :

- L'expérimentation « Paiement en équipe de professionnels de santé » (PEPS) teste un modèle combiné, associant un paiement à la capitation (majoritaire) à une part variable allouée à chaque équipe sur la base d'indicateurs de qualité, d'expérience patient, etc., sous la forme d'un forfait annuel par patient reversé à l'équipe. Elle se substitue à la rémunération de droit commun uniquement pour les actes exécutés par le médecin traitant, les actes techniques ou réalisés par d'autres spécialistes étant exclus. Suivant les équipes, la rémunération PEPS se substitue en partie à la tarification à l'acte pour la patientèle totale MT de certains centres, et dans d'autres centres uniquement pour les patients MT diabétiques ou pour les patients MT âgés. D'après l'IRDES, le périmètre des actes substitués dans PEPS représente entre 21 et 28 % des ressources directes en CDS associatifs, entre 20 et 30 % en CDS municipaux¹²⁰ ;
- L'expérimentation « Incitation à une prise en charge partagée » (IPEP) consiste à verser un intéressement en complément de la rémunération de droit commun, en contrepartie d'une offre globale de services au bénéfice d'une patientèle donnée (« responsabilité populationnelle ») : son montant varie en fonction de l'atteinte par les équipes d'objectifs de qualité et de maîtrise des dépenses. L'affectation de cet intéressement n'est pas fléché ex ante et dépend des choix opérés par l'équipe expérimentatrice (rémunération individuelle ou au bénéfice du collectif) ;

¹¹⁷ Article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

¹¹⁸ Cf. annexe 13 du rapport IGAS n°2022-040.

¹¹⁹ Cf. annexe 3 relative aux expérimentations d'organisations de santé innovantes intéressant les CDS pluriprofessionnels.

¹²⁰ « *Des expérimentateurs et promoteurs inattendus : mise en œuvre, effets et usages de l'expérimentation PEPS dans 16 centres de santé* », Questions d'économie de la santé, n°285, janvier 2024, IRDES.

- L'expérimentation « Structures d'exercice coordonnée participatives » (SECPa), portée par la DGOS et l'Assurance maladie, teste un modèle basé sur l'attribution de dotations complémentaires pour financer des prestations découlant des missions de santé participative.

Aucune des trois expérimentations (IPEP, PEPS, SECPa) n'est complètement substitutive au modèle de droit commun pour la patientèle totale. A la date des travaux de la mission, les évaluations des expérimentations impliquant des CDS pluriprofessionnels étaient en cours et leurs résultats n'étaient pas disponibles.

Peu d'enseignements peuvent être tirés à ce stade des rapports d'étape et des entretiens relatifs aux expérimentations PEPS et SECPa, en lien avec la présente mission. Dans les deux cas, ces rapports ne précisent pas dans quelle mesure la dotation a eu un effet positif ou négatif sur l'équilibre économique des structures participantes.

3.2.1 Le modèle PEPS ajoute une « surcouches » au modèle de droit commun sur le versant tarification

La durée de l'expérimentation du modèle PEPS a été fixée à cinq années à compter de la publication de l'arrêté portant cahier des charges, soit de juin 2019 à juillet 2024¹²¹. A fin novembre 2023, l'expérimentation concernait 15 structures ambulatoires d'exercice collectif, dont 12 CDS, dans 6 régions différentes, incluant 60 501 patients (hors AME). Quatre des sept maisons de santé pluriprofessionnelles participantes ont abandonné l'expérimentation en cours pour des raisons variées (désaccord sur le partage de la rémunération, inquiétude sur l'articulation de l'activité avec celles des IDEL, départs à la retraite). Les données provisoires faisaient état d'un taux de consommation des crédits de 36 % au mois d'octobre 2023.

- Des difficultés de compréhension du modèle

Le forfait patient médecin traitant a été initialement construit en prenant pour référence un modèle de régression intégrant différentes variables caractéristiques des patients (âge, sexe, C2S, 5 types d'ALD, ALD « autre », département de résidence du patient), modulé par une série de caractéristiques relative à l'offre de soins (taux de fidélisation des patients, taux de pauvreté de la commune de la structure, activité, bonus à la qualité). En 2020, des travaux ont abouti à une révision du modèle (passage de la segmentation à la régression, révision des modalités de valorisation des patients « non-consommateurs »). La dernière version de la formule de calcul du forfait fait intervenir un grand nombre de variables et de règles de gestion¹²².

Dans les centres rencontrés, la mission a constaté soit la méconnaissance des acteurs sur les modalités de calcul de la rémunération, soit des difficultés de compréhension, du fait de sa complexité. En outre, comme ce modèle n'est pas totalement substitutif à la tarification à

¹²¹ Source : Premier cahier des charges publié par arrêté au JO du 3/7/2019, modifié par arrêtés du 30/12/2020 et du 20/11/2022.

¹²² Cf. détail en annexe 3.

l'activité pour la patientèle MT « incluse » dans l'expérimentation¹²³, le système global est difficile à appréhender, tant pour les équipes expérimentatrices que pour les patients. Ainsi les équipes expérimentatrices considèrent que certains actes sont mal pris en compte ou non rémunérés dans le forfait, et il a été rapporté l'incompréhension des patients lorsqu'ils doivent payer un reste à charge voire la confusion du forfait avec la possibilité pour eux de bénéficier d'un nombre de consultations illimitées¹²⁴.

Plusieurs difficultés opérationnelles ressortent des entretiens :

- l'impossibilité à ce stade pour les gestionnaires d'établir une prévision sur le montant qui leur sera effectivement versé, certains éléments du modèle n'étant par construction pas connus à l'avance (ex. taux de fidélisation des patients) ;
 - la fréquence trimestrielle retenue pour le versement de la rémunération PEPS par les CPAM, qui génère non seulement des besoins de trésorerie plus importants (comparativement aux paiements effectués généralement sous 7 jours après prise en charge dans le système de droit commun), associée parfois à des retards de versement des caisses primaires ;
 - le surcroît de saisie et de charge administrative liées à l'utilisation de deux systèmes d'information en parallèle (celui de droit commun et celui mis en place pour PEPS).
- Le calibrage du modèle n'est pas achevé, en particulier s'agissant de la fréquence d'actualisation de la file active MT, ou pour tenir compte des spécificités de la patientèle en zone sous dense.

Les effets de la coexistence d'un modèle économique forfaitaire avec un modèle libéral sont encore peu appréhendés dans le secteur des soins de premier recours (désavantage en cas d'infidélité¹²⁵ des patients, risque d'un effet de report des médecins libéraux de la patientèle la plus complexe vers les centres, impact très fort de la donnée de déclarations MT au 31/12) et certaines charges sont hors modèle. C'est le cas des indemnités kilométriques, mais également le cas des patients qui décèdent ou changent de médecin traitant en cours d'année, lesquels ne figurent pas dans la file active, quand bien même ils auraient consommé des soins, ce qui génère un manque à gagner potentiellement important. En effet, la file active « médecin traitant » est appréciée une seule fois par an, à partir du stock de patients arrêté au 31/12.

Le modèle de tarification forfaitaire est un modèle théoriquement adapté à la mise en place de politiques de prévention, qui permet à la fois d'augmenter la couverture de la population et d'éviter des actes inutiles. Le risque, s'il n'est pas possible d'enclencher ce modèle « vertueux » (i.e. un CDS mène des actions de prévention, qui donnent des résultats positifs en termes

¹²³ Lorsqu'il subsiste un montant restant à leur charge. Les équipes PEPS doivent continuer à facturer dans le droit commun dans trois situations : la première consultation de déclaration du médecin traitant, les consultations pour AT/MP, et les consultations en EHPAD, exécutés auprès des patients MT PEPS ; Les soins délivrés par les autres professionnels (autres spécialistes, sage-femmes, kiné, etc.) aux patients MT PEPS restent facturés à l'acte, hors forfait ; Les soins délivrés à des patients n'ayant pas choisi leur médecin traitant dans le centre de santé sont également facturés à l'acte.

¹²⁴ Cas rapporté d'un patient ayant sollicité plus d'une trentaine de consultations en une année.

¹²⁵ Le terme d'« infidélité » ne correspond pas à du nomadisme médical. Il correspond aux cas où un patient se fait soigner ailleurs que dans son centre habituel, par exemple lorsqu'il est en congé, en voyage, ou dans des situations d'urgence.

sanitaires, lesquels se traduisent par un nombre moins élevé de consultations) est qu'il peut aboutir à une sélection adverse des patients (pour se concentrer sur les patients les moins complexes), ou à une diminution de la qualité des soins (en n'accordant pas le temps nécessaire pour une prise en charge satisfaisante des patients).

Or, lors de l'installation d'un centre en zone sous dense, l'effet de « rattrapage » des soins rapporté est tel, que la mise en place de ce cercle vertueux n'est pas possible, dans un premier temps : les zones « désertifiées » sont donc moins attractives pour un exercice médical, qui va se caractériser par un temps de consultation rallongé dans un premier temps, lié à une prise en charge tardive (donc avec des dossiers médicaux lourds et des états cliniques plus précaires), ce qui va entraîner une moindre productivité (et une difficulté à répondre à la demande), et pour les centres par une rémunération forfaitaire structurellement amoindrie, induite par les modulations territoriales.

- Les résultats sont mitigés, s'agissant des effets en matière de pratique coordonnée

La mise en place de protocoles de coordination MG/IDE prend du temps. Dans la majorité des centres rencontrés expérimentant PEPS ou PRIMORDIAL¹²⁶, comme dans beaucoup d'autres centres pluriprofessionnels, les interlocuteurs de la mission lui ont fait part des réticences d'une partie des médecins à s'inscrire dans une démarche approfondie de partage des actes médicaux et de coordination des soins avec les infirmières (quand bien même ils y ont été sensibilisés lors de leur recrutement), ou de celles de certains patients, du fait de l'existence d'un montant restant à leur charge.

Un centre est parvenu à établir un protocole de délégation de certains cas d'urgence aux IDE (ex. rhinite allergique), pour optimiser le planning des créneaux d'urgence pris en charge par les médecins (6 ou 7 créneaux ouverts quotidiennement).

Dans un centre, l'organisation des consultations en binôme MG/IDE a permis d'obtenir une file active de patients 60 % supérieure celle de la moyenne nationale pour un médecin exerçant seul : toutefois il n'est pas possible, à partir de ce seul centre, de projeter ce ratio à l'échelle nationale.

Dans d'autres centres, seule une partie des médecins s'est engagée dans une démarche de coordination avec les infirmières sur place (IDE, IPA, IDE rémunérée par l'association Asalée), à l'instar des pratiques d'autres centres hors expérimentation PEPS.

La mission a comparé les données de la file active des centres participants avant et après expérimentation¹²⁷, laquelle aurait dû augmenter sensiblement, à la suite de la mise en place de pratiques coordonnées « intégrées » :

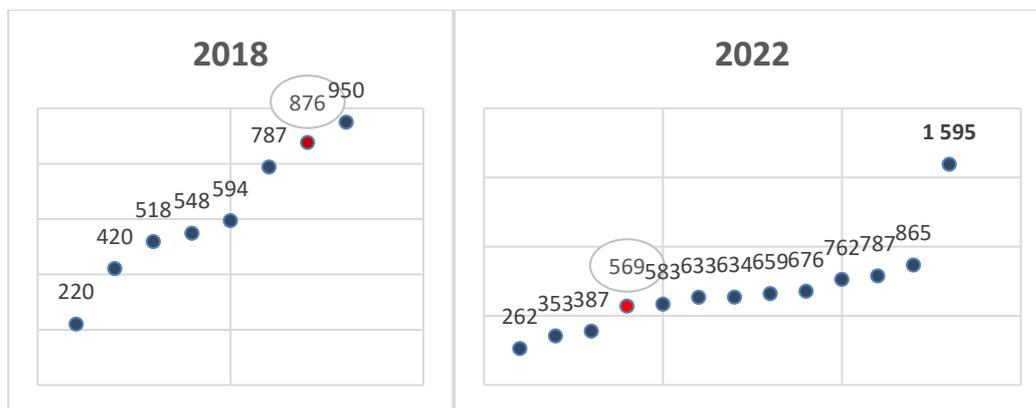
- le seul centre PEPS ayant déclaré la mise en œuvre d'une pratique coordonnée intégrée médecin-IDE dépasse largement (1 595) le ratio file active MT/MG en exercice libéral qui s'établissait à environ 1 000 patients en 2021,

¹²⁶ PRIMORDIAL est une expérimentation portée par le groupe Ramsay Générale de santé et dérivée de PEPS pour des centres nouvellement créés en zone de désertification médicale.

¹²⁷ Comparaison du ratio « file active MT / nb de MG ou MEP en ETP » pour les centres PEPS et la moyenne des CDS pluriprofessionnels pour les années 2018 (avant expérimentation) et 2022.

- la plupart des centres PEPS – pour lesquels les données sont disponibles - ont amélioré leur positionnement relativement au ratio moyen file active MT/ETP MG-MEP au cours de la période 2018-2022, mais ils demeurent loin du seuil en médecine libérale évoqué supra (1 000 patients / MG).

Graphique 15 : Taux file active patientèle totale médecin traitant / nombre d'ETP MG + MEP, 2018 et 2022 (*)



Source : Calculs mission et retraitements à partir des données Assurance maladie – MEP : médecins avec un mode d'exercice particulier (homéopathie, acupuncture, ostéopathie...)

(*) Le chiffre entouré est celui de la moyenne enregistrée pour les CDS pluriprofessionnels. Toutes les données n'étaient pas disponibles en 2018 pour l'ensemble des centres participants.

Cette situation tranche avec l'ambition affichée de cette expérimentation de favoriser la mise en œuvre de pratiques coordonnées intégrées en équipe¹²⁸. Toutefois, les constats de l'inspection doivent être relativisés : d'une part, parce que la mission n'avait pas pour objectif d'évaluer l'expérimentation PEPS, et d'autre part, parce que la mission n'a pas rencontré l'ensemble des centres participants. A cet égard, l'enquête sociologique réalisée par l'IRDES¹²⁹ rapporte que l'expérimentation allège les tâches administratives à l'accueil des patients une fois le patient enregistré dans le dispositif : « l'objectif opérationnel d'améliorer l'accès aux soins, en particulier en zone sous dense, en libérant du temps médical grâce au travail de coopération et en augmentant la taille de la file active, apparaît ici atteint ».

¹²⁸ Source : « expériences étrangères de paiement en équipe de professionnels de santé », ministère/CNAM, juillet 2019.

¹²⁹ Source : « des expérimentateurs et promoteurs inattendus : mise en œuvre, effets et usages de l'expérimentation PEPS dans 16 centres de santé », Questions d'économie de la santé, n°285, janvier 2024, IRDES.

3.2.2 Si les évaluations s'avéraient positives, la complexité des modèles de rémunérations et l'absence d'échantillon représentatif plaideraient pour une implémentation graduée et limitée aux centres volontaires

La mission n'avait pas pour objectif de se substituer aux évaluateurs, ni même de rencontrer l'ensemble des structures participantes, aussi les premiers constats issus des entretiens sont partiels et mériteraient d'être approfondis et mieux étayés :

- Le premier constat, comme souvent dans la mise en œuvre de nouvelles expérimentations, concerne le déploiement des dispositifs de recueil des données et du système d'information, qui a pris du temps, et qui a été retardé par la crise sanitaire ;
- Les modèles de rémunération expérimentés sont particulièrement complexes, comme l'a déjà souligné la Cour des comptes¹³⁰, constat partagé par la mission : non seulement la mise au point des modèles de financement a nécessité des travaux statistiques d'ajustement parfois lourds – ce qui était prévu dans le cahier des charges, mais le fait qu'ils ne soient pas substitutifs au modèle de droit commun rajoute une complexité supplémentaire, liée à la gestion de deux modèles de tarification et donc à des coûts de coordination supplémentaires ;
- **Cette complexité est une source d'incompréhension et/ou de malentendus pour une partie des gestionnaires et des patients ;**
- L'expérimentation porte sur un nombre réduit de centres participants, dont le recrutement s'est effectué sur la base du volontariat. La sélection opérée par les équipes nationales a abouti à la forte présence de représentants professionnels et syndicaux¹³¹, et l'échantillon des structures retenues (de très petite taille, ex. 22 structures pour PEPS – CDS ou MSP) n'est pas représentatif du tissu des centres de santé dans son ensemble : dès lors, **les conclusions des évaluations ne vaudront que pour les structures concernées et non pour l'ensemble des CDS**, d'autant plus que certains participants participent simultanément à plusieurs expérimentations, compliquant encore l'évaluation ;
- Une partie des CDS participants, qui sont des centres de santé municipaux, ne sont pas tenues de séparer comptablement l'activité sanitaire des autres activités réalisées: le point d'équilibre du modèle économique pourra difficilement être déterminé, en l'absence de données comptables analytiques et il ne sera pas possible d'appréhender

¹³⁰ La Cour indique que de ce fait « *laisse penser qu'un report du [terme de cinq ans] n'est pas à exclure* » (pour IPEP) et rappelle notamment le montant des crédits autorisés depuis 2018 (511 M€, pour 122 expérimentations à la fin de l'année 2022). Source : rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2022, établi en mai 2023 (chapitre 4)

¹³¹ Source : « *Des médecins entrepreneurs de la transformation des soins primaires. Une analyse des conditions d'engagement des porteurs libéraux dans les expérimentations Ipep et Peps* », IRDES, QES n°273, décembre 2022.

les retombées économiques et financière pour ce type de centre en l'absence d'évaluation ex ante.

3.2.3 L'association des centres de santé à d'autres expérimentations pourrait être envisagée

La mission note qu'il n'existe pas d'expérimentation en centre de santé pluriprofessionnel expérimentant la tarification sur une base horaire : la seule expérimentation en ce sens – « EQUILIBRE » - concerne exclusivement les centres de soins infirmiers¹³².

En outre il existe d'autres expérimentations issues de l'article 51 ayant pour objet les soins de premier recours ou de proximité, auxquelles ne participent pas des centres de santé, mais qui pourraient potentiellement être concernés en tant que bénéficiaires de la généralisation éventuelle desdites expérimentations. Parmi celles-ci, on trouve le projet porté par IPSO santé (encadré ci-dessous), fondé en 2012, qui a ouvert son capital à Citizen Capital¹³³ en 2021 pour financer sa stratégie de développement d'un réseau d'une vingtaine de centres en zone urbaine (avec un objectif affiché de répondre aux besoins de 500 000 patients d'ici 2026).

Extrait du rapport parlementaire évoquant le projet « IPSO santé », financement à la capitation des médecins généralistes

L'expérimentation « Ipsy Santé » ou « contrat médecin traitant renforcé » est portée par quatre cabinets de médecine générale parisiens du groupe Ipsy Santé. Ce groupe constitue une maison de santé, et compte actuellement huit à douze médecins généralistes associés par cabinet. Depuis sa création en 2015, il cherche à repenser la manière dont sont dispensés les soins primaires, dans une approche collaborative entre professionnels [associant MG, paramédicaux et assistants médicaux - note de la mission] et en travaillant au recentrage des médecins sur le soin. (...)

Si le modèle est simple d'application pour les médecins, qui bénéficient d'une forme de stabilité dans leur rémunération, il est complexe pour l'assurance maladie. De longues discussions ont été nécessaires pour établir la valeur des briques du forfait « médecin traitant renforcé », sur la base de la rémunération perçue auparavant par les médecins et en fonction du degré de complexité attaché à chaque catégorie de patients. L'assurance maladie semble en difficulté pour recueillir les indicateurs pertinents afin d'évaluer l'expérimentation en vue de son inscription dans le droit commun, à l'horizon de la fin 2024.

Les porteurs du projet estiment que ce modèle peut être répliqué dans d'autres maisons de santé, dès lors qu'elles ont une taille critique et que les professionnels ont atteint un certain niveau de structuration. Il doit néanmoins être assorti d'engagements des professionnels pour éviter les effets d'aubaine.

Source : Rapport d'information n°1318 de l'Assemblée nationale déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux du Printemps social de l'évaluation (M. Éric Alauzet, Mme Farida Amrani, M. Paul Christophe, M. Hadrien Clouet, M. Pierre Dharréville, M. Thierry Frappé, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Monique Iborra, M. Sébastien Peytavie et Mme Stéphanie Rist), 2 juin 2023

¹³² Cf. constats de cette expérimentation rapportés en annexe 13 du rapport IGAS N°2022-044

¹³³ <https://www.citizencapital.fr/entreprises/ipso-sante/> Sur son site, Citizen capital se présente comme un fonds d'investissement pionnier de l'impact investing en France.

3.3 En France, le chemin est long vers une organisation de la prise en charge des soins primaires par une équipe pluriprofessionnelle « intégrée »

3.3.1 Depuis de nombreuses années, les conditions de mise en œuvre d'un travail en équipe pluridisciplinaire se mettent en place pour accroître la file active des patients pris en charge sans dégrader la qualité des soins

Depuis plus de deux décennies et notamment depuis la mise en place de protocoles de coopération en 2009¹³⁴, les autorités sanitaires s'intéressent aux nouvelles formes de coopération entre les professions de santé¹³⁵. En effet, si le travail en équipe « intégré »¹³⁶ entre professionnels de santé est non seulement possible mais quotidien à l'hôpital, tel n'était pas le cas en ville, avec moins de la moitié des praticiens exerçant en cabinet de groupe¹³⁷. Au cours de la dernière décennie, poussé par les tensions démographiques (para)médicales, et/ou par les enseignements de la crise sanitaire, l'exercice en groupe est devenu majoritaire, passant de 44 % en 2007 à 80 % en 2019¹³⁸ chez les médecins généralistes de moins de 50 ans. Par ailleurs le cadre juridique a évolué : si le médecin continue de jouer un rôle central, les champs de compétence et d'autonomie des professionnels de santé non médecins se sont étendus pour venir l'appuyer dans sa pratique (schéma ci-dessous) et rendent possibles une délégitation de tâches prises en charge par l'équipe partageant un même lieu de travail.

¹³⁴ Cf. loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST

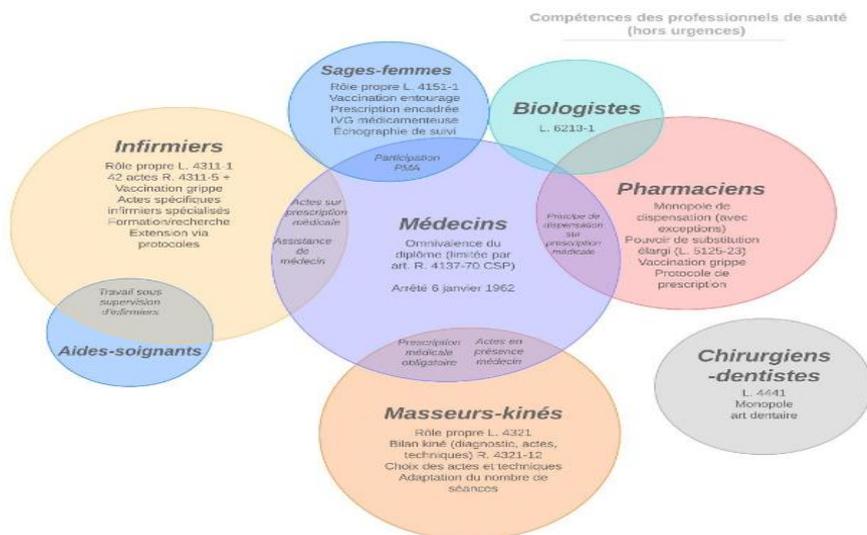
¹³⁵ Source : « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape) », Pr Yvon Berland, 2003 ; « Les nouvelles formes de coopération entre professions de santé : les aspects juridiques », HAS, 2 août 2007

¹³⁶ C'est-à-dire allant au-delà de la coordination ponctuelle, formelle ou informelle, s'agissant du cas d'un patient.

¹³⁷ Source : « L'exercice de la médecine générale libérale : Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », DREES, Etudes et résultats n°610, novembre 2007 : 43,7 % des médecins exerçaient en cabinet de groupe en France métropolitaine. Cabinet de groupe : cabinet regroupant plusieurs médecins libéraux, par opposition à l'exercice en cabinet seul, et permettant a minima de mutualiser les moyens de fonctionnement.

¹³⁸ Source : « Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe », Études et Résultats, n°1114, DREES, mai 2019.

Schéma 1 : Interactions entre les champs de compétences des professionnels de santé



Source : « Les dispositifs juridiques d'organisation des professions de santé et leur évolution (hors cadre hospitalier) », document de travail février 2023, Haut conseil pour l'Assurance maladie

Début 2022, 5 % des médecins généralistes avaient une assistante médicale¹³⁹ qui les aidait à organiser leur pratique administrative¹⁴⁰. Toutefois les principales perspectives de développement de coopérations (para)médicales concernent la relation professionnelle entre les médecins et les infirmières, qu'elles aient été ou non formées à cet effet (IDE, IDE salariée et formée par l'association ASALEE¹⁴¹, IPA). En 2022, d'après une autre étude de la DREES, les médecins généralistes libéraux communiquaient plus souvent avec des infirmières qu'avec d'autres médecins à propos de leurs patients : un sur trois déclaraient échanger tous les jours ou presque. La DREES relève que « toutes choses égales par ailleurs, les médecins ayant un volume d'activité plus important collaborent plus souvent avec des infirmières (...). Cela pourrait traduire le fait que les médecins ayant un volume d'activité plus important voient plus de patients et ont donc plus de motifs d'échange et/ou qu'ils sont amenés à transférer plus de tâches à leurs collègues infirmières pour diminuer l'intensité de leur activité »¹⁴².

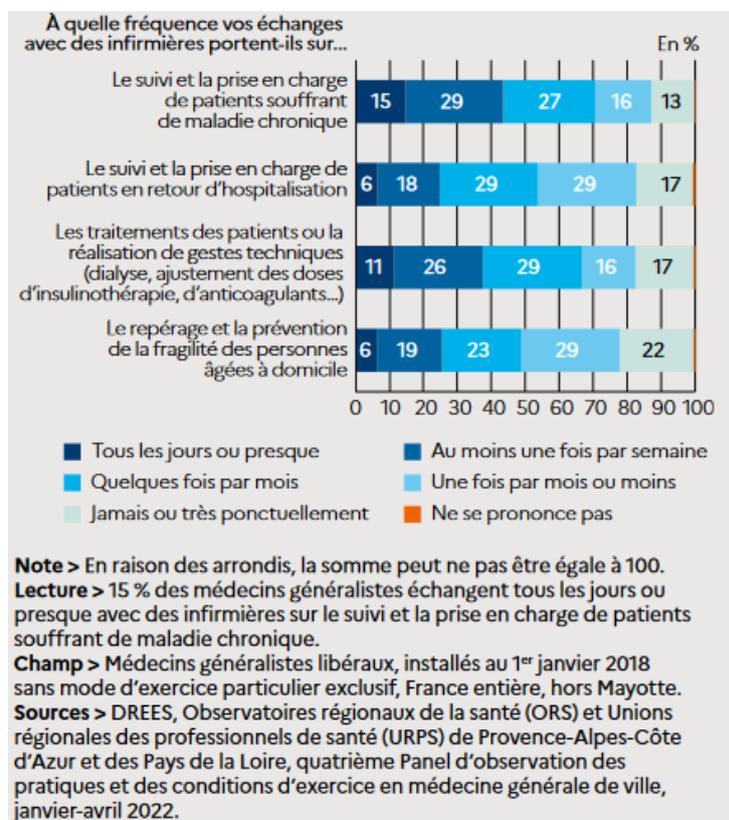
¹³⁹ Pour permettre de dégager du temps médical supplémentaire, le métier d'assistante médicale a été créé en 2018 dans le cadre de la stratégie « Ma Santé 2022 ». Une assistante médicale travaille aux côtés du médecin et l'épaule dans sa pratique en réalisant des tâches administratives, en l'aidant lors des consultations ou en organisant la coordination avec les autres professionnels de santé. Cf. rapport IGAS N° 2023-015R sur la formation des assistants médicaux, établi par Frédérique Simon-Delavelle et Louis Charles Viossat, juin 2023 : <https://www.igas.gouv.fr/La-formation-des-assistants-medicaux.html>

¹⁴⁰ Source : DREES, Etudes et résultats n°1268, mai 2023.

¹⁴¹ Association créée en 2005 visant à former les infirmières à la mise en œuvre de protocoles de coopération. Cf. « La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2 - Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE », Yann Bourgueil, Philippe Le Fur, Julien Mousquès, Engin Yilmaz, IRDES, décembre 2008.

¹⁴² Source : « Un tiers des médecins généralistes, et plus de la moitié de ceux exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle, collaborent quotidiennement avec des infirmières », DREES, Etudes et Résultats N°1282, octobre 2023.

Graphique 16 : Motifs de collaboration des médecins généralistes avec des infirmières en 2022



Source : DREES, Etudes et résultats N°1282

Dans les prochaines années, l'arrivée de nouveaux outils conversationnels d'aide au diagnostic, portés par l'Intelligence artificielle – dont des interlocuteurs de la mission lui ont permis d'apprécier les perspectives de développement – pourrait faire sensiblement évoluer les modes d'organisation du travail et les pratiques (para)médicales¹⁴³.

3.3.2 A l'étranger, le partage des tâches entre médecins et infirmières est entré dans les mœurs et dans les pratiques de nombreux pays voisins

S'agissant de l'exercice pluriprofessionnel et de la délégation de tâches aux infirmières, la Suède n'est pas le seul pays qui dispose de pratiques avancées en la matière. Onze pays déclarent à l'OCDE que plus de 75 % de leurs infirmières réalisent à la fois les vaccinations, des actions de prévention, des examens de routine pour les patients atteints de maladies chroniques et la prise en charge des procédures de soins de faible gravité. Près de la moitié des pays se caractérise par

¹⁴³ Source : « Towards Conversational Diagnostic AI », Tao Tu*,1, Anil Palepu*,1, Mike Schaekermann*,1, Khaled Saab1, Jan Freyberg1, Ryutaro Tanno2, Amy Wang1, Brenna Li1, Mohamed Amin1, Nenad Tomasev2, Shekoofeh Azizi2, Karan Singhal1, Yong Cheng2, Le Hou1, Albert Webson2, Kavita Kulkarni1, S. Sara Mahdavi2, Christopher Semturs1, Juraj Gottweis1, Joelle Barral2, Katherine Chou1, Greg S. Corrado1, Yossi Matias1, Alan Karthikesalingam†,1 and Vivek Natarajan†,1 Google Research, 2 Google DeepMind, 11 janvier 2024 - <https://arxiv.org/abs/2401.05654>

une forte délégation des tâches aux infirmières (Pays Bas, Irlande, Royaume Uni, Portugal...). Ainsi, les vaccinations sont assurées par la majorité des infirmières dans 13 pays, les actions de prévention des soins dans 16 pays, les examens de routine pour les patients atteints de maladies chroniques dans 13 pays, la prise en charge des procédures de soins de faible gravité dans 15 pays. Sans surprise, ce sont dans les structures d'exercice coordonné, publiques ou privés, que ces délégations de tâches sont mises en œuvre (à l'exception de l'Estonie)¹⁴⁴.

Cinq pays européens, comparable à la France, pour lesquels la mission a obtenu une réponse des conseillers sociaux sur l'état d'avancement des pratiques en matière de coordination des soins font état de pratiques de coopération avancées (Allemagne, Danemark, Suède, Espagne, Italie, encadré ci-dessous).

Extrait des réponses des conseillers sociaux sur les pratiques en matière de coordination/partage des tâches entre professionnels de santé

Allemagne

Le modèle du cabinet médical avec un médecin seul est presque inexistant. En moyenne, près de dix personnes travaillent dans un cabinet médical. Celui-ci comprend toujours des personnels d'accueil et le plus souvent des infirmières de pratique avancée. Les pratiques de coordination des soins sont très variables selon les structures. Dans les MVZ (centres de soins médicaux), un rôle central est accordé au directeur médical, chargé de l'organisation et de la coordination des soins. Certains examens (biologiques, ophtalmologiques, ORL, pédiatriques) sont fréquemment réalisés par des professionnels paramédicaux. Le médecin est en revanche le seul habilité à effectuer une prescription médicamenteuse.

La délégation des actes par un médecin conventionné du secteur ambulatoire à du personnel non-médical ou paramédical est organisée en Allemagne par un accord-cadre entre l'Association fédérale des médecins conventionnés et les caisses publiques d'assurance maladie, signé en 2013 et révisé en 2015. Une liste non exhaustive des actes pouvant être délégués figure en annexe 2.

Danemark

Les infirmières ont une reconnaissance de leurs compétences professionnelles médicales non pas sous la forme d'une liste d'actes autorisés, mais selon la formation reçue et leur expérience. Comme elles sont salariées par des médecins libéraux, à la tête d'une forme « d'entreprise médicale libérale », elles exercent sous la responsabilité directe des médecins, qui se portent garants pour elles. Elles disposent donc d'une large gamme d'interventions dans ce cadre.

Espagne

Dans chaque zone de santé, les équipes de soins primaires sont organisées de manière hiérarchique, sous la direction d'un coordonnateur médical et sont constituées de médecins, d'infirmières, de sage-femmes, de travailleurs sociaux, et du personnel administratif du centre. A côté de la fonction de coordination interne et/ou externe, d'ores et déjà assurée dans la plupart des centres par un médecin ou une infirmière, la nomination d'un chef d'équipe médical pluriprofessionnel ou d'un chef de service médical est indispensable pour porter l'équipe, conforter le travail du coordonnateur, et endosser la responsabilité collective de la mise en œuvre de pratiques professionnelles intégrées garantes de la qualité du parcours de soins¹⁴⁵.

¹⁴⁴ Cf. annexe 2 relative aux comparaisons internationales.

¹⁴⁵ Source : colloque : « un médecin traitant pour tous, à quel prix ? », MG France, 3 décembre 2021

La loi puis le décret 954/2015 du 23 octobre 2015 règlementant l'indication, l'usage et l'autorisation de délivrance de médicaments et produits sanitaires à usage humain par des infirmières a étendu le cadre d'activité des infirmières.

Le texte, pris en application de l'article 79 de la loi 29/2006 modifiée, justifie le rôle des infirmières en matière de prescription par la nécessité de mettre en place des organisations pluridisciplinaires, fondé sur le travail en équipes et les connaissances et compétences professionnelles de chacun.

Ainsi, la loi autorise les infirmières à indiquer, utiliser et prescrire, de manière autonome, tous les médicaments non soumis à une prescription médicale et les produits de soins liés à leur exercice professionnel, grâce à un « ordre de délivrance » dont le décret 954/2015 fixe le modèle. Le décret précise en outre les conditions dans lesquels le personnel infirmier peut être amené à indiquer, utiliser et autoriser la délivrance des médicaments soumis à prescription médicale.

L'Andalousie a été pionnière dans la mise en place de la prescription infirmière (80 % des infirmières de soins primaires sont accréditées), ce qui, selon ses déclarations, n'a pas été facile. Cette prescription montre néanmoins ses avantages, en termes de réduction des dépenses de soins et une plus grande agilité du système pour répondre aux besoins des patients.

Italie

Dans les centres pluriprofessionnels tels que les maisons de santé, l'accueil stricto sensu est assuré généralement par du personnel administratif. En revanche, l'orientation du patient vers le professionnel adéquat (sanitaire ou social) est le plus souvent de la responsabilité d'un personnel infirmier.

Suède

Lorsque le patient arrive dans une structure de soins, il se dirige vers l'accueil où son numéro personnel et sa carte d'identité lui sont demandés. Le médecin ou l'infirmière, selon la nature de la consultation, est prévenu de l'arrivée du patient, qui patiente dans la salle d'attente jusqu'à que le professionnel de santé le conduise dans la salle d'examen. Les professionnels de santé paramédicaux, comme les infirmières sont autorisés à prescrire des médicaments à partir d'une liste limitée.¹⁴⁶ Les infirmières sont spécialisées et assument des responsabilités élargies en Suède, notamment celle de coordination de la file de soins. Les personnels paramédicaux infirmiers peuvent également assurer des rendez-vous dans les centres de santé, par exemple pour le traitement des plaies ou le suivi post-opératoire des patients. Ils peuvent évaluer et filtrer la demande de soins ainsi qu'assurer un nombre limité de prescriptions d'urgence.

3.3.3 En France, en dépit du feu vert des instances déontologiques et médicales, une partie des praticiens, y compris en centre de santé, demeurent réticents au partage des tâches en équipe

En France, dans un centre de santé, sur le plan de la responsabilité civile, en cas de faute éventuelle de la part d'un salarié (quel qu'il soit, médecin, infirmière ou autres), dans l'exercice de sa fonction, c'est l'employeur, c'est-à-dire le service (et son assureur, en fait) qui se substitue et assume les conséquences financières qui en découlent (indemnisation). En revanche, les professionnels de santé demeurent individuellement responsables sur le plan de la responsabilité pénale et ordinale¹⁴⁷.

¹⁴⁶ Source : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12919210/>

¹⁴⁷ Source : « Aspects juridiques, notion de responsabilité, délégation de tâches et transfert de compétences », informations mensuelles CISME, juillet 2012 https://www.presanse.fr/wp-content/uploads/2020/04/im7_jur_congresCF_14-15.pdf

Les attributions générales confiées à une infirmière diplômée d'Etat et définies à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique ont été enrichies trois fois au cours des trois dernières années¹⁴⁸ : elles sont désormais habilitées à prendre en charge des plaies, prescriptions d'examens complémentaires et de produits de santé, signature des certificats de décès à titre expérimental, adaptation de la posologie de certains traitements dans le cadre d'un exercice coordonné, prescription de dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement.... En pratique, le degré d'autonomie dont bénéficient les infirmières diplômées d'Etat (IDE) varie selon l'acte ou l'examen à réaliser : certains peuvent être réalisés en autonomie (relevant du « rôle propre ») ; d'autres actes nécessitent une prescription médicale écrite détaillée ou sont réalisés dans le cadre d'un protocole, avec ou non une possibilité d'intervention du médecin ; enfin, l'infirmière peut simplement participer à la réalisation d'un acte effectué par le médecin.

Pour les actes et les tâches qui sont déléguées par un médecin, l'infirmière qui bénéficie de la délégation doit disposer de la formation et des compétences nécessaires, pour réaliser ces tâches sous la responsabilité du médecin, dans le cadre de protocole écrit, et ce, dans le respect de leur compétence respective, pour réorienter le patient vers le médecin généraliste si nécessaire ainsi que dans les situations prévues par le protocole.

3.3.3.1 Les dispositions déontologiques sont compatibles avec un partage des tâches.

Le 13 octobre 2022, sept Ordres, dont le Conseil national de l'Ordre des médecins, réunis au sein du CLIO Santé¹⁴⁹, ont conjointement établi une proposition pour améliorer l'accès à l'offre de soins grâce à l'interprofessionnalité (cf. extrait ci-dessous). Le CLIO acte notamment que « le cadre législatif permettant la mise en œuvre rapide d'une meilleure répartition des interventions des professionnels de santé auprès du patient, existe d'ores et déjà. Ces dispositions doivent être rendues opérationnelles au plus vite. Il s'agit d'accompagner la mise en œuvre effective de ces dispositions et d'assurer rapidement la publication de certains textes et décrets d'application nécessaires ». A la suite cette proposition, une partie des syndicats représentant les médecins ont réitéré leur désaccord et leur opposition au partage des tâches avec les infirmières.

¹⁴⁸ Cf. versions de l'article L.1411- du code de la santé publique.

¹⁴⁹ Source : Comité de Liaison des Institutions Ordinales. <https://www.leclio.fr/news/proposition-des-ordres-de-sante-pour-ameliorer-lacces-a-loffre-de-soins-grace-a-linterprofessionnalite/>

Extrait du communiqué du Comité de liaison des institutions ordinaires (12 octobre 2022)

Le communiqué du Clio (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues), qui a provoqué l'ire des syndicats médicaux est construit autour de quatre thèmes, notamment l'amélioration de l'accès au médecin traitant, en développant le partage d'actes et d'activités entre médecins et professionnels de santé. Nous reproduisons ci-après l'extrait qui développe ce thème et qui fait réagir les syndicats de médecins.

« Les propositions du Clio-Santé s'appuient sur deux axes complémentaires :

- Développer dans chaque territoire les partages d'actes et d'activités des médecins vers les professionnels de santé exerçant au sein d'équipes de soins primaires et de proximité pour dégager du temps supplémentaire au médecin traitant afin d'augmenter le nombre de patients pris en charge par les médecins, tout en préservant la qualité de la prise en charge de chacun.

- À défaut de médecin traitant disponible, confier aux autres professionnels de santé une mission en termes d'orientation du patient dans le système de santé, en assurant une première prise en charge, et en organisant avec les autres acteurs du territoire, l'orientation vers un médecin traitant.

Les deux propositions doivent être mises en œuvre conjointement. En effet, l'augmentation du temps médical obtenu par le développement du partage des actes et des activités entre médecins et professionnels de santé, devra permettre de répondre aux besoins de tous les patients y compris ceux domiciliés dans des territoires dont la démographie médicale est particulièrement insuffisante.

L'objectif est d'éviter les pertes de chances en développant le partage d'actes et d'activités entre médecins et professionnels de santé, et en favorisant le recours direct aux professionnels de santé disposant des compétences spécifiques pour certains parcours. »

<https://www.leclio.fr/news/proposition-des-ordres-de-sante-pour-ameliorer-lacces-a-loffre-de-soins-grace-a-linterprofessionnalite/>

Source : Extrait « Les tribunes de la santé », 2022/4

Concomitamment, l'Académie nationale de médecine a recommandé d'« optimiser les délégations de tâches à d'autres professionnels de santé, parmi lesquels les infirmiers, les infirmiers en pratique avancée (IPA), les maïeuticiens, les pharmaciens, d'autres soignants et à l'avenir de probables nouveaux métiers de santé. Une formation pluriprofessionnelle s'impose. Ces délégations de tâches doivent s'inscrire dans des parcours de soins coordonnés par le médecin, en respectant le champ de compétence de chacun »¹⁵⁰.

3.3.3.2 La qualité des soins n'est pas un frein majeur à la délégation des tâches pour la majorité des praticiens.

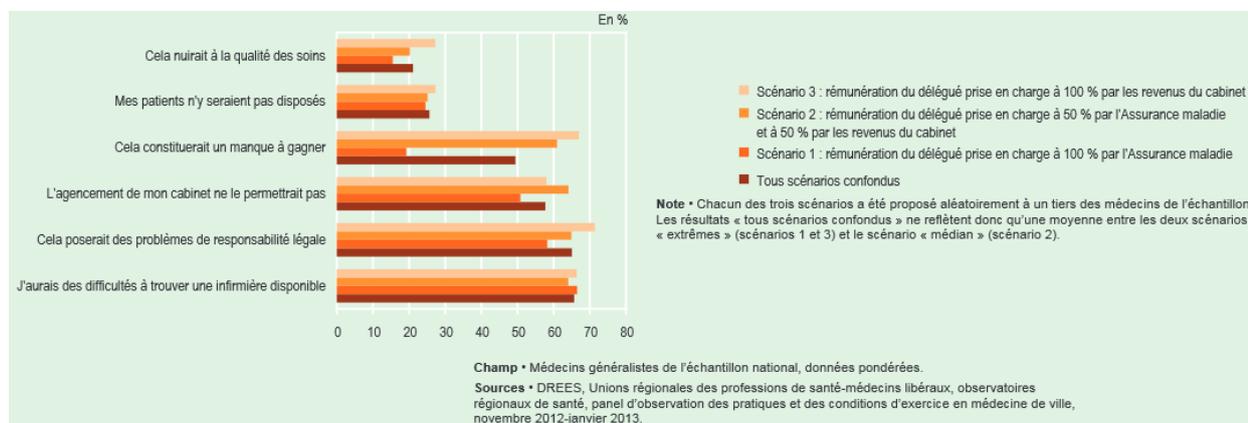
En 2014, seulement un tiers des médecins généralistes se déclaraient favorables à des coopérations avec un infirmière sur une ou plusieurs tâches¹⁵¹. Cependant, ce résultat était très sensible au mode de financement d'un tel dispositif : la coopération était nettement plus acceptée (dans les deux tiers des cas) dans un scénario où le « délégué infirmier » serait entièrement rémunéré par un forfait extérieur. Comme on le voit ci-dessous, l'argument de la qualité des soins arrivait en dernière position parmi les difficultés avancées par les médecins faisant obstacle à une délégation de tâches : la première difficulté était de trouver le professionnel de santé disponible avec lequel nouer une relation de confiance, suivi par la crainte

¹⁵⁰ Source : « Recommandations de l'Académie nationale de médecine relatives aux zones médicalement sous-denses, dites « déserts médicaux », en France », publiées le 24 octobre 2022, Académie nationale de médecine.

¹⁵¹ Source : « Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers », DREES, Etudes et résultats N°873, février 2014.

de mettre en jeu la responsabilité du médecin, les problèmes d'agencement des locaux ou le manque à gagner financier.

Graphique 17 : Difficultés liées à la délégation de tâches évoquées par les médecins (2014)



Source : DREES Etudes et résultats n°873

Il est difficile de savoir dans quelle mesure l'opinion des médecins a évolué depuis 2014. Selon une enquête réalisée en 2023 par la MACSF, lors du salon infirmier à Paris du 23 au 25 mai, 65 % des médecins interrogés soutiennent une expansion du champ d'action des infirmières et 67 % d'entre eux se déclaraient favorables à une délégation plus large des tâches aux infirmières : toutefois les conditions de réalisation de cette enquête en ligne ne permettent pas de conclure de manière fiable à une évolution favorable¹⁵².

Toutefois, les mentalités semblent évoluer doucement de la collaboration vers la délégation. Outre le fait que plus d'un tiers des médecins généralistes déclarent en 2022 collaborer quotidiennement avec des infirmières (plus de la moitié pour ceux exerçant en MSP)¹⁵³, en 2018, 23 % des médecins généralistes libéraux déclaraient « déléguer certaines tâches assurées auparavant » (28 % des médecins généralistes en zone sous dense) comme une des répercussions de la tension démographique sur leur pratique - sans que l'enquête précise toutefois le professionnel délégataire¹⁵⁴.

¹⁵² Source : Enquête en ligne réalisée auprès de 1 144 sociétaires MACSF du 19/4/2023 au 1/5/2023 auprès de 209 étudiants/internes, 315 médecins, 584 infirmiers, 41 cadres de santé ou directeurs des soins. Données non redressées.

¹⁵³ Source : DREES Etudes et résultats N°1282, octobre 2023.

¹⁵⁴ Source : DREES, Etudes et résultats n°1140, janvier 2020.

3.3.3.3 L'établissement d'une relation de confiance entre médecins et personnels paramédicaux est un prérequis, notamment vis-à-vis des IPA.

Au sein d'une équipe pluriprofessionnelle, les infirmières en pratiques avancées (IPA) sont les pionnières du partage des tâches¹⁵⁵. Or, comme le rappelle la Cour des Comptes, la cible de 2 000 IPA formées ou en formation d'ici 2022 n'a pas été atteinte : en 2021, 581 IPA étaient diplômés et 1 366 en formation¹⁵⁶. Comme la mission, la Cour constate que les réticences des médecins sont un frein au déploiement de la pratique avancée : *« lorsque des IPA sont installés en ville, les médecins refusent trop souvent d'orienter vers eux des patients dont la situation relève des compétences de ces professionnels paramédicaux, par méconnaissance ou par crainte de concurrence, alors que, jusqu'à la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 d'amélioration de l'accès aux soins par la confiance dans les professionnels de santé et uniquement pour les IPA exerçant en structure coordonnée, les patients ne pouvaient y accéder directement (...) »*. La Cour relève qu'en centre de santé la fonction IPA n'est guère plus attrayante avec un exercice professionnel et un intérêt financier qui n'est pas en rapport avec l'effort de formation consenti¹⁵⁷.

Les centres de santé devraient être rompus à l'exercice pluriprofessionnel, d'autant que la « surprécarité » de la patientèle se prête à une prise en charge collégiale. Vis-à-vis des IPA, comme des IDE, une partie des médecins, hors de tout effet générationnel, rejoint les positions hostiles des syndicats et ne sont pas favorables au partage des tâches, organisé sous la responsabilité du médecin. L'IRDES souligne ainsi qu'*« au-delà du rôle joué par la démographie médicale sur le territoire, la diversité des situations rencontrées dépend notamment de la volonté des médecins de développer ou non une coopération interprofessionnelle, de la proximité sociale entre les médecins et les infirmières concernés, et du type d'autonomie que recherchent ces dernières »*¹⁵⁸. Le développement d'une coopération entre professionnels, allant au-delà de la coordination, suppose, au sein des organisations concernées, de créer une « culture commune » autour du projet de santé permettant de tisser le lien de confiance nécessaire à la délégation des tâches.

Par ailleurs très peu d'IPA sont présentes en centre pluriprofessionnel : en 2022, 92 % des CDS pluriprofessionnels n'en comptaient aucune¹⁵⁹. Dans les centres où elles sont présentes, nos interlocuteurs rapportent que la mise en place d'une nouvelle organisation de travail entre médecins et IPA et de la montée en charge de la file active IPA, constituée des patients les plus complexes, s'étale sur plusieurs mois du fait des hésitations des praticiens.

¹⁵⁵ Sources : « *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* », rapport n°2021-051R, établi par Dr Nicole Bohic, Agnès Josselin, Anne Caroline Sandeau-Gruber, Hamid Siahmed, avec la contribution de Christine d'Autume, novembre 2021, suivi par le rapport « *Concertation sur la pratique avancée infirmière* », rapport IGAS N° 2022-010R/IGESR, établi par Jean Dubeaupuis, Patrice Blémont, août 2022.

¹⁵⁶ Source : « *Les infirmiers en pratique avancée : une évolution nécessaire, des freins puissants à lever* », audit flash, Cour des Comptes, juillet 2023.

¹⁵⁷ *ibidem*.

¹⁵⁸ Source : « *Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires : la construction difficile d'une profession à l'exercice fragile* », QES n°277, avril 2023 <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/277-infirmiere-en-pratique-avancee-ipa-en-soins-primaires.pdf>

¹⁵⁹ Source : annexe 4 relative à la présentation de l'accord national des centres de santé et analyse de la rémunération spécifique issue de l'accord (2018-2022).

4 Vingt pistes pour inciter à une prise en charge coordonnée et à une augmentation de la file active des patients

4.1 Muscler l'accompagnement des gestionnaires / porteurs de projets, et des professionnels de santé

Face à la complexité croissante du modèle de rémunération des centres de santé et à défaut de simplification, un accompagnement méthodologique, technique et un renforcement du suivi de centres paraît souhaitable et devrait être assuré par les autorités sanitaires et les caisses de l'Assurance maladie pour permettre la montée en compétences des gestionnaires de ces centres – y compris des collectivités et des établissements de santé.

Ceci suppose probablement qu'au sein des ARS comme des caisses primaires de l'Assurance maladie, des interlocuteurs experts, formés à ce modèle de rémunération et de gestion spécifique, soient identifiés : les centres de santé ne représentant qu'une petite part de l'offre de soins primaires, les ressources humaines qui y sont consacrés sont d'autant moins importantes que l'investissement nécessaire à l'accomplissement d'une telle tâche d'expertise (ardue) peut paraître disproportionné. L'un des interlocuteurs de la mission, en ARS, expliquait par exemple que les coordonnées de l'interlocuteur à joindre en cas de besoin d'aide pour renseigner la base e-CDS n'étaient à dessein pas à jour afin de se prémunir d'un afflux de demandes de la part des gestionnaires.

Le modèle de rémunération, et en particulier la structuration des recettes, est particulièrement compliqué à appréhender : la mission a pu constater que même les gestionnaires expérimentés méconnaissaient l'existence de certains dispositifs (aides démographiques...). Les rapports précédents (IGAS, ANAP, notamment) avaient déjà souligné les faiblesses du pilotage de la gestion des centres. Ce constat demeure d'actualité, nonobstant un ratio de personnel administratif conséquent (37 % des ETP).

Le renforcement du pilotage de la gestion des centres de santé nécessite de la part des gestionnaires de vérifier que toutes les sources de financement possibles ont bien été activées (dont la subvention Teulade), le cas échéant en prenant connaissance des rapports établis à ce sujet¹⁶⁰, et de s'assurer :

- de la correspondance entre les données « médecin traitant » de leur système d'information et celles connues de l'Assurance maladie ;
- du bon fonctionnement d'Ameli Pro (ouverture des droits pour tous les praticiens auprès de la caisse primaire, sensibilisation des médecins à son utilisation...) ;
- de l'optimisation des opérations de liquidation/facturation, pour augmenter le nombre de feuilles de soins électroniques sécurisées (flux non dégradés) et réduire les taux de rejets (recours au téléservice ADRI pour vérifier l'ouverture des droits des patients...).

¹⁶⁰ Rapports IGAS, COACTIS, ANAP, notamment, cités dans l'annexe 7 relative à l'optimisation des recettes.

Recommandation n°1 Pour les gestionnaires des centres de santé, actionner l'ensemble des pistes d'optimisation des recettes (subvention Teulade, facturation, vérification de la prise en compte des télédéclarations MT...)

4.1.1 Conforter l'ARS dans son rôle de structuration de l'offre de soins de premier recours

Les autorités sanitaires ont un rôle à jouer non seulement pour vérifier le respect par les centres des dispositions législatives et réglementaires concernant leurs conditions de création et de fonctionnement, mais également pour réguler et structurer l'offre de soins primaires sur le territoire¹⁶¹.

Depuis près de deux décennies, la politique menée en faveur du développement de l'exercice pluridisciplinaire, confortée par la stratégie nationale de santé en 2018, a fait du soutien aux structures d'exercice coordonné (SEC) une priorité, et plus particulièrement du développement des maisons de santé pluriprofessionnelles créées en 2007. Cet objectif de déploiement a été décliné dans les projets régionaux de santé des agences régionales de santé, qui se sont appuyées sur le FIR pour soutenir les porteurs de projet - même si, au final, le montant des aides des ARS est marginal dans le budget des centres (cf. graphique infra) : les maisons de santé ont été priorisées, doublant en nombre entre 2017 et 2022, tandis que les centres ont connu un essor moindre. Ces derniers demeurent des structures d'exercice coordonné de second plan, dont la réputation de fragilité économique n'a pas favorisé le soutien des autorités sanitaires, malgré un net infléchissement des aides à partir de 2022, à la faveur d'une accélération de leurs implantations¹⁶².

Plusieurs ARS ont infléchi récemment leur stratégie en vue de renforcer l'accompagnement financier et en ingénierie des centres de santé, afin de les mettre au niveau de celui mis en place pour les maisons de santé (notamment ARS des Hauts de France). Par exemple, l'ARS Occitanie renforce son aide au démarrage et l'ARS Nouvelle Aquitaine appuie la démarche de co-construction avec les établissements de santé et les collectivités territoriales.

Recommandation n°2 Développer l'offre d'accompagnement et d'expertise financière des centres de santé par les ARS

Sous réserve de sa mise à jour par les ARS¹⁶³, la mission souligne la richesse des données contenues dans la base e-CDS, méconnue et inexploitée par l'ensemble de ses interlocuteurs : des travaux pourraient être menés pour améliorer son contenu (ex. simplifier l'onglet « autres sources de financement », introduction de données sur les actes de médecine générale des centres), faciliter son adaptation aux besoins évolutifs de suivi et aux contraintes opérationnelles de gestion des

¹⁶¹ Cf. ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé et plus récemment les modifications des articles L.6323-1-3 et suivants du code de la santé publique portées par la loi n°2023-378 du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé qui renforcent les obligations déclaratives, déontologiques, comptables incombant aux centres de santé ayant une activité de soin dentaire, ophtalmologique ou orthoptique et annexe 5 relative à l'historique, au cadre juridique et de financement des centres de santé pluriprofessionnels.

¹⁶² Cf. annexe 6 relative à la déclinaison territoriale de la politique de développement de l'offre par les ARS.

¹⁶³ Pour les centres, cette saisie est obligatoire pour percevoir la rémunération dite « spécifique » de l'Assurance maladie. Une ARS, en revanche, n'a pas renseigné et validé les données en 2022.

centres et fournir un ensemble d'indicateurs communs relatifs à la situation économique et la gestion des centres à destination des ARS comme des centres qui saisissent leurs données dans la base : par exemple, une évolution pluriannuelle de leur résultats d'exploitation, ou des éléments permettant aux centres de comparer leur performance économique par rapport à la moyenne des autres centres référencés dans la base et de taille comparable (productivité...).

Recommandation n°3 Veiller régulièrement à faciliter la saisie des données de la plateforme e-CDS, à adapter son contenu aux besoins de suivi des centres et l'enrichir d'indicateurs économiques et de gestion pour éclairer les gestionnaires de centres.

Enfin, dans le prolongement du rapport de l'IGAS établi précédemment sur les centres de soins infirmiers, les entretiens réalisés par la mission ont montré que la participation des centres aux communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS) financées par l'Assurance maladie n'est pas toujours bien accueillie, en raison des réticences d'une partie des professionnels libéraux. Il revient aux autorités sanitaires de s'assurer, là où des centres de santé sont présents, qu'ils ont bien été invités à intégrer les CPTS existantes et qu'ils sont éligibles aux crédits attribués aux CPTS, dans les mêmes conditions que les autres participants.

Recommandation n°4 Inciter les CPTS à intégrer les CDS dans les mêmes conditions que les autres offreurs de soins de premier recours (ARS)

4.1.2 Mieux articuler l'action publique avec les collectivités territoriales

Actuellement, à l'instar des acteurs privés, les collectivités territoriales peuvent en théorie créer (et gérer) un ou plusieurs centres de santé, dont la nature juridique s'apparente à celle d'un service public administratif¹⁶⁴, sans autorisation préalable de l'ARS¹⁶⁵, et sans associer à leur démarche les autorités sanitaires pourtant habilitées à vérifier la cohérence du projet au regard de la structuration de l'offre territoriale. Les ARS sollicitées par la mission ont été associées de manière variable à la création, puis au suivi de ces établissements, dont le caractère déficitaire -et le plus souvent durable - de l'exploitation est a posteriori déploré par leurs porteurs¹⁶⁶ – nécessitant le versement d'une subvention d'équilibre assurée sur les fonds publics desdites collectivités.

Les ARS sont les autorités sanitaires chargées de décliner, à l'échelon territorial, les orientations de la politique nationale et de la régulation de l'offre de soins, et en premier lieu de l'offre de soins primaires, en lien avec l'ensemble des acteurs présents sur ce territoire (cf. annexe 5), parmi lesquels les collectivités territoriales et leurs groupements. La mise en œuvre du projet régional de santé (PRS)¹⁶⁷ peut faire l'objet de contrats locaux/territoriaux de santé conclus par l'agence et par les collectivités territoriales, notamment dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou d'accès difficile. Il revient à l'ARS d'articuler l'ensemble des dispositifs conventionnels ou à visée de coordination existants (contrat de ville, projet de CPTS, diagnostic

¹⁶⁴ Cf. annexe 5 sur le cadre juridique des centres de santé, partie 1.

¹⁶⁵ Pour les centres dont l'ouverture n'est pas subordonnée à l'obtention d'un agrément.

¹⁶⁶ Sans toutefois, faute de comptabilité analytique, être clairement chiffré.

¹⁶⁷ Cf. article L. 1434-1 du code de la santé publique.

du conseil territorial de santé, GHT...)¹⁶⁸ pour assurer une couverture territoriale et une coordination de l'offre de soins primaires optimale sur l'ensemble de son territoire.

Tous les territoires de proximité ne sont pas couverts, loin s'en faut, par un contrat local de santé (CLS). Par exemple, en Ile de France, le taux de couverture de la population francilienne par un CLS s'élevait à 56 % en mai 2022. Pour ceux que la mission a pu consulter, leur établissement et leur période d'application ne coïncide le plus souvent pas avec celle du PRS, ce qui peut compliquer leur articulation, y compris avec d'autres outils partenariaux établis ultérieurement.

Pour la mission, sans méconnaître le principe de libre administration des collectivités territoriales, et sans préjudice/en complément des recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport public en 2023¹⁶⁹, il conviendrait de s'appuyer sur la nature complémentaire des compétences des collectivités territoriales et leurs groupements en France en matière de structuration du paysage de soins, pour conditionner le versement d'aides financières des ARS à l'inscription des centres de santé portés par les collectivités dans les outils conventionnels à la main des agences, là où ils existent (contrat local de santé, contrat territorial de santé, projet régional de santé...).

Recommandation n°5 Subordonner l'attribution d'aides financières par les ARS à l'inscription des centres de santé portés par les collectivités territoriales et leurs groupements aux outils conventionnels conclus sur leur territoire.

4.1.3 Pour l'Assurance maladie, offrir les mêmes services d'accompagnement et de télédéclarations aux centres de santé qu'aux professionnels libéraux

4.1.3.1 Mettre en œuvre une démarche systématique d'accompagnement, de suivi et de contrôle des centres

Les centres de santé emploient un faible nombre de professionnels de santé, à l'échelle des territoires des caisses primaires. Dans les caisses primaires, la priorité est accordée aux visites et à l'accompagnement des professionnels libéraux. Aussi, le même ressenti d'un manque d'accompagnement est rapporté par une partie des interlocuteurs de la mission, comme pour les autorités sanitaires, avec toutefois des situations contrastées selon les territoires.

A la différence des professionnels libéraux, qui font depuis de nombreuses années l'objet d'un suivi de leur activité et d'un accompagnement formalisé et personnalisé par les délégués de l'assurance maladie (DAM) et qui reçoivent trimestriellement depuis plus de 20 ans un relevé

¹⁶⁸ Cf. illustrations détaillées en annexe 6

¹⁶⁹ « 1. recentrer l'action de soutien des collectivités locales à l'installation et au maintien des professionnels de santé sur les seuls investissements mobiliers et immobiliers ; 2. programmer et coordonner à l'échelon départemental, par exemple au sein de la commission d'exercice coordonné, en liaison avec les EPCI, la création et l'adaptation des locaux destinés à l'exercice coordonné et partagé des soins ; 3. constituer au sein des conseils territoriaux de santé une commission chargée d'identifier les difficultés concrètes d'accès aux soins (s'agissant des médecins traitants, de la PDSA, des soins non programmés, des visites à domicile, des établissements médico-sociaux, etc.) ; 4. conditionner la possibilité d'intervention financière des communes et EPCI par la signature d'un contrat local de santé, établi à un niveau supra-communal (EPCI notamment) et identifiant entre autres les difficultés d'accès aux soins (à partir d'indicateurs définis au niveau national et départemental) (...) »

individuel d'activité et de prescription (RIAP)¹⁷⁰, ou des profils personnalisés des prescriptions des arrêts de travail (tous les 4 mois), les centres de santé ne faisaient jusqu'en 2023 l'objet d'aucune démarche de suivi institutionnalisé et ne recevaient de la part de l'Assurance maladie aucun retour sur leurs pratiques, même collectives, de prescription – à la différence des praticiens en établissement hospitalier public, pour lesquels un « profil établissement » est établi et communiqué lors de la visite du DAM. Les organisations représentatives des centres de santé ont travaillé avec l'Assurance maladie à l'élaboration d'une fiche présentant un profil patientèle / pathologies, qui soit identique à celui mis en place pour les MSP et à l'ajout d'un profil activité¹⁷¹.

Depuis juin 2022, à la suite de l'avenant n°4 à l'accord national des centres de santé, qui prévoit la mise en œuvre systématique d'une procédure d'accompagnement dans les 6 mois qui suivent la période de démarrage d'un centre, une lettre réseau de la CNAM a instauré un dispositif, qui prévoit deux visites annuelles dans les centres de santé¹⁷² : une première visite entre avril et septembre après réception de la rémunération forfaitaire spécifique, et une seconde visite entre octobre et mars N+1. La rencontre du délégué de l'assurance maladie, éventuellement accompagné par d'autres référents, est collective avec l'équipe du centre – gestionnaires et praticiens, ce qui permet de sensibiliser les praticiens sur l'impact économique de leur pratique (perte financière en cas de non-déclaration de médecin traitant, indicateurs ROSP...).

Ce dispositif d'accompagnement de l'Assurance maladie s'intègre dans la stratégie du déploiement de l'exercice coordonné pluri professionnel pilotée par les binômes « ROC »¹⁷³ et mises à place pour les MSP associant un référent des organisations coordonnées et un coordonnateur de l'organisation coordonnée pluriprofessionnelle, pour articuler les interventions des experts ressources terrain (délégués assurance maladie, référents conventionnels pour les professionnels de santé (PS), délégués numériques santé, chargés de prévention indicateurs/ROSP) susceptibles d'intervenir notamment lors de ces visites¹⁷⁴.

Parmi les interlocuteurs de la mission, seule une minorité a déclaré avoir bénéficié d'une visite depuis mai 2023. D'après l'Assurance maladie, environ 450 visites avaient été réalisées à la date de la mission (sur l'ensemble des centres de santé).

De telles visites devraient également être l'occasion pour les délégués de faire un retour sur l'activité globale du centre et d'informer les centres de la possibilité pour les caisses primaires de requalifier la catégorie du centre de santé au sens de l'accord national des centres de santé, le cas échéant en cas de divergence entre la spécialité déclarée et l'activité constatée – en effet, la mission a constaté qu'un certain nombre de centres sont référencés, dans e-CDS, pour la détermination de leur rémunération forfaitaire notamment, dans une catégorie de centre qui ne correspond pas à la réalité.

¹⁷⁰ Le RIAP est un ensemble d'indicateurs portant sur le volume d'activité, le volume de prescriptions et la patientèle du médecin généraliste produit par la Caisse nationale d'assurance maladie, qui présente des statistiques régionales permettant de situer l'activité du praticien par rapport à celle de ses confrères.

¹⁷¹ https://www.fnccs.org/sites/default/files/AM_Exemple_Profil_activite_CDS.PDF

¹⁷² Source : LR-DDGOS-54/2022 « Accompagnement des centres de santé - Mise en œuvre de l'avenant 4 à l'accord national des Centres de santé ».

¹⁷³ ROC : Référent des organisations coordonnées.

¹⁷⁴ Source : webinaire CNAM 30/03/2023.

4.1.3.2 Suivre l'activité des professionnels de santé de manière individuelle et les doter des mêmes outils de suivi de leur activité que les professionnels libéraux

La remise du profil statistique du centre, tel qu'il est construit, ne permet toujours pas, pour un médecin salarié dans un centre, et contrairement aux professionnels de santé libéraux, d'avoir une vision individuelle de son profil d'activité et de prescription, pour pouvoir se positionner, par exemple, par rapport aux pratiques des praticiens présentant des caractéristiques identiques (cas du RIAP). En effet, les données individuelles de prescriptions ne sont pas « véhiculées » dans les flux de télétransmissions des feuilles de soin électronique (FSE).

D'après l'Assurance maladie, des travaux sur le système d'information sont en cours et devraient aboutir au premier trimestre 2025 pour pouvoir obtenir et exploiter le numéro RPPS du professionnel de santé prescrivant en centre de santé, ce qui permettra d'individualiser les pratiques d'actes et de prescriptions, les files actives par médecin mais également les indicateurs ROSP, qui sont actuellement globalisés au niveau du centre. De telles données sont essentielles à la fois pour inciter aux bonnes pratiques et motiver les PS, comme pour prévenir et détecter les éventuelles pratiques déviantes : actuellement, elles passent inaperçues, a fortiori dans les centres de grande taille.

S'agissant des pratiques de cotation, l'individualisation des données des praticiens pourrait permettre d'identifier les praticiens les moins familiers avec la NGAP (exemple du supplément « soins non programmés » de 15 €, sous utilisé¹⁷⁵), et donc de délivrer des conseils individualisés.

Recommandation n°6 Prioriser et faire aboutir les travaux de développement permettant d'individualiser la remontée des données des PS exerçant dans les centres de santé (Assurance maladie)

L'accompagnement de la CPAM tant sur les pratiques de cotation qu'en vue d'optimiser les flux de facturation sécurisés et de minimiser les taux de rejet ressort également comme étant perfectible pour plusieurs des interlocuteurs de la mission, qui constatent, notamment au démarrage de leur activité, que cette absence d'accompagnement s'est traduite par des pertes de recettes parfois conséquentes. Cet exemple illustre la nécessité pour les gestionnaires des centres de mener des travaux de sécurisation des flux de facturation, conjointement avec les conseillers informatiques des caisses primaires locales, qui proposent une assistance informatique au démarrage et des conseils d'ordre technique aux professionnels libéraux¹⁷⁶.

Recommandation n°7 Effectuer les premières visites d'accompagnement avec les délégués numériques en santé pour sensibiliser les équipes des centres et fiabiliser les procédures de facturation

Enfin, les téléservices Ameli Pro n'ont été ouverts aux PS exerçant en centre que depuis peu¹⁷⁷, contrairement aux PS libéraux qui en disposent depuis une décennie. Peu y ont accès : en 2023, le nombre de médecins salariés en CDS par mois se connectant à Ameli Pro s'établit en 2023 en

¹⁷⁵ Cf. annexe 7 relative à l'optimisation de quelques leviers de recettes.

¹⁷⁶ Source : site Ameli, professionnels libéraux (laboratoires).

¹⁷⁷ Les premiers travaux d'après la FNCS datent de 2019. Cf. annexe 7

moyenne mensuelle à 844 praticiens pour 37 139 connexions mensuelles, soit 44 connexions à Ameli Pro par praticien par mois en moyenne¹⁷⁸.

En effet seule une opération manuelle effectuée en CPAM rend possible l'accès aux services pour un médecin salarié : il revient aux gestionnaires des centres d'effectuer cette demande d'accès. D'après une caisse primaire, une « liste blanche » est établie pour identifier et vérifier les médecins exerçant en centre de santé avant que le conseiller informatique de la caisse puisse ouvrir des droits. L'Assurance maladie prévoit, en 2024, d'automatiser les accès sans opération manuelle y compris dans les changements de situation.

Une telle automatisation est d'autant plus importante que la déclaration de médecin traitant s'effectue encore majoritairement par voie papier, ce qui génère des pertes d'information, des délais et des erreurs de saisie, et finalement des écarts de données entre les systèmes d'information des centres et celui de l'Assurance maladie, encore non résolus à ce jour. Nombre de centres ont rapporté à la mission des discordances de données entre le nombre de patients « médecin traitant » référencés dans leur base de données et la base de données de l'Assurance maladie, sans que, pour ceux qui ont entamé des travaux de recherche avec les caisses primaires, le différentiel ne soit encore pleinement expliqué¹⁷⁹. Ces constats sont corroborés par l'analyse des données de la mission dans e-CDS, qui mettent en évidence une faiblesse étonnante du nombre de patients ayant déclaré leur centre comme « médecins traitants », comparativement aux chiffres établis pour les médecins libéraux (cf. supra). Depuis plusieurs années, ces dysfonctionnements pourraient représenter un manque à gagner conséquent sur les recettes pour les centres de santé (forfait patientèle médecin traitant), sans qu'il soit possible à ce stade de le chiffrer.

Aussi, indépendamment de la responsabilité des gestionnaires des centres de s'assurer de la rémunération des forfaits à la hauteur du nombre de patient MT déclarés, la mission recommande à l'Assurance maladie de s'assurer du bon fonctionnement de la procédure de déclaration « médecin traitant » pour les centres de santé.

Recommandation n°8 Auditer la procédure de déclaration « médecin traitant » dans les centres de santé (Assurance maladie) et remédier au plus vite à ses insuffisances

4.2 Prévenir la désertification médicale des territoires

4.2.1 Permettre d'anticiper les départs des professionnels de santé en informant les autorités sanitaires

Selon la DREES, au 1^{er} janvier 2018, près d'un médecin généraliste sur 10 cumulait emploi et retraite (8,3 %)¹⁸⁰, en moyenne sur une durée de 3 ans et demi, une partie des médecins en activité reculant ou différant leur départ à la retraite, notamment dans les zones très peu denses, là où ils savent que leurs patients rencontreront des difficultés à retrouver un médecin traitant. Ce statut transitoire aide à préserver les patients d'une forme de « déshérence » dans certains territoires.

¹⁷⁸ Calculs mensuels établis sur la période de janvier à novembre 2023.

¹⁷⁹ Cf. annexe relative aux leviers d'optimisation des recettes.

¹⁸⁰ Source : DREES, Etudes et résultats, N°1097, décembre 2018.

Toutefois plusieurs interlocuteurs de la mission ont rapporté aussi des cas de « déplacement sauvage », c'est-à-dire le départ de professionnels sur le territoire, non remplacés et qui n'auraient pas prévenu préalablement leur patientèle de leur départ, entraînant un afflux massif de celle-ci vers les professionnels de santé les plus proches, d'ores et déjà « saturés ». Ces derniers ont fait part de la détresse de ces patients (« cela crée une tension sociale compliquée à gérer, cristallise des grosses tensions à l'accueil, on est obligés de faire barrage ») mais aussi de celle des praticiens poussés à « partir sans le dire parce qu'ils ne peuvent pas supporter humainement et psychologiquement le transfert (...) », surtout lorsqu'ils ont parfois « 5 000 dossiers de patients à imprimer... »¹⁸¹.

La seule obligation légale des médecins, lorsqu'ils cessent leur activité, est d'en informer le conseil départemental de l'Ordre, lequel en informe le conseil national. Les autorités sanitaires (ARS) n'en sont pas informées. Pour la mission, même si les marges de manœuvre de l'ARS pour trouver un successeur sont limitées, il paraît important que l'agence soit informée en amont de ce départ pour trouver des solutions, à défaut d'être pérennes, du moins transitoires, pour les territoires en situation de tension démographique (télécabines, médibus...).

Une proposition de loi a été portée en octobre 2023 par le Sénat, qui proposait de créer une obligation d'information pour les professionnels de santé.¹⁸² Dans le cas d'un départ à la retraite, la mission, pour sa part, propose qu'une telle information puisse être communiquée aux ARS par la Caisse autonome des médecins de France (CARMF), lorsqu'un praticien libéral dépose sa demande de retraite (généralement entre trois et cinq mois avant son départ effectif) : un tel échange de données devrait respecter les dispositions du RGPD et notamment nécessiterait le recueil du consentement du praticien concerné.

Recommandation n°9 Etudier la faisabilité d'une procédure d'information des départs à la retraite des professionnels de santé, trois mois avant la date prévue, entre la CARMF et les autorités sanitaires.

4.2.2 Aider les centres à s'installer en territoire déserté et à accueillir les populations vulnérables

La France est, à l'instar des pays voisins et de la plupart des pays développés¹⁸³, confrontée à une pénurie de médecins dans certains territoires, notamment les plus économiquement défavorisés. La DREES souligne que la plupart des leviers disponibles ont été utilisés (encadré ci-dessous), dans des proportions variables, et que les incitations financières ont des effets plutôt décevants à la lecture de la littérature internationale - tout comme la DGTPE ou l'OCDE¹⁸⁴.

¹⁸¹ Propos issus des entretiens.

¹⁸² Article 2 octies de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, rapport n°48 (2023-2024), déposé le 18 octobre 2023, Commission des affaires sociales, Sénat.

¹⁸³ Source : OCDE en annexe 2.

¹⁸⁴ Source : Trésor-éco, n°247, octobre 2019. Cf annexe 4, §1.4.

Quelles sont les politiques d'amélioration de la répartition de l'offre de soins et leurs résultats au vu des expériences internationales ?

L'analyse de l'expérience internationale permet de dégager quatre grands registres d'intervention pour attirer et garder des médecins dans les zones mal pourvues : les incitations financières, la formation initiale, la régulation (contraintes sur le choix de localisation) et le soutien professionnel et personnel :

- Les incitations financières, largement mises en œuvre, ont plutôt des résultats décevants (...)
- La formation initiale, un levier puissant, mais à long terme (...)
- La régulation de l'installation : une distribution plus équilibrée qui n'évite cependant pas les pénuries locales (...)

D'autres actions de soutien sont mises en place mais peu sont évaluées :

- l'organisation et le financement de remplacements pour permettre aux praticiens de s'absenter ;
- des facilités pour la formation, le développement professionnel continu et l'acquisition de compétences nouvelles (compensation de la perte de revenu, prise en charge de frais de transport) ;
- un aménagement des conditions de travail pour les médecins seniors, par exemple avec une réduction ou une suppression des gardes et astreintes ;
- des stratégies de soutien et des interventions ponctuelles pour améliorer la santé et le bien-être psychologique des médecins ruraux. (...)

En France, de nombreuses incitations sont déjà mises en œuvre, mais quelques améliorations sont suggérées par l'analyse de la littérature internationale :

- l'origine territoriale et sociale des étudiants en médecine pourrait être plus diversifiée (...),
- délocaliser les campus (...).
- l'effort pour proposer des conditions de vie et de travail épanouissantes pourrait être accru : la politique de promotion des structures d'exercice collectif mise en place en France depuis une dizaine d'années est un pilier majeur de la stratégie d'attractivité des territoires. L'expérience montre cependant que, s'il est facile de rejoindre une équipe déjà existante, la création d'une structure reste compliquée. L'accompagnement des professionnels sur le terrain, par des mesures de soutien visant à améliorer leur cadre de vie et de travail, pourrait certainement être encore développé.

Source : *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques > Les Dossiers de la DREES n° 89 > décembre 2021*

Dans son rapport de propositions pour 2024, l'Assurance maladie propose plusieurs mesures de simplification et d'incitation afin d'encourager les installations de médecins dans les zones sous denses, qui n'ont pas été reprises, faute d'accord en 2022 lors des négociations conventionnelles avec les organisations syndicales représentatives des médecins libéraux (encadré ci-dessous).

Extrait du rapport « Propositions de l'Assurance maladie pour 2024 »

- Engagement des partenaires conventionnels à travailler avec le Ministère et les agences régionales de santé (ARS) pour avoir des zonages médicaux plus réguliers et ainsi répondre plus rapidement aux besoins des territoires.
- Fin du caractère contractuel des aides démographiques pour proposer des aides moins complexes et dont le versement serait automatisé. Ainsi, les médecins n'auraient plus besoin de s'engager à travers des contrats afin de faciliter les démarches administratives, la plupart des mesures seraient versées automatiquement aux praticiens via des majorations spécifiques du « forfait patientèle médecin traitant (FPMT) (...)
- Favoriser le déplacement des professionnels de santé vers les zones sous-denses : L'Assurance Maladie souhaite rendre le dispositif de « consultations avancées » des médecins encore plus attractif et simple pour les médecins spécialistes en prévoyant une rémunération forfaitaire pour chaque demi-journée de consultations avancées réalisée en ZIP ou en ZAC, sous réserve que le praticien réalise des soins à tarif opposable (...).

Source : *Assurance maladie, juillet 2023*

S'agissant des aides financières, l'Assurance maladie tire le bilan mitigé des contrats démographiques établi dans son rapport de l'année précédente. Le même constat vaut pour les centres de santé : peu mobilisés, ils s'avèrent méconnus par une partie des professionnels que la mission a rencontrés. Les données communiquées par l'Assurance maladie, pour les CDS médicaux et polyvalents font état d'une douzaine de contrats seulement signés en 2022, tous types de contrats confondus (Contrat d'aide à l'installation CAI, Contrat de stabilisation et de coordination COSCO, Contrat de solidarité territoriale CST)¹⁸⁵.

Toute mesure de simplification pour simplifier et automatiser le versement de ces aides démographiques aux centres qui y sont éligibles, c'est-à-dire situés dans des zones économiquement défavorisées, serait la bienvenue, de même que pour le versement de la subvention Teulade, dont le versement est conditionné au renouvellement trimestriel de la demande de remboursement¹⁸⁶.

Les contrats démographiques proposent aux professionnels des aides financières plus avantageuses lorsqu'ils s'installent en libéral par rapport à un centre de santé (mesure de dégressivité appliquée par ETP de médecin, absence de rémunération de tutorat, dispositif de modulation moins avantageux, cf. annexe 4). La mission estime souhaitable de prendre une mesure de rattrapage.

Par ailleurs, il a plusieurs fois été évoqué dans les entretiens de la mission que l'installation d'un centre de santé en zone sous dense entraîne, les premiers mois, un « effet de déstockage », une « ruée des patients » sur le centre qui submerge les professionnels nouvellement installés, d'autant que la durée des premières consultations est le plus souvent allongée. Une majoration de l'aide démographique, les premiers mois, pour compenser les pertes de recettes liées aux durées plus longues des premières consultations et subventionner le cas échéant le recrutement de personnel temporaire supplémentaire pour absorber le flux des nouveaux patients devrait être envisagé.

Recommandation n°10 Offrir aux centres de santé des aides démographiques au même niveau que celles des professionnels libéraux, le cas échéant en la majorant, les premiers mois qui suivent l'installation en zone sous dense économiquement défavorisées et automatiser leur versement, ainsi que pour la subvention Teulade

Les accords conventionnels interprofessionnels prévoient que la rémunération forfaitaire des professionnels de santé adhérents, quel que soit leur mode d'exercice (libéral, salarié), peut être majorée en fonction du taux de « surprécarité » sociale¹⁸⁷ de leur patientèle par rapport à la moyenne nationale.

40 % des CDS pluriprofessionnels (ou de leurs regroupements autorisés par la CNAM¹⁸⁸) ont un taux de surprécarité supérieur à 11 % (graphique ci-dessous). D'après les interlocuteurs de la

¹⁸⁵ Cf. annexe 4.

¹⁸⁶ Près d'un quart des centres pluriprofessionnels n'ont pas perçu la subvention Teulade en 2022 cf. annexes 1 et 7.

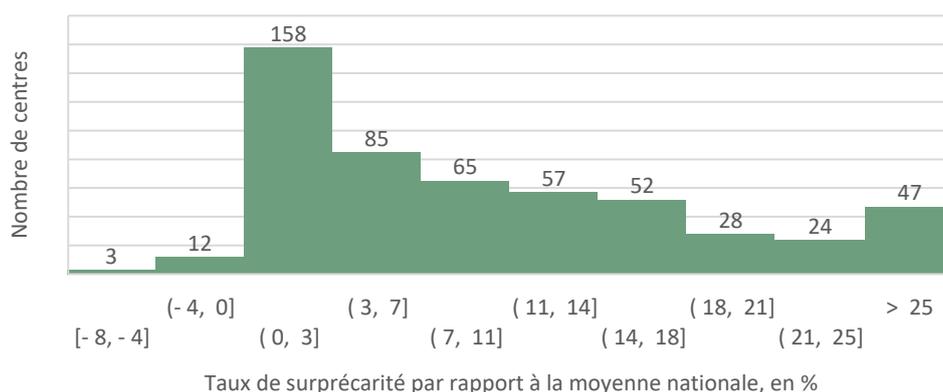
¹⁸⁷ Appréciée par le taux patientèle C2S et AME (Cf. la partie 1)..

¹⁸⁸ Pour la détermination de la rémunération forfaitaire spécifique issue de l'accord national des centres de santé, la CNAM autorise certains CDS étroitement liés sur un même territoire à être considérés de manière regroupée.

mission, la durée d'une consultation, pour les patientèles les plus précaires, peut doubler (polyopathologies, temps d'explication, gravité en raison du non-recours aux soins, non maîtrise de la langue française, situation sociale précaire...)¹⁸⁹.

Un bonus pourrait être attribué pour les centres qui accueillent et prennent en charge, dans une proportion importante, une patientèle socialement « surprécaire », avec un renforcement de bonus pour les centres situés dans un quartier prioritaire de la politique de la ville.

Graphique 18 : Répartition des CDS pluriprofessionnels par décile en fonction du taux de surprécarité, 2022



Source : Mission à partir des données CNAM – population des CDS pluriprofessionnels totale = 531

Recommandation n°11 Etudier la mise en place d'un double bonus pour les professionnels de santé s'installant en territoire sous dense dont la patientèle se caractérise une forte proportion de patientèle socialement précaire, avec une majoration de ce bonus pour ceux d'entre eux situés dans un quartier QPV.

Plusieurs interlocuteurs de la mission ont rapporté en outre un « effet de délestage » des professionnels libéraux de cette patientèle jugée « compliquée » vers les centres de santé, à la fois pour des questions de productivité, mais également pour se prémunir du risque d'incivilités ou d'agressions : « Face au désespoir des gens [parce qu'on ne peut pas les recevoir tous en urgence], on a mis en place des moyens de sécurité (...). Ce sont des réactions d'incompréhension, de l'agressivité verbale, qui prend la forme de menaces... on a formé le personnel d'accueil à la gestion des conflits (...). On a embauché un maître-chien deux fois en deux ans. »¹⁹⁰

L'accord national des centres de santé prévoit une rémunération spécifique pour l'emploi d'un médiateur (à laquelle il est peu recouru) : il pourrait également prévoir une rémunération spécifique pour l'emploi d'un agent de sécurité ou l'installation d'équipements visant à améliorer la sécurité des personnels et des patients (ont été cités, par exemple : visiophone, alarme individuelle, pose de films sur les portes ou les vitres...).

¹⁸⁹ Cf. pour une présentation détaillée du calcul du taux de surprécarité, voir annexe 4.

¹⁹⁰ Propos extrait des entretiens.

Recommandation n°12 Etudier la mise en place d'une rémunération spécifique visant à sécuriser les locaux du centre et des professionnels de santé s'installant en QPV et en « quartier vécu » afin de prévenir les atteintes aux personnes et aux biens, en particulier dans les centres et pour les professionnels de santé accueillant un fort taux de population surpeuplée.

4.2.3 La mise en place d'un statut spécifique pour les médecins généralistes employés par des collectivités n'est pas recommandée par la mission

Tous les centres, quel que soit leur statut, sont confrontés à des difficultés de recrutement de praticiens. Ces difficultés sont plus ou moins fortes selon les territoires. Pour les médecins généralistes, de nombreux motifs jouent dans le choix de leur mode d'exercice et de leur lieu d'installation : en premier lieu sont cités les motifs en lien avec l'environnement et à la qualité de vie, aux possibilités de concilier vie familiale/vie professionnelle (qualité des établissements scolaires pour leurs enfants, perspectives professionnelles pour le/la conjoint, proximité familiale...) et en second lieu les motifs professionnels (revenus, horaires de travail, développement de l'offre de soins (notamment secondaire) dans le secteur, possibilités de travail en équipe, qualité des équipements...)¹⁹¹.

Pour certains interlocuteurs de la mission, l'absence de statut spécifique dans la fonction publique territoriale limiterait de manière dommageable l'attractivité des centres de santé gérés par une collectivité territoriale ou un groupement pour les médecins généralistes. La revendication d'un statut commun de médecins salariés non hospitaliers a été rapportée par l'Union confédérale des médecins salariés (UCMSF).

Dans la fonction publique territoriale, il existe d'ores et déjà un cadre d'emploi pour les médecins territoriaux, qui ont vocation à diriger les services communaux d'hygiène et de santé, les services départementaux de protection maternelle et infantile, de l'aide sociale et de santé publique. Ces derniers participent à la conception et à la mise en œuvre de la politique de la collectivité en matière de santé publique et sont chargés des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé¹⁹². Ils peuvent également exercer la direction des laboratoires d'analyses médicales et des centres d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées.

Leurs fonctions ne correspondent pas à celles exercées par les médecins généralistes, qui réalisent des consultations médicales en centres de santé, et qui sont actuellement recrutés par voie contractuelle¹⁹³. Les dispositions du décret n°88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale (FPT) leur sont applicables, ce qui donne beaucoup de souplesse au contenu des contrats de travail, s'agissant en particulier des conditions de rémunérations (indemnités, avantages en nature...), ou d'organisation de la durée du travail. Le plus souvent, les collectivités interrogées ont déclaré inscrire cette rémunération en cohérence avec celle attribuée aux praticiens hospitaliers (toute relative puisqu'ils surclassent les praticiens

¹⁹¹ Cf. DREES, Etudes et Résultats n°1140, « difficultés et adaptation des médecins généralistes à l'offre de soins locale », janvier 2020

¹⁹² Cf. Article 2 du décret n° 92-851 du 28 août 1992 modifié et note établie par la DGCL pour la mission IGAS.

¹⁹³ Recrutement sur le fondement du 1° de l'article 3-3 de la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale jusqu'au 1^{er} mars 2022 codifié par ordonnance à l'article L.332-8 du code général de la fonction publique à partir du 1/3/2022.

dans la grille), dont la grille indiciaire est par ailleurs réputée plus avantageuse que la grille de rémunération des médecins territoriaux.

La durée du contrat de ces praticiens est de trois ans maximum, reconductible une fois, avant que la reconduction ne soit possible sous la forme d'un contrat à durée indéterminée¹⁹⁴. Le recours à des contrats à durée déterminée, pendant 6 années, pour exercer un emploi permanent rendrait l'exercice en centre de santé territorial plus précaire, et moins attractif, d'après certains interlocuteurs de la mission. La mission note toutefois que cette appréciation peut être discutée, dans un contexte de pénurie médicale et de tension sur les salaires, puisqu'il permet aux médecins contractuels de panacher les lieux et les modes d'exercice, comme en atteste l'importance du temps partiel choisi.

Pour la mission, la création d'un statut commun avec celui des médecins territoriaux, ne devrait pas être envisagé : les missions dévolues aux médecins territoriaux et aux médecins généralistes sont pour partie différentes et n'induisent pas les mêmes responsabilités.

S'agissant de la création d'un statut spécifique dans la fonction publique territoriale pour les médecins généralistes salariés de centres de santé gérés par des collectivités, la mise en œuvre d'un tel statut pourrait, dans un contexte de tension sur les ressources médicales, accroître de manière dommageable la concurrence actuellement observée entre les centres de santé pour le recrutement de professionnels de santé (et alimenter ainsi une spirale salariale inflationniste) :

- les collectivités sont libres de négocier avec les praticiens le niveau indiciaire de base dans la grille de la FPH et recrutent rarement un praticien, même débutant, au niveau prévu. Rigidifier le cadre d'emploi, sauf à attribuer un cadre d'emploi plus favorable que celui des praticiens hospitaliers, entraînerait un effet d'éviction ;
- créer un cadre d'emploi équivalent à celui des praticiens hospitaliers, avec des indices supérieurs en entrée de grille à ceux des praticiens hospitaliers viendrait non seulement alimenter des revendications salariales des médecins territoriaux, mais également celles des praticiens hospitaliers, indépendamment même du signal envoyé aux médecins salariés de droit privé ;
- créer un cadre d'emploi uniquement réservé aux médecins généralistes, et non aux autres professionnels de santé exerçant dans les centres, reviendrait à privilégier la reconnaissance d'une catégorie de professionnels de santé, quand c'est la performance collective de l'équipe pluriprofessionnelle qui est recherchée et qu'il convient de valoriser ;
- toute hausse excessive de rémunération des praticiens viendrait fragiliser davantage le modèle économique des centres de santé, toutes choses égales par ailleurs.

En outre, nombre de médecins rencontrés par la mission sont attachés à conserver une part variable dans leur rémunération : si les cadres d'emploi de la fonction publique prévoient bien la possibilité de mettre en œuvre des régimes indemnitaires tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel (RIFSEEP) et de verser des primes d'intéressement, leur mise en œuvre est plus complexe et concerne une part réduite de la rémunération totale. La Cour des comptes dans son rapport public annuel de 2023 considérait

¹⁹⁴ Article L. 332-9 du code de la fonction publique.

pour sa part nécessaire de « clarifier, pour les collectivités gérant un centre de santé ou déléguant cette gestion à un opérateur sans but lucratif, la possibilité juridique de proposer aux médecins une rémunération partiellement assise sur l'activité »¹⁹⁵.

4.3 Responsabiliser les patients : trouver un équilibre entre les droits et les devoirs des patients

4.3.1 La prise en charge, partielle ou totale, par l'assurance maladie du coût de gestion administrative par les centres du tiers payant « intégral » ne paraît pas souhaitable

En Allemagne, le principe du tiers payant dispense le patient d'avancer les frais de santé remboursés par l'Assurance maladie. Pour les centres de santé, le tiers payant est obligatoire pour la partie des frais devant être remboursée par l'assurance maladie et il est très fréquemment pratiqué par les centres pour la partie devant être remboursée par les assurances complémentaire (bien que facultatif) D'après les centres qui pratiquent le tiers payant « intégral », la gestion des remboursements par les organismes complémentaires s'avère particulièrement coûteuse en charge administrative et en trésorerie.

Plusieurs pays européens ont choisi de maintenir pour les patients un « reste à charge » plus substantiel qu'en Allemagne (via des mécanismes de ticket modérateur, copaiement, franchise ou tarif de responsabilité) dans le but de « responsabiliser » les patients¹⁹⁶ : c'est notamment le cas de la Suède où « le principe qui prévaut est celui du bouclier sanitaire, à savoir une participation extrêmement limitée du patient avec une prise en charge intégrale au-delà d'un certain seuil, lequel s'élève aujourd'hui autour de 1 150 couronnes ou 120 euros par an. Un autre plafond s'applique pour certains médicaments, à hauteur de 2 350 couronnes. À l'hôpital, un plafond journalier est fixé à 100 couronnes (moins de dix euros) »¹⁹⁷.

Il n'est pas de la responsabilité de l'assurance maladie obligatoire de prendre en charge le coût administratif de la gestion de l'assurance maladie complémentaire. La mission écarte à ce stade la piste consistant à faire prendre en charge par l'Assurance maladie tout ou partie des frais administratifs liés à la gestion du tiers payant intégral : d'une part parce que ce coût n'a pu être précisément chiffré, ni par la mission ni par ses interlocuteurs,¹⁹⁸ mais aussi parce que ce choix d'offrir le tiers payant intégral relève de la responsabilité des gestionnaires que rien n'empêche, en cas de difficultés financières, de revenir sur leur décision initiale.

¹⁹⁵ Source : Rapport public annuel de la Cour des comptes, mars 2023.

¹⁹⁶ Voir à cet égard « Le reste à charge : définitions et comparaisons », ADSP n°102, mars 2018.

¹⁹⁷ Cf. annexe 2.

¹⁹⁸ Les derniers travaux à ce sujet datant de plusieurs années.

4.3.2 Donner aux professionnels la possibilité de sanctionner les patients indécents, n'honorant pas leur rendez-vous, sans justification et de manière répétée

Il ressort des entretiens de la mission que le taux de rendez-vous non honoré, non excusé s'établit, dans la plupart des centres rencontrés, entre 13 et 14 %, soit un taux largement supérieur à celui qui ressort au niveau national pour l'ensemble de la médecine libérale (entre 3,5 % 10 % selon ressources¹⁹⁹), ce qui représente un manque à gagner considérable pour les centres et potentiellement une « perte de chance » pour les patients en attente de rendez-vous

En Allemagne, il est actuellement illégal de réclamer des honoraires au patient pour des actes qui n'ont pas été effectués. Dans d'autres pays européens, les rendez-vous non excusés non honorés peuvent entraîner le versement par le patient d'une indemnité pour compenser la perte de recettes (Allemagne), ou une amende / pénalité (Allemagne, Suède, cf. encadré ci-dessous).

Indemnisation de la structure en cas de « no show » en Italie, Allemagne, Suède

Italie : Introduites par l'article 23 de la loi régionale 2/2016, la sanction pour les citoyens qui manquent un rendez-vous sanitaire réservé et non annulé, ou annulé tardivement, sans produire de justification appropriée, prend la forme d'une amende dont le montant est égal au ticket modérateur prescrit dans la limite du plafond par ordonnance de 36,15 euros, à l'exception de la chirurgie ambulatoire pour laquelle le plafond est de 46,15 euros, auxquels s'ajoutent les frais postaux. Cette sanction s'applique à tous les patients, même ceux qui bénéficient d'une exonération en raison de leurs revenus, d'une pathologie ou d'un handicap.

Suède : Une pénalité d'environ 400 couronnes (34 €) s'applique en cas de rendez-vous non honoré. Une annulation doit se faire au moins 24h à l'avance.

Allemagne : En cas d'annulation d'un rendez-vous à la dernière minute par un patient ou en cas de rendez-vous non honoré (« no show »), aucun remboursement ni aucune indemnisation n'est possible par le biais de l'assurance maladie. En revanche il est courant pour les cabinets médicaux de prévoir dans ce cas une indemnisation et une facturation directe au patient au titre du Code civil, de leurs conditions générales de vente et/ou d'accords signés par le patient, pratique qui fait l'objet d'une activité jurisprudentielle soutenue.

Un amendement au projet de LFSS pour 2024, déposé au Sénat et rejeté lors de son adoption, prévoyait d'instituer une taxe forfaitaire réglée par le patient à la caisse en cas de rendez-vous manqué.

En l'état de la réglementation, et sous réserve d'une analyse juridique plus approfondie, la mission considère que les dispositions de la nomenclature générale des actes qui prévoient les cas de « dépassement exceptionnel » pourraient être le vecteur utilisé par les professionnels de santé qui le souhaitent pour surfacturer les patients indécents (lorsqu'ils se présentent à la consultation suivante) : le texte dispose bien que cette facturation peut intervenir « *en cas de circonstances*

¹⁹⁹ Cf. annexe 7.

exceptionnelles de temps et de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical »²⁰⁰.

Une telle autorisation, visant à donner la possibilité aux professionnels de santé de majorer la consultation suivant celle qui n'aurait pas été honorée, aurait notamment pour avantage d'une certaine souplesse, dès lors que ce dépassement n'aurait pas un caractère systématique et serait apprécié par le centre/professionnel de santé, tant son caractère opportun que son montant, eu égard à la situation du patient (pathologie psychiatrique, patientèle défavorisée, etc.), tout en ayant un caractère dissuasif pour la majorité de la patientèle (affichage des conditions d'accès et de facturation dans la salle d'attente).

Le dépassement coté « DE » autorisé en secteur 1

En France, les centres de santé sont installés en secteur 1, c'est-à-dire qu'ils sont tenus de pratiquer le tiers payant et de ne pas facturer de dépassement²⁰¹, sauf cas exceptionnels : si le patient demande une consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet ou encore pour une visite d'urgence à domicile qui s'avère être un appel de confort (si le médecin estime que le déplacement du patient au cabinet était possible, il peut majorer le montant de ses honoraires). Ce type de situation autorise le professionnel de santé à facturer un dépassement exceptionnel siglé « DE » sur la feuille de soins, payé par le patient et qui ne donne pas lieu à un remboursement pris en charge par l'Assurance maladie. Le code « DE » peut être pratiqué par tous les professionnels de santé dès lors que la consultation sort du cadre habituel et/ou en l'absence de motif médical. Il a été rapporté à la mission le recours à cette cotation par certains professionnels libéraux pour augmenter le montant de leur consultation à la suite de l'échec des négociations conventionnelles en 2023.

Recommandation n°13 Étudier la faisabilité juridique de donner la possibilité aux professionnels de santé de recourir au dépassement exceptionnel « DE » pour compenser la perte de recette (partielle ou totale) lié à un rendez-vous non excusé, non honoré, non remplacé, dans les cas où ils l'estiment opportun

4.4 Favoriser un rapprochement des modèles entre les centres et les maisons de santé

En Allemagne, les centres de soins médicaux (*Medizinische Versorgungszentren*), régis par le droit privé, peuvent être portés par des gestionnaires de statuts différents (médecins libéraux, établissements de santé, collectivités...) et accueillir des modes d'exercices différents (libéral, salarié)²⁰². En France, plusieurs structures d'exercice coordonné coexistent, aux statuts forts différents, et qui ne bénéficient pas toujours des mêmes rémunérations, ou de manière décalée, dès lors que les négociations conventionnelles de l'Assurance maladie avec les centres de santé

²⁰⁰ Article 39 de l'arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 : « *En cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical, le praticien peut facturer un montant supérieur au tarif opposable uniquement pour l'acte principal qu'il a effectué et non pour les frais accessoires* ».

²⁰¹ Article L. 6323-1-7 du code de la santé publique.

²⁰² Cf. annexe sur les comparaisons internationales et article « *Le développement de centres de santé pluridisciplinaires de proximité en Allemagne : les « Medizinische Versorgungszentren* », Claire Imbaud, Paul Garassus, Jean Marie André, François Langevin, Santé publique 2016/5.

se déroulent postérieurement à celles des différentes catégories professionnelles (médecins, infirmières...).

4.4.1 Autoriser l'exercice libéral en centre de santé

Un rapprochement de statut entre les centres de santé et les maisons de santé – qui prennent la forme de SISA²⁰³ - a été opéré depuis la publication le 19 juillet 2023 du décret autorisant le recours au salariat pour les professionnels de santé dans les maisons de santé²⁰⁴. Désormais, la possibilité offerte à un professionnel de santé d'être salarié SISA, comme dans les centres de santé, ouvre de nouvelles perspectives de rapprochement des modèles.

Pour atteindre l'équilibre économique, les centres doivent rentabiliser l'utilisation des locaux et des matériels : plusieurs des interlocuteurs de la mission ont regretté, lorsqu'ils ne parviennent pas à recruter un professionnel de santé salarié, de ne pouvoir sous louer une partie de leurs locaux et de l'utilisation de leurs plateaux techniques aux professionnels libéraux.

Dans les établissements de santé, ou, par exemple, dans les centres habilités à pratiquer les IVG, les professionnels qui y exercent une activité libérale paient une redevance.

Dans certains centres, l'émiettement des plannings de consultation, qui est en partie la conséquence des temps partiels choisis par les praticiens salariés, entraîne une sous-occupation chronique des cabinets et une sous-utilisation des équipements, laquelle pourrait être optimisée, par exemple, par la location d'une plage horaire aux professionnels libéraux, notamment sur des créneaux parfois difficiles à remplir par les centres, en soirée ou les samedis.

L'article L. 6323-1-5 du code de la santé publique fait actuellement obstacle à un tel recrutement (« *les professionnels qui exercent au sein des centres de santé sont salariés* »). La mission considère qu'une telle ouverture est souhaitable et fait partie des mesures permettant un retour sur investissement, que le centre soit porté par un gestionnaire public ou privé.

Recommandation n°14 Ouvrir la possibilité aux professionnels libéraux d'exercer en centre de santé en contrepartie d'une redevance pour l'utilisation des locaux/plateaux techniques

²⁰³ « La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) a été créée en 2011 pour permettre aux structures d'exercice coordonné pluriprofessionnelles [MSP uniquement] de percevoir collectivement des subventions dans un cadre juridique et fiscal sécurisé, visant à rémunérer les activités réalisées en commun par les professionnels de santé y exerçant. » Source : <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa>

²⁰⁴ Décret no 2023-617 du 18 juillet 2023 relatif à l'inscription au tableau des ordres professionnels des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires.

4.4.2 Etudier l'opportunité d'autoriser les centres de santé à passer en secteur 2 / OPTAM

Les centres de santé, à l'instar des maisons de santé, peuvent réaliser, à titre accessoire, des prestations non remboursées par l'Assurance maladie.²⁰⁵ Dans les CDS pluriprofessionnels, la part des recettes tirées de prestations non remboursables par l'Assurance maladie (actes hors nomenclature et recettes non financées par la CNAM) est négligeable et s'établit en moyenne à 3,8 % du montant total des recettes des centres en 2022 (8,2 %, si l'on ajoute le financement issu d'autres sources). Sur 28 centres rencontrés, quatre centres délivraient de telles prestations, qui peuvent consister en des bilans de prévention, des consultations à visée esthétique, ou des pratiques de médecine non conventionnelle.²⁰⁶ L'un des gestionnaires rencontrés a déclaré parvenir à l'équilibre financier uniquement grâce à cet apport : en effet, les centres de santé, qui sont tenus d'exercer en secteur 1, ne peuvent pas pratiquer des dépassements d'honoraires, contrairement aux maisons de santé²⁰⁷. Dans un contexte où l'intérêt général est de développer les prestations de soins de premier recours, plutôt que de favoriser le développement d'activités accessoires pour assurer l'équilibre économique d'une structure, la question d'ouvrir la possibilité de salarier dans les centres de santé des praticiens ayant fait le choix d'exercer en secteur 2 /OPTAM mérite d'être posée²⁰⁸.

Une telle ouverture pourrait inciter des acteurs financiers (groupes privés, banques, fonds de pension...) à investir le secteur économique des soins de premier recours. La perspective d'une « financiarisation »²⁰⁹ du secteur, avec notamment l'arrivée de sociétés de capital investissement, semble en Europe pour le moment assez éloignée, sans que ce risque ne puisse être totalement écarté à moyen/long terme : en Suède, un tiers des cabinets médicaux privés sont concernés (mais ils sont peu nombreux)²¹⁰ et en Allemagne, 20 % des centres de soins médicaux (*medizinische Versorgungszentren*) ont été rachetés, mais ils représentent à peine plus de 10 % des soins conventionnés et moins de 3 % des structures primaires. Dans ce pays, le principal garde-fou posé

²⁰⁵ La rédaction actuelle de l'article L.6323-1 du code de la santé publique prévoit qu'un « centre de santé(...) réalise, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie », ce qui rend possible l'exercice, à titre accessoire, la réalisation de « prestations » non remboursables, sans que leur nature ne soit visée (sanitaire, cosmétique, bien être, médecines non conventionnelles) cf. annexe présentant le cadre juridique.

²⁰⁶ En l'occurrence, la mission a rencontré des centres proposant des bilans de santé à destination des salariés de grandes entreprises, des prestations esthétiques, des actes de kinésithérapie, et de posturologie.

²⁰⁷ En MSP, les professionnels de santé peuvent choisir d'exercer en secteur 2 ou secteur 2/ OPTAM (sous réserve d'en remplir les conditions) <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/secteurs-dexercice>

²⁰⁸ Récemment, un rapprochement de statut entre les centres de santé et les maisons de santé prenant la forme de SISA a été opéré avec la publication le 19 juillet 2023 du décret autorisant la mise en œuvre du recours au salariat pour les professionnels de santé dans les maisons de santé. En théorie, les professionnels de santé exerçant en secteur 2 peuvent donc désormais être salariés d'une SISA. Le nombre de salariés exerçant des activités de soins ne doit toutefois pas excéder celui des professionnels de santé libéraux associés de la structure.

²⁰⁹ « processus par lequel des acteurs privés, non directement professionnels de santé, capables d'investir de façon significative, entrent dans le secteur des soins avec comme finalité première de rémunérer le capital investi », source : « Financiarisation dans le secteur de la santé : tendances, enjeux et perspectives », Yann Bourgueil, Daniel Benamouzig, Sciences Po Chaire santé, juillet 2023

²¹⁰ Les cabinets étant très peu nombreux en Suède, les centres de soins pluriprofessionnels sont généralisés.

à la création d'un centre est l'obligation pour le gérant d'être un médecin pour garantir l'intérêt du patient conformément au code déontologique de la profession.

En France, dans les deux cas – maisons ou centres de santé - les gestionnaires ont la possibilité de poursuivre un but lucratif, mais dans le cas des centres de santé, le cadre législatif dispose que les bénéfices tirés de l'exploitation ne peuvent être distribués, ou réinvestis, sauf dans une structure à but non lucratif et que les comptes du gestionnaire permettent d'établir le respect de cette obligation (renforcée par l'obligation d'une certification des comptes depuis mai 2023)²¹¹.

Pour les centres se distinguant par leur taux de patientèle précaire, une telle ouverture au secteur 2/OPTAM n'aurait pas probablement pas de sens, sauf à risquer qu'une partie de leurs patients renoncent aux soins pour des raisons financières. Pour les autres centres, la mission relève qu'une telle revendication n'a été portée par aucun de ses interlocuteurs, y compris par les gestionnaires de centres dont la patientèle ne se distinguait pas par une particulière vulnérabilité.

4.5 Conserver la possibilité d'attribuer une part variable dans la rémunération des médecins

L'analyse de l'activité des médecins salariés ressort comme étant équivalente en file active mais moins productive en nombre d'actes que celle des médecins libéraux, pour des raisons liées tant à la durée du travail – supposée moindre, dans un exercice salarial, qu'aux caractéristiques de la patientèle – plus vulnérable en centre.

Un médecin ne peut accepter aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit²¹². Toutefois, dans un modèle économique fondé sur une tarification à l'acte pour 80 % des recettes, le suivi de la production des actes est nécessaire pour s'assurer d'une production suffisante pour couvrir les charges. Dans les centres rencontrés, il s'avère que la productivité des praticiens (globale comme individuelle) n'est pas suivie par les centres. La seule « norme » négociée avec les professionnels de santé se limite à fixer un objectif de durée de la consultation (le plus souvent, 20 minutes) ou à organiser les agendas en fixant un nombre de consultations par heure (le plus souvent, trois par heure dans les centres que la mission a visité).

Comme le montre l'encadré ci-dessous, la durée des consultations et le nombre de consultations par jour par praticien varie sensiblement selon les pays, en fonction de l'organisation retenue pour assurer les soins de premier recours. Ce n'est toutefois pas le seul critère permettant d'augmenter la file active.

²¹¹ Articles L 6323-1-3 et L6323-1-4 du code de la santé publique. cf. loi n° 2023-378 du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé

²¹² article R.4127-5 du code de la santé publique.

La durée et/ou le nombre des consultations des médecins généralistes dans quelques pays étrangers

En Allemagne, selon l'Association fédérale des médecins conventionnés (*Kassenärztliche Bundesvereinigung*), les médecins généralistes avaient en 2019 une file active moyenne de 863 patients par an. Selon une étude de l'institut Infas de 2018 pour cette même association, un médecin généraliste traite environ 51 patients par jour. Selon une étude du *British Medical Journal* de 2017, une consultation chez un médecin généraliste en Allemagne dure en moyenne huit minutes. Un supplément pour une consultation complexe en médecine générale est facturé à hauteur de 14,71 € toutes les 10 minutes.

En Italie, la durée moyenne d'une consultation oscille entre 9 et 10 minutes.

Au Danemark, un médecin généraliste réalise en moyenne 53,5 consultations par jour, dont la moitié en téléconsultations. Une consultation normale dans un cabinet danois dure souvent 10 à 15 minutes.

Aux Etats Unis, une enquête récente (2018) montre qu'un médecin généraliste voit en moyenne 11 à 20 patients par jour, 1,3 % des médecins interrogés voient entre 51 et 60 patients par jour. Cette enquête révèle également que la majorité des médecins généralistes passent en moyenne entre 17 et 24 minutes avec chaque patient.

Source : Annexe 2 relative aux comparaisons internationales

L'exercice en équipe pluriprofessionnelle peut permettre d'augmenter la patientèle MT suivie, sans dégrader la qualité des soins. Ainsi, dans un centre rencontré, la mise en place d'une consultation en binôme MG/IDE a permis d'atteindre un ratio de près de 1 600 patients MT suivi par médecin généraliste²¹³, quand la moyenne en médecine libérale s'établit à environ 1 000 patients.

L'Assurance maladie pourrait rémunérer la performance collective du centre dans l'accord national des centres de santé, en attribuant un bonus au centre, gradué en fonction du niveau d'atteinte de la file active et/ou de la croissance de la file active patient et/ou patientèle MT adulte par ETP. Un tel bonus encouragerait la mise en place de pratiques coordonnées intégrées et un rattrapage de la file active par rapport aux professionnels libéraux.

Recommandation n°15 Attribuer un bonus pour récompenser la performance collective des structures d'exercice coordonné qui parviennent à augmenter leur patientèle MT par l'internalisation des pratiques de coordination et de partage des tâches.

En France, la productivité de médecins généralistes employés par les centres de santé, définie comme le nombre annuel d'actes de médecine générale des centres rapportés au nombre au nombre d'ETP de médecins généralistes qu'ils emploient, apparaît très variable selon les centres, sans qu'on puisse toutefois disposer d'une comparaison fiable avec l'exercice libéral, puisque la durée de travail des professionnels libéraux n'est pas précisément connue²¹⁴. Plusieurs facteurs

²¹³ cf. annexe relative à l'article 51.

²¹⁴ Selon la DREES, les médecins généralistes libéraux déclarent travailler en moyenne 54 heures lors d'une semaine de travail ordinaire, d'après un Panel des médecins généralistes réalisé auprès de 3 300 praticiens. Sur ces 54 heures, ils passent 44 heures et 30 minutes auprès des patients, avec des consultations en cabinet qui durent en moyenne 18 minutes (Etudes et résultats n°1113, DREES, mai 2019). D'après étude réalisée par Doctolib (« Comment travaillent les médecins généralistes ? »), à partir des données anonymisées de 20 000 médecins, dont 2 480 MG, sur une période d'un an, du 1^{er} mai 2016 au 26 avril 2017 les généralistes réalisent 31 heures de consultation par semaine pour une durée hebdomadaire de travail de 50 heures.

ont été évoqués, qui viennent dégrader ce ratio, au premier rang desquels le fort degré de précarité de la patientèle ou un nombre important de cas polyopathologiques, qui rallongent le temps des consultations.

Dans un contexte où, dans certains territoires, la demande de soins primaires excède l'offre, le recours à une part de rémunération variable paraît appropriée, non seulement pour les médecins, mais aussi pour l'ensemble des professionnels de santé.

Les dispositions du code de déontologie médicale n'interdisent pas expressément, pour la médecine salariée, le recours à cette forme de rémunération : « un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins »²¹⁵. C'est dans ce sens qu'a tranché la Cour d'Appel d'Aix en Provence dans une série d'arrêts rendus en 2016 au sujet d'une part de rémunération variable : « En l'espèce, la rémunération proposée n'était pas fondée sur une norme de productivité ou de rendement horaire dès lors que le médecin bénéficiait d'une part fixe significative de la valorisation de l'acte par la sécurité sociale, soit 44 %, ainsi que d'un minimum garanti substantiel renforcé par une prime fixe d'ancienneté et encore par les compléments de rémunération qui viennent d'être détaillés. (...)

Le salarié n'explique nullement en quoi ce nouveau mode de rémunération, qui n'est pas exceptionnel pour un médecin, aurait pour conséquence une limitation de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins. En particulier, il n'apparaît pas que le revenu final du médecin prévu par le contrat en cause soit d'une modestie telle qu'elle ne lui permette pas de prodiguer des soins de qualité en toute indépendance conformément à ses propres obligations déontologiques et qu'elle puisse avoir pour effet de l'obliger à multiplier les actes de son ministère au détriment de leur qualité. [...] » (CA Aix-en-Provence, 27 mai 2016, n° 15/07458).

La Cour d'appel de Douai dispose dans un arrêt également rendu en 2016 que : « la prise en compte du nombre d'actes médicaux pour déterminer la rémunération du praticien ne saurait équivaloir à une clause de rendement dès lors que son volume ne dépend pas d'une " politique de démarchage " de l'entreprise envers les patients » (CA Douai, 29 janvier 2016, n° 14/03971).

De même, pour les praticiens contractuels de droit public, le Conseil d'Etat a précisé la légalité de certaines dispositions prévoyant une part variable de rémunération des praticiens hospitaliers : « Considérant que, contrairement à ce qui est soutenu, ces dispositions, qui, d'ailleurs, n'affectent qu'une partie de la rémunération globale versée aux praticiens hospitaliers, celle-ci étant d'abord fondée sur des émoluments mensuels variant selon l'échelon des intéressés, ne concernent pas l'exercice même des pratiques médicales et n'ont ainsi ni pour objet, ni pour effet, malgré le rôle dévolu au directeur de l'établissement dans la fixation négociée des objectifs, de porter atteinte à l'indépendance professionnelle dont bénéficient les médecins dans l'exercice de leur art ; [...]

Considérant, en troisième lieu, [...] que ce dispositif d'évaluation de l'activité des praticiens hospitaliers mesurée par des indicateurs et objectifs fixés contractuellement, à partir d'une liste d'actes traceurs, à la condition qu'une liste de prérequis, définis par l'arrêté, soit satisfaite, vise à l'améliorer l'offre de soins et ne soumet donc pas, par lui-même, l'activité des médecins à des normes

²¹⁵ Article 97 du code de déontologie / article R.4127-97 du code de la santé publique.

de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une atteinte à la qualité des soins. (...)» (CE, 30 décembre 2009 - n° 306040).

A partir de 2021, une interprétation restrictive des textes publiée dans le bulletin du Conseil national de l'Ordre des médecins²¹⁶ a pu motiver plusieurs avis défavorables de CDOM à la réception de contrats de travail de médecins salariés – alors même qu'au cours des années précédentes, de tels contrats, rédigés en des termes identiques, n'avaient pas posé de difficulté, et que ce sujet n'en est pas un pour les autres Ordres (dentistes, sage-femmes). Après que la mission se soit entretenue avec les conseils ordinaires, le CDOM de Paris a établi un courrier précisant leur position (en pièce jointe du rapport).

La détermination d'une part de rémunération variable est un levier fréquemment utilisé en gestion des ressources humaines pour motiver les salariés. Elle permet d'aligner les comportements individuels des salariés sur les objectifs d'activité de l'organisme, en récompensant les performances collectives ou les performances individuelles. La rémunération des médecins qui exercent en libéral repose fondamentalement sur ce levier : sans activité, pas de rémunération.

A l'étranger, la rémunération des médecins sous statut de droit public peut inclure une part fixe et variable (ex. ci-dessous).

Rémunération des médecins : le cas de l'Espagne et de l'Italie

En Espagne, les médecins dans les centres de soins sont des personnels fonctionnaires ou contractuels de droit public. La rémunération des médecins comporte une part dite « fixe », incluant : un salaire de base (4 grilles de salaires, selon l'âge et l'expérience) et des compléments liés : 1/ aux responsabilités exercées et 2/ à l'activité. Elle comprend aussi une part dite « variable », tenant : à la continuité des soins, lorsqu'elle est assurée (gardes, travail de nuit, des dimanches...), une indemnité complémentaire de déplacement (pour les zones de santé où la population est dispersée) ou pour charge d'activité (si elle est supérieure à la moyenne régionale),...

En Italie, la rémunération des médecins généralistes se répartit entre une part fixe et une part variable²¹⁷.

La part « fixe », définie et négociée au plan national, varie cependant d'un médecin à l'autre, car elle est fondée sur son nombre de patients : dans le cas où le médecin généraliste a moins de 500 patients, il gagne environ 70 euros bruts par patient et par an ; dans le cas où il a plus de 500 patients, il gagne environ 35 euros par patient et par an. Ces montants bénéficient de majorations lorsque les patients suivis ont moins de 14 ans ou plus de 75 ans. La part variable, définie au plan national et négociée au plan régional, dépend de la réalisation de programmes d'activités spécifiques pour la promotion de la gouvernance clinique et la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques. A cela s'ajoutent des bonifications liées à l'ancienneté et au travail mutualisé (en réseau ou en regroupement de cabinets), des redevances pour services (gardes de nuit, visites domiciliaires) et des paiements à l'acte (vaccinations, prélèvements...).

Source : Annexe 2 relative aux comparaisons internationales

²¹⁶ Cf. « *Le médecin salarié doit être rémunéré par un salaire plein et entier, correspondant à ses compétences, à ses missions et à ses responsabilités (...). Le versement d'un bonus ponctuel (...) ne pouvant être (...) très accessoire et déterminé selon des objectifs qui ne sauraient être uniquement quantitatifs. (...) Le CNOM considère qu'une rémunération calculée pour tout ou partie sur les actes réalisés y compris sur les honoraires générés par le médecin salarié devrait être exclue des lors qu'elle ne garantissait pas les conditions d'un exercice conforme à la déontologie (articles 5, 32, 33, 95, 97 du code de déontologie)*», bulle de l'Ordre national des médecins, septembre/octobre 2021.

²¹⁷ Cf. annexe 2.

D'après une étude de 2008 de la direction générale du Trésor (anciennement DGTPE)²¹⁸, « la littérature empirique conclut que dans l'ensemble les médecins sont sensibles aux incitations produites par les différents schémas de rémunérations et qu'ils modifient leur pratique dans le sens de ces incitations ». Le salariat peut s'avérer une source de désincitation à l'effort : sans part variable, le médecin salarié n'est pas incité à accroître l'intensité de son effort (nombre de patients vus par heure). Au contraire, « la rémunération à l'acte établit un certain équilibre entre productivité et rémunération. L'absence d'un tel mécanisme dans la rémunération sur base de temps peut être perçue comme injuste », pour les médecins les plus rapides²¹⁹.

S'agissant des contrats de droit public, la mission partage l'avis de la Cour des comptes, qui dans son rapport public publié en 2023, recommandait d'étudier juridiquement la possibilité d'introduire une part variable²²⁰.

Recommandation n°16 Maintenir ou envisager l'introduction d'une part significative de rémunération variable individuelle et/ou collective dans les contrats de travail de droit privé (centres de santé) et étudier cette possibilité pour les médecins contractuels de droit public

Par ailleurs il ressort que la mise en place dans les centres de santé d'un décompte du temps de travail selon un forfait en jours (nombre annuel de jours de travail) permettrait de s'abstraire du décompte horaire de la durée du travail et donc d'apporter une souplesse à même de garantir l'indépendance d'exercice du praticien.

D'après le code du travail, les salariés éligibles à une clause de forfait en jours sont « les cadres qui disposent d'une autonomie dans l'organisation de leur emploi du temps (...) » ou « les salariés dont la durée du temps de travail ne peut être prédéterminée et qui disposent d'une réelle autonomie dans l'organisation de leur emploi du temps (...) »²²¹. Dans la fonction publique hospitalière, depuis 2021, des décrets ont été pris en application des mesures de l'accord Ségur en matière d'organisation et de temps de travail pour concilier la vie professionnelle et la vie privée avec les contraintes liées à la continuité du service : outre l'annualisation du temps de travail, subordonnée à la conclusion d'un accord majoritaire²²², l'application du décompte de la durée du travail en jours est aussi possible pour les agents « dont la durée de travail ne peut être prédéterminée et disposant d'une réelle autonomie dans l'organisation de leur emploi du temps pour l'exercice de [leurs] responsabilités », à la demande expresse des agents et après avis favorable du chef d'établissement.²²³

²¹⁸ Source : Trésor éco n°42, mode de rémunération des médecins, septembre 2008.

²¹⁹ « Productivité des médecins : Partage de tâches et encadrement de la productivité d'un médecin rémunéré sur base de temps – II », Michel Desrozières, Le Médecin du Québec, volume 45, numéro 1, janvier 2010.

²²⁰ Chapitre du rapport public annuel de la Cour des comptes, mars 2023 : « clarifier, pour les collectivités gérant un centre de santé ou déléguant cette gestion à un opérateur sans but lucratif, la possibilité juridique de proposer aux médecins une rémunération partiellement assise sur l'activité ».

²²¹ Article L.3121-58 du code du travail.

²²² Article 2 du décret n°2021-1544.

²²³ Article 3 du décret n° 2021-1544 du 30 novembre 2021 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière. Voir également la note de la FHF à cet égard : https://www.fhf.fr/sites/default/files/2022-05/Note%20p%C3%B4le%20RHH%20-%20organisation%20temps%20de%20travail%20dans%20la%20OFPH_0.pdf

Pour la mission, la dispensation de prestations de soins par les professionnels de santé, et notamment les médecins salariés, du fait de la nature de leur activité et l'application du code de déontologie, rentre dans ce champ d'application. Toutefois la mise en place d'une telle clause est subordonnée à la conclusion d'un accord collectif d'entreprise ou d'établissement (ou à défaut par une convention ou un accord de branche)²²⁴.

Recommandation n°17 Envisager la mise en place de conventions de forfait annuel en jours pour les professionnels de santé salariés dans les centres de santé

4.6 Mieux rémunérer la spécificité pluriprofessionnelle des CDS

L'accord national des centres de santé, dans son architecture comme dans son contenu, s'avère particulièrement complexe à mettre en œuvre pour les gestionnaires. Un toilettage des indicateurs paraît nécessaire dans un objectif de simplification et de lisibilité : les prochaines négociations conventionnelles pourraient prévoir une telle refonte en faveur du travail en équipe et d'une meilleure rémunération des efforts consentis en matière de formation des stagiaires.

4.6.1.1 Revoir les indicateurs du travail en équipe pour valoriser les pratiques de délégation

Plusieurs niveaux de coordination peuvent être considérés :

- Une coordination des soins entre les professionnels de santé « au cas par cas » entre professionnels médicaux et paramédicaux (informelle) ;
- Une coordination des soins formalisée et institutionnalisée entre les professionnels de santé, mais qui n'est pas systématique pour tous les patients (ex. réunions pluridisciplinaires pour traiter des cas complexes, bilans d'évaluation pluridisciplinaire, nomination d'un « coordonnateur des soins »...) : c'est actuellement le niveau requis pour obtenir une rémunération spécifique de l'Assurance maladie ;
- Une coordination des soins internalisée au fonctionnement de la structure, avec une intégration de la coordination des soins tout au long de la prise en charge du patient (accueil par un professionnel de santé non médical et orientation vers le PS adéquat, pratiques de délégation systématisées via des protocoles aux professionnels de santé non médicaux, prise en charge et consultation par une équipe plutôt que par un médecin...).

Ce dernier niveau de coordination se rencontre peu fréquemment, en raison à la fois des réticences professionnelles d'une partie des médecins à déléguer des tâches aux IDE, mais également de la tarification à l'acte individuelle des professionnels de santé, qui est désincitative à l'émergence de pratiques collectives – le professionnel délégataire étant, pour un même acte,

²²⁴ Article L. 3121-63 du code du travail. Dans les entreprises de moins de 11 salariés dépourvues de représentants du personnel, l'employeur peut préparer un projet d'accord approuvé par référendum à la majorité des 2/3 du personnel.

généralement moins bien rémunéré que le professionnel délégant (ex. vaccination²²⁵). La mission n'a rencontré qu'un seul centre ayant des pratiques coordonnées intégrées, sous expérimentation PEPS.

Pour gagner du temps médical, la délégation de tâches devrait être organisée au sein des équipes pluriprofessionnelles, dont les configurations sont très variables d'un centre à l'autre : médecins généralistes, infirmières, auxiliaires de pratiques avancées, assistants médicaux, IPA, infirmières « Asalée »...

La mission suggère à l'Assurance maladie d'étudier :

- la mise en place dans l'accord national des centres de santé :
 - d'une rémunération forfaitaire spécifique pour la nomination d'un praticien qui soit identifié comme le chef du service/de l'équipe traitante pluriprofessionnelle (cf. Espagne) – et qui ne soit pas simplement un « coordinateur médical », comme c'est le cas actuellement ;
 - d'une rémunération forfaitaire spécifique pour les professionnels de santé qui ont des pratiques de coordination intégrées (cf. *Kooperationsgrad* mis en place en Allemagne) ;
- une tarification conventionnelle spécifique pour les structures d'exercice coordonné (maison de santé, centres de santé), conditionnée à la nomination d'un chef d'équipe et à la mise en œuvre de protocoles de délégation, lorsque des actes sont délégués par un médecin et dont la facturation n'est pas déterminée dans la nomenclature générale des actes du PS délégataire (forfait délégation).

4.6.1.2 Rémunérer la totalité des stages de formation

La mission est favorable à une rémunération spécifique dans l'accord national des centres de santé de l'ensemble des stages réalisés dans les centres de soins pluriprofessionnels²²⁶, qui permettent à la fois de former des jeunes professionnels à un exercice collectif (compagnonnage), voire de les recruter ou de favoriser leur installation à proximité (parfois dans un territoire déserté). Les stages de quatrième année en médecine générale peuvent être réalisés en centre de santé²²⁷. A cet égard, les gestionnaires des CHU soulignent l'intérêt de soutenir de tels stages en CDS portés par les établissements de santé tutorés par des maîtres de stage universitaires.

Ces stages devraient être d'autant mieux rémunérés aux centres (via l'accord national) qu'ils permettent aux jeunes médecins généralistes, dès le début de leur carrière, de s'initier au travail

²²⁵ Pour une infirmière un acte de vaccination est rémunéré 3,15 € sur prescription médicale, 6,30 € sans prescription médicale, alors que pour les médecins et les pharmaciens, le tarif est de respectivement 7,5 € ou 9,6 €.

²²⁶ Cf. recommandation n°7 du rapport sur les centres de soins infirmiers.

²²⁷ Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale. Cf. « Note sur la mise en œuvre du DES de médecine générale en quatre ans », Jean Dubeaupuis, Hamid Siahmed, Brice Lannaud, Pierre Van de Weghe, IGAS n° 2022-082 N/IGESR n+22-23-066A.

pluriprofessionnel en équipe, et de prendre l'habitude de partager des tâches avec des infirmières.

Recommandation n°18 Revoir l'architecture de la rémunération spécifique pour supprimer ou simplifier certains indicateurs et encourager la prise en charge par l'équipe médicale et paramédicale, les pratiques pluriprofessionnelles intégrées, et la formation

4.7 Dans l'attente d'un tournant décisif (« game changer ») : établir les fondations d'un nouveau modèle de rémunération

4.7.1 La majorité des praticiens salariés en centre ne semble pas prête à travailler en binôme para+médical pour augmenter leur file active

Le paysage des centres de santé, très hétérogène, ne permet pas de caractériser un modèle type: la diversité des centres de santé rencontrés par la mission a montré à quel point chaque centre de santé est unique par sa taille, la composition de son équipe, son organisation, son fonctionnement, bien souvent conditionnés par son statut, son environnement et sa patientèle.

En revanche, le mode d'organisation du travail, dans la quasi-totalité des centres de santé, est semblable à celui mis en place en libéral : le plus souvent, les patients prennent rendez-vous avec leur médecin traitant, ils sont accueillis par une secrétaire/assistante médicale, et règlent la consultation après avoir été pris en charge par leur praticien. Le mode de tarification à l'acte favorise les prises en charge individuelles et non collectives.

Au 31/12/2022, les centres de santé pluriprofessionnels comptaient seulement 43 infirmières en pratiques avancées, et 1 389 infirmières (1 040 ETP) pour 3 267 médecins généralistes employés à temps partiel (1 522 ETP).

L'exercice choisi d'un temps très partiel par certains praticiens (plages horaires de 2 heures, 4 heures par semaine...), outre qu'il s'avère coûteux en gestion administrative - complique sensiblement la concertation en équipe et l'exercice de la pluriprofessionnalité, et finalement l'émergence même d'un collectif de professionnels de santé : dans plusieurs centres, les gestionnaires font le constat que les médecins ont « une pratique libérale »²²⁸ au sens où ils viennent assurer leur plage horaire de consultations, puis repartent. Dans ces conditions, une première étape est d'inciter les PS à prendre des postes à temps plein, ou au moins à 80 %, pour faciliter la mise en place de pratiques coordonnées et avancées.

Au final, très peu de gestionnaires rencontrés ont fait part d'un souhait d'évolution de leur mode actuel d'organisation vers une prise en charge plus collective ou plus intégrée entre professionnels de santé médicaux et paramédicaux, du fait des réticences d'une partie des professionnels de santé et des difficultés démographiques actuelles, et/ou ont demandé une refonte totale du modèle économique des centres de santé.

²²⁸ Propos issu des entretiens. Pratique libérale toutefois limitée à 3, voire 4 consultations / heure, sans pratique de sursurveillance et recours aux téléconsultations en cas de rendez-vous non honoré.

4.7.2 Les établissements de santé sont intéressés par le portage de centres « passerelle » entre l’offre de premier et de second recours

Le délitement de l’offre de soins de premier recours dans le territoire est un sujet de préoccupation majeure des autorités sanitaires, et au premier chef, des responsables d’établissements hospitaliers de proximité : non satisfaite, une part de la demande de soins de premier recours se reporte notamment sur leurs services d’urgences hospitalières, entraînant une surcharge et compromettant une prise en charge efficace des patients les plus gravement malades²²⁹.

Les « ponts » entre la médecine de ville et l’hôpital se sont multipliés ces dernières années, portés par les établissements hospitaliers publics (CHU, CH..) ou privés (lucratif : Elsan, Ramsay, ou non lucratif : groupe hospitalier Paris Saint Joseph...), afin de développer soit des centres de santé à même d’offrir une offre de soins de proximité à la population locale (APHM, CH Issoudun), soit d’offrir des consultations de soins non programmées (maison médicale de jour, Hôpital Nord du CHU de Saint Etienne), des consultations hébergées par l’hôpital et assurées par des praticiens retraités²³⁰, ou des partenariats (APHP).

Les représentants des établissements de santé rencontrés²³¹ voient un intérêt stratégique à porter le développement de centres de santé dans et hors l’hôpital (antennes), pour mieux maîtriser l’offre de soins de premier et second recours : ils se disent prêts à expérimenter la délivrance de soins primaires par une équipe de professionnels de santé, en s’inspirant de l’organisation des soins mise en place au sein des services hospitaliers.

Toutefois les écueils, dans ces centres portés par les hôpitaux, sont les mêmes que ceux rencontrés dans les autres CDS : la prise en rendez-vous individuelle avec un praticien et le mode de tarification à l’acte permettent difficilement une prise en charge collective, initiée par un accueil du patient par un assistant médical et une forme de régulation/ un adressage par l’infirmière lorsqu’une consultation médicale n’est pas nécessaire.

La prise en charge, collective, devrait commencer lors de la prise de rendez-vous et à l’accueil pour orienter le patient vers le professionnel de santé paramédical ou médical adéquat :

- Ainsi, en Italie, dans les centres pluriprofessionnels tels que les maisons de santé, l’accueil stricto sensu est assuré généralement par du personnel administratif, qui peut être bénévole. En revanche, l’orientation du patient vers le professionnel adéquat (sanitaire ou social) est le plus souvent de la responsabilité d’un personnel infirmier ;

²²⁹ D’après les travaux de l’OCDE, mais également les travaux de l’IRDES, l’accessibilité en APL des médecins généralistes est associée négativement aux recours aux urgences (et fortement corrélée) : cf. « analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d’une hospitalisation », document de travail n°72, IRDES, Zeynep Or, Anne Penneau, septembre 2017. Une étude récente souligne, pour le Royaume Uni, des effets substitutifs faibles : au, YS., Malisaukaite, G., Brookes, N. et al. Complements or substitutes? Associations between volumes of care provided in the community and hospitals. Eur J Health Econ 22, 1167–1181 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01329-6>

²³⁰ Ex. CH d’Albi, cité par l’ARS d’Occitanie.

²³¹ Cf. liste des personnes rencontrées

- En Suède, le plus souvent, le premier contact avec le système de soins est réalisé par téléphone, voire par un tchat internet avec un centre de soins primaires. À l'autre bout de la ligne, la régulation n'est pas nécessairement assurée par un médecin, mais dans, la plupart des cas, par une infirmière coordinatrice, qui a accès au dossier médical du patient²³².

En France comme dans de nombreux pays étrangers²³³, il n'est plus nécessaire de consulter un médecin « en première intention ». De nombreuses tâches/actes sont déléguables aux infirmières, en particulier dans les structures d'exercice coordonnées²³⁴ : prise en charge de la prévention et du traitement des plaies, renouvellement des prescriptions et adaptation de la posologie de certains traitements, suivi de certains patients porteurs de maladie chronique, actes techniques (électrocardiogramme, exploration fonctionnelle respiratoire, index de pression systolique), prescription et administration de certains vaccins, prescriptions (dispositifs médicaux, produits antiseptiques...), actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans les services d'urgence des établissements de santé, les infirmières organisatrices de l'accueil (IOA) évaluent le degré d'urgence, décident du lieu de soin adapté, effectuent les premiers soins, et orientent le patient vers le professionnel de santé ad hoc. Un circuit similaire pourrait être mis en place dans les centres de santé pour favoriser une prise en charge coordonnée par l'équipe (para)médicale.

En établissement, les réticences culturelles d'une partie des médecins (évoquée supra, liées en partie aux habitudes de travail en exercice libéral « isolé » ou monoprofessionnel), vis à vis un partage des tâches médecin-IDE devraient être levée rapidement, dès lors que le travail en équipe soignante est d'ores et déjà quotidien : « *les IPA mettent en avant la culture pluriprofessionnelle des médecins qui acceptent de travailler avec elles et témoignent de la relation plus horizontale qu'ils entretiennent avec les infirmières* »²³⁵. En établissement, les difficultés ne sont pas culturelles, mais plutôt d'ordre administratif. Plusieurs ont été évoquées par nos interlocuteurs, en particulier :

- les difficultés liées à la création d'un budget annexe spécifique pour faciliter la gestion du centre, auxquelles s'ajoute le fait que les comptes de l'instruction comptable M21 ne permettent pas de retracer parfaitement l'activité d'un centre de santé ;
- les difficultés liées à la mise en place d'un système de facturation différent de celui prévu pour les établissements (réglementation différente)²³⁶ ;

²³² Cf. annexe 2.

²³³ Certains pays voisins étant même plus avancés en la matière que la France, cf. annexe 2.

²³⁴ Cf. article L. 4311-1 du code de la santé publique.

²³⁵ « *Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires : la construction difficile d'une profession à l'exercice fragile* », QES n°277, avril 2023 <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/277-infirmiere-en-pratique-avancee-ipa-en-soins-primaires.pdf>

²³⁶ Cf. note établie par l'APHM « Difficultés financières et comptables rencontrées par les Centres de santé portés par un Centre Hospitalo-Universitaire », juillet 2023

- l'absence d'interopérabilité ou d'interface entre les outils SI du centre et ceux mis en œuvre dans les établissements de santé, de telle sorte qu'un certain nombre d'opérations sont manuelles²³⁷.

Un cahier des charges a par ailleurs été établi par l'ARS Nouvelle Aquitaine à destination des établissements de santé en 2021 pour les accompagner dans la mise en place de « centres publics de santé »²³⁸.

Recommandation n°19 Accompagner la mise en place de centres de santé aux pratiques coordonnées intégrées (binômes médicaux/paramédicaux...) et délivrant une prise en charge des soins collective (tous les médecins du centre étant MT) dans les établissements de santé (DGOS)

4.7.3 Dans des centres organisés sur la base d'« équipes traitantes », la part de tarification à l'acte de ces centres de santé « nouvelle formule » devrait devenir minoritaire.

Les modèles de rémunération s'appuient désormais sur un mix de différentes composantes dans la majorité des 27 pays étudiés par la mission. Parmi ces composantes, la tarification à la capitation est la première composante de tarification citée pour rémunérer les structures délivrant des soins primaires : 16 pays sur les 27 pays étudiés déclarent à l'OCDE une part plus ou moins importante de capitation (l'Italie et le Portugal, l'Irlande, le Danemark, la Suisse, la Pologne, la Slovénie, le Canada, la Belgique, les Pays Bas, La Suède, le Royaume Uni, l'Australie, la République tchèque, la Lettonie, l'Estonie). La capitation est également la première composante de rémunération en Allemagne²³⁹.

En France, en 2022, la tarification à l'acte est majoritaire (près de 80 %) dans les recettes des CDS pluriprofessionnels. La part des financements forfaitaires est minoritaire (6,6 %, dont 1,7 % au titre de la composante capitation²⁴⁰). La subvention Teulade représente moins de 4 % des recettes.

La tarification à l'acte rémunère mal l'exercice pluriprofessionnel partagé en équipe. Des médecins libéraux relèvent notamment que non seulement ils ne sont pas rémunérés pour le processus d'adressage du patient à un IPA ou pour le temps du debriefing, par exemple, mais ils y voient une source une baisse de leur honoraires (« *ils déplorent une baisse des consultations simples et plus de consultations complexes et longues* »²⁴¹).

²³⁷ Ont été cités : le pointage des flux financiers reçus sur le compte de la régie au titre des remboursements de la CPAM, des mutuelles et des patients, l'émission d'un titre de recettes diverses pour l'enregistrement comptable sur le budget annexe spécifique, la saisie dans le logiciel de facturation de l'hôpital pour l'émission des titres des impayés.

²³⁸ « Centres publics de santé : cahier des charges à destination des établissements de santé », V2 du 10/1/2022. Disponible en ligne sur le site FMFPRO https://www.fmfpro.org/IMG/pdf/point_hebdo_31_cahier_des_charges_cpds_vf.pdf

²³⁹ Cf. supra.

²⁴⁰ Forfaits MPA, FMT, RMT, RST.

²⁴¹ Thèse pour le DE de docteur en médecine, Clarisse Noirot, « Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la collaboration avec une infirmière de pratique avancée en soins primaires dans les Hauts-de-France », Médecine humaine et pathologie, 2022.

L'expérimentation d'un modèle alternatif PEPS, en dépit des difficultés rencontrées et ses imperfections - inhérentes, finalement, à toute expérimentation, a permis de tester un financement partiel à la capitation. La construction d'un forfait patient « médecin traitant », dont le calcul fait intervenir un grand nombre de variables et de règles de gestion, a pris du temps et l'expérimentation a été retardée par la crise sanitaire. L'évaluation était en cours à la date des travaux de l'Inspection.

A l'issue des investigations, il ressort que l'implémentation d'une rémunération à la capitation est particulièrement appropriée dans les centres dont les professionnels se sont engagés dans une démarche de prise en charge des patients « recentrée » sur l'équipe (para)médicale traitante, sous la responsabilité d'un praticien chef d'équipe, et non plus exclusivement sur une approche « en silo », centrée sur le praticien en soins primaires : une telle prise en charge devrait permettre d'augmenter le nombre de patients suivis comparativement à la file active moyenne constatée en exercice libéral, sans dégrader la qualité des soins. Elle permettrait de diversifier les modes de prise en charge, y compris distanciels (mail, téléphone), qui sont actuellement peu développés en France, faute de tarification spécifique²⁴².

En outre, un ajustement serait souhaitable, concernant les règles de liquidation du forfait patientèle « médecin traitant » (MT). D'ores et déjà, une déclaration, lorsqu'elle est établie dans un centre, bénéficie à l'ensemble des praticiens conventionnés du centre, ce qui permet de valoriser, non pas l'activité d'un médecin, mais l'activité de l'ensemble de l'équipe traitante (professionnels médicaux et paramédicaux). Toutefois, le forfait « médecin traitant », qui est calculé sur la patientèle observée au 31/12 de l'année précédente, devrait être calculé sur la patientèle « médecin traitant » observée en temps réel afin rémunérer la patientèle réellement soignée : un centre dans lequel un patient établit une déclaration de choix du médecin traitant le 2/1/N ne devrait pas attendre le 31/12/N pour que le patient soit pris en compte dans le calcul du forfait MT versé en N+1²⁴³.

Enfin, les modèles expérimentés actuellement ne se substituant pas au système de droit commun, tarifé à l'acte, les travaux devraient se poursuivre pour simplifier l'articulation et réduire les coûts de coordination entre les deux systèmes de tarification.

Recommandation n°20 Proposer une tarification alternative au paiement à l'acte pour les centres qui s'engagent dans une prise en charge en équipe médicale et paramédicale, de la patientèle, conditionnée à l'atteinte d'objectifs en termes de file active de la patientèle MT.

²⁴² Contrairement au Danemark où une consultation en présentiel est facturée 20€, par messagerie 6€, par vidéo 22€ et par téléphone 4€. Cf. § sur les actes gratuits en centre de santé, annexe 7 relative aux leviers d'optimisation des recettes.

²⁴³ Cf. idem pour un patient qui décède, par exemple le 30/6/N : il n'est pas pris en compte dans le forfait versé en N+1 puisqu'il ne figure plus dans la patientèle au 31/12/N, en dépit du coût des prestations réalisées les six derniers mois de sa vie. En février 2013, une étude de la CNAM avait chiffré les remboursements de la dernière année de vie d'un individu en moyenne à 1 100€ d'honoraires médicaux (soins de ville) en 2008. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2012.04.007>

En conclusion, la situation économique, financière et l'organisation actuelles des centres de santé pluriprofessionnels ne conduisent pas la mission à proposer des modifications substantielles du modèle économique. Il incombe pour une partie des gestionnaires de centres, de mieux se l'approprier, en jouant sur différents leviers.

Toutefois la mission est favorable à l'émergence d'un nouveau modèle de financement, fondé sur une composante de capitation, pour les centres dont les professionnels de santé s'engagent, organisent et mettent en pratique le partage des tâches entre médecins généralistes et infirmières, afin de garantir un large accès aux soins sur tous les territoires, notamment dans les zones sous denses, sans dégrader la qualité des soins.

Carole LEPINE

Dr Pierre LOULERGUE

Antoine MAGNIER

Pièce jointe : Lettre adressée à la mission
par le Conseil Départemental de la Ville de
Paris de l'Ordre des Médecins



Conseil
Départemental
de la Ville de
Paris
de l'Ordre des
Médecins

**Madame Carole LEPINE
Monsieur Antoine MAGNIER
Docteur Pierre LOULERGUE
INSPECTION GENERALE DES
AFFAIRES SOCIALES
39-43 QUAI ANDRE CITROEN
75739 PARIS CEDEX 15**

Par courriel

antoine.magnier@igas.gouv.fr

carole.lepine@igas.gouv.fr

loulergue.pierre@ordre.medecin.fr

Paris, le 9 octobre 2023

***Références : JJA/SD/JD/IGAS
(A rappeler pour toute correspondance)***

Madame l'Inspectrice générale, Messieurs les Inspecteurs généraux,

Dans le prolongement de la réunion du lundi 18 septembre dernier dans le cadre de votre mission sur le financement des centres de santé pluridisciplinaires, nous vous adressons comme convenu des contrats soumis par des médecins pour l'exercice dans un site distinct en tant que salarié, la transmission de ces contrats à l'Ordre étant obligatoire pour avis opposable (*Article R. 4127-85 du code de la santé publique*).

Lors de cette réunion, vous avez indiqué que les décisions d'opposition émises par notre Conseil étaient apparues à certains centres comme mettant en péril leurs fonctionnements du fait du rejet d'un mode de rémunération des médecins salariés uniquement au pourcentage de la valeur de l'acte. Cette opposition est fondée sur le non-respect de ce mode de rémunération au code de déontologie médicale, notamment aux articles 5, 32, 33, 95 et 97 du code de déontologie médicale.

En effet, en vertu de l'article 5 du code de déontologie médicale, « *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.* ».

L'article 95 du même code ajoute qu'« *En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.* ». Ainsi, un médecin salarié ne peut en aucun cas être limité dans son indépendance professionnelle.

En outre, l'article 32 du même code, relatif à la qualité des soins, précise que le médecin doit prodiguer à ses patients des soins « *consciencieux et dévoués* ».

L'article suivant (article 33), relatif au diagnostic que pose un médecin sur son patient, précise que « *Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire (...)* ».



Conseil
Départemental
de la Ville de
Paris
de l'Ordre des
Médecins

Il résulte alors de la combinaison de ces deux articles que la conscience professionnelle du médecin implique de sa part une attention minutieuse qui ne peut être restreinte par des considérations d'ordre financier ou d'organisation de la structure employeur. Tout médecin devra alors consacrer à chaque patient le temps qui lui paraîtra nécessaire à la réalisation de soins « *conscientieux et dévoués* ».

Enfin, il résulte de l'article 97 du code de déontologie médicale qu'« *Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins.* ».

En effet, le médecin salarié n'étant déjà pas libre de son organisation mais contraint par la réglementation du code du travail et des dispositions contractuelles qui encadrent son temps de travail et s'imposent à lui, il ne peut, en plus, se voir attribuer une rémunération qui l'inciterait à voir un important nombre de patients en un temps réduit.

En conséquence, le Conseil estime qu'un médecin salarié doit être rémunéré par un salaire décent, plein et entier, correspondant à ses compétences, à ses missions et à ses responsabilités ; et dans l'hypothèse où un complément variable à cette rémunération pleine et entière était envisagé, il ne pourrait s'agir que d'une part accessoire (inférieure à 50%) et déterminée, selon des objectifs qui ne sauraient être uniquement quantitatifs.

L'arrêt de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence du 27 mai 2016 (n° 15/21096), conforte notre position en citant dans ses attendus : « *En l'espèce, la rémunération proposée n'était pas fondée sur une norme de productivité ou de rendement horaire dès lors que le médecin bénéficiait d'une part fixe significative de la valorisation de l'acte par la sécurité sociale, soit 44 %, ainsi que d'un minimum garanti substantiel renforcé par une prime fixe d'ancienneté et encore par les compléments de rémunération qui viennent d'être détaillés.* ».

Ainsi que mentionné lors de la réunion, de nombreux centres de santé parisiens tels que le Centre SOMED René LABORIE, le Centre médical Europe, et le Centre de santé MEDIKSANTE, ont modifié les clauses de rémunération figurant dans leurs contrats de travail. Tel est également le cas pour d'autres structures comme l'Institut Alfred Fournier et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris.

Initialement fondée sur un unique pourcentage des actes, les clauses de rémunération contenues dans les contrats de ces structures sont désormais déterminées par une valeur fixe, ou une valeur fixe associée à une part variable (Cf. *Pièces jointes*).

Il convient par ailleurs de rappeler que la proportion de décisions d'oppositions à des déclarations de sites distincts concernant des contrats de salariat de la part du Conseil départemental de la ville de Paris de l'Ordre des médecins reste faible.

En effet, lors de la séance plénière du 6 septembre 2023, 48 déclarations de sites distincts salariés ont été étudiées et ont abouti à 33 décisions favorables et 15 décisions défavorables (sursis et opposition) dont 9 concernant notamment des rémunérations non conformes (*soit 18,75% de nos décisions concernant les Sites distincts salariés*).



Conseil
Départemental
de la Ville de
Paris
de l'Ordre des
Médecins

Seule une rémunération comportant une part substantielle fixe assimilable à un forfait, éventuellement associée à une part variable accessoire, qui ne saurait excéder le salaire fixe, assure l'exercice salarié de la médecine dans le respect du code de déontologie.

Souhaitant avoir enrichi par ce courrier nos échanges dans le cadre de votre mission sur le financement des centres de santé et sur la position, uniquement conduite par le respect de la déontologie, de notre Conseil vis-à-vis de la rémunération des médecins salariés qui y travaillent.

Veuillez accepter Madame l'Inspectrice, Messieurs les Inspecteurs, l'expression de toute notre considération.

Docteur Jean-Jacques AVRANE
Président

Docteur Stéphane DONNADIEU
Secrétaire général adjoint

Pièces jointes

SIGLES UTILISÉS

ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'Etat
ARS	Agence régionale de santé
AP-HM	Assistance publique – hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance publique – hôpitaux de Paris
ASALEE	Action de santé libérale en équipe
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
C2S	Complémentaire santé solidaire
CAI	Contrat d'aide à l'installation
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins de France
CDOM	Conseil départemental de l'ordre des médecins
CDS	Centre de santé
CMS	Centre municipal de santé
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLS	Contrat local de santé
COSCO	Contrat de stabilisation et de coordination
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSP	Code de la santé publique
CST	Contrat de solidarité territoriale

DAM	Délégué de l'assurance maladie
DE	Dépassement exceptionnel
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DGTPE	Direction générale du trésor et de la politique économique
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Equivalent temps plein
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FPH	Fonction publique hospitalière
FPT	Fonction publique territoriale
FSE	Feuille de soin électronique
FSP	Feuille de soin papier
GHT	Groupe hospitalier de territoire
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
IDEL	Infirmière diplômée d'Etat libéral
IPA	Infirmière de pratique avancée
IPEP	Incitation à une prise en charge partagée
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MEP	Médecin à exercice particulier
MG	Médecin généraliste
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
MT	Médecin traitant
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OPTAM	Option pratique tarifaire maîtrisée
PDS	Permanence des soins
PEPS	Paiement en équipe de professionnels de santé en ville
PRS	Projet régional de santé

PS	Professionnel de santé
QPV	Quartier prioritaire de la politique de la ville
RFS	Rémunération forfaitaire spécifique
RIAP	Relevé individuel d'activité et de prescriptions
ROC	Remboursement des organismes complémentaires
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
SAE	Statistique annuelle des établissements
SEC	Structure d'exercice coordonné
SECPA	Structure d'exercice coordonné participative

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

1 Ministère de la santé et de la prévention

- Cabinet du Ministre de la Santé et de la Prévention
 - Romain Bégué, conseiller accès aux soins, premier recours et efficience des organisations

- Cabinet de la Ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé auprès du ministre de la Santé et de la Prévention
 - Antoine-Mathieu Nicoli, directeur adjoint
 - Dr Sophie Augros, conseillère médicale, chargée des questions d'organisation et d'exercice des professions de santé
 - Angèle Malâtre-Lansac, conseillère technique, chargée de la prospective et de l'innovation territoriale

- Direction de la sécurité sociale (DSS)
 - Clélia Delpech, sous-directrice du financement du système de soins
 - Manon Flandrois, cheffe de projet Financements transversaux et transformation du système de soins, sous-direction du financement du système de soins
 - Aurélien Leconte, chef du bureau Relations avec les professions de santé, sous-direction du financement du système de soins (1B)
 - Annabelle Arcadias, chef du bureau Relations avec les professions de santé, sous-direction du financement du système de soins (1B)
 - Clémence Julian, adjointe à la cheffe du bureau Relations avec les professions de santé
 - Caroline Balas, chargée de mission Exercice coordonné, bureau Relations avec les professions de santé

- Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
 - Dr Marion Fages, adjointe à la sous-directrice du pilotage et de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF)
 - Samuel Delafuys, chef du bureau Coopérations et contractualisations, sous-direction du pilotage et de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF3)
 - Juliette Parnot, chargée de mission, bureau Coopérations et contractualisations
 - Axelle Desgrippes, chargée de mission structures d'exercice coordonné

- Emmanuel Hay, interne en santé publique, bureau Coopérations et contractualisations
- Léo Plantier, interne en médecine, bureau Coopérations et contractualisations (PF3)
- Numan Bahroun, stagiaire, étudiant pharmacie, bureau Coopérations et contractualisation
- Nathalie Schneider, cheffe de projet, Equipe projet Accès territorial aux soins
- Elizabeth Bouttier, adjointe à la cheffe du bureau Evaluation, modèles et méthodes, sous-direction de la régulation de l'offre de soins

- Direction de la recherche, recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
 - Benoît Ourliac, sous-directeur de l'observation de la santé et de l'assurance maladie

- Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)
 - Natacha Lemaire, rapporteure générale auprès du conseil stratégique de l'innovation en santé, Equipe Article 51
 - Yann Debos, chef de service, pôle Santé-ARS
 - Nicolas Jouve, chef de projet FIR
 - Marion Billon-Galland, chargée de mission CNP/FIR
 - Jean Malibert, chargé de mission, référent centres de santé, équipe Article 51
 - Héloïse Chapuis-Bastonero, stagiaire chargée d'appui à la conduite des projets Article 51, Equipe Article 51

- Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI, au sein du SGMAS)
 - Catherine Borsi-Serhan, responsable du pôle pilotage du réseau des conseillers pour les affaires sociales
 - Francis Bouyer, conseiller pour les affaires sociales, Berlin
 - Caroline Chaulet, conseillère pour les affaires sociales Madrid,
 - Pierre Goudin, conseiller pour les affaires sociales, Italie
 - Mireille Jarry, conseillère pour les affaires sociales, Madrid
 - Amin Mansouri, conseiller pour les affaires sociales, Royaume-Uni
 - Xavier Schmitt, conseiller pour les affaires sociales, pays nordiques
 - Benoît Sevcik, conseiller pour les affaires sociales, Washington

2 Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion

- Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES)
 - Dorian Roucher, sous-directeur de l'emploi et du marché du travail
 - Bertrand Marc, chef du département de l'emploi, sous-direction de l'emploi et du marché du travail
 - Alexandre Cazenave-Lacroutz, adjoint au chef du département de l'emploi

3 Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique

- Direction du budget
 - Louis Nouaille-Degorce, chef du bureau des comptes sociaux et de la santé, 6ème sous-direction (6BCS)
 - Kevin Dartois, adjoint au chef du bureau des comptes sociaux et de la santé
- Direction générale des finances publiques (DGFiP)
 - Denis Boissault, chef du département des études et statistiques fiscales, service de la gestion fiscale
- Institut des statistiques et des études économiques (Insee)
 - Vladimir Passeron, chef du département de l'emploi et des revenus d'activité, direction des statistiques démographiques et sociales
 - Philippe Raynaud, chef de la division Exploitation des sources administrative sur les revenus et emploi
 - Christelle Rieg, cheffe de section en charge de la Base Tous Salariés dans la division Exploitation des sources administrative sur les revenus et emploi

4 Ministère de l'Intérieur et des Outre-Mers

- Direction générale des collectivités locales (DGCL)
 - Stéphane Brunot, adjoint à la directrice générale des collectivités locales
 - Thomas Fauconnier, sous-directeur des finances locales et de l'action économique (FL)

- Magali Rocher, chef du bureau des interventions économiques et de l'aménagement du territoire (FL 4), sous-direction des finances locales et de l'action économique
- Amandine Bloino, juriste en charge des interventions économiques des collectivités territoriales, bureau des interventions économiques et de l'aménagement du territoire
- Taline Aprikian, cheffe du bureau des services publics locaux, sous-direction des compétences et des institutions locales (CIL 3)
- Christophe Bernard, sous-directeur des élus locaux et de la fonction publique territoriale (FP)
- Marie-Josée Miranda, adjointe au sous-directeur des élus locaux et de la fonction publique territoriale
- Lionel Lagarde, chef du bureau des statuts et de la réglementation des personnels territoriaux, sous-direction des élus locaux et de la fonction publique territoriale (FP 2)

5 Assurance maladie

- Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS) / Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)
 - Thibaut Zaccherini, responsable du département des professions de santé, direction de l'offre de soins, direction de l'offre de soins
 - Pierre-Emmanuel de Joannis, adjointe au responsable du département des professions de santé
 - Aurélie Grondin, chargée de mission référente exercice coordonné, département des professions de santé
 - Clémence Aberki, chargée d'études en économie de la santé, département des professions de santé
 - Clémentine Robert-Vignes, chargée d'études en système de santé et protection sociale, département des professions de santé
 - Imane Ait Boumazzou, chargée d'études, département des professions de santé
- Direction de la stratégie, des études et des statistiques / Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)
 - Damien Vergé, directeur de la stratégie, des études et des statistiques
 - Grégoire de Lagasnerie, adjoint au directeur de la stratégie, des études et des statistiques
 - Emin Agamaliyev, responsable du département des études sur l'offre de soins
 - Thibault Mallet, responsable du département synthèse et prévisions

- Pierre Bergman, responsable du département des innovations Article 51

- Direction déléguée aux opérations (DDO) / Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)
 - Sandrine Dubert, cabinet de la DDO
 - Stéphane Droniou, responsable adjoint du département Gestion des frais de santé et partenaires
 - Rosine De Sousa Pinto, cheffe de projet MOA, département Gestion des frais de santé et partenaires
 - Amanda Truch, consultante en organisation, département Métier de la production
 - Sandra Bidegaray, sous directrice, direction de l'accompagnement des offreurs de soins

- Caisse primaire d'assurance maladie de Paris (CPAM75)
 - Raynal Le May, directeur général
 - Serge Krikorian, directeur adjoint gestion du risque et lutte contre la fraude
 - Christine Gautier, directrice adjointe régulation et relations professionnels de santé
 - Clémence Lalaut, directrice adjointe du service, des prestations et des établissements

- Caisse primaire d'assurance maladie d'Artois
 - Blandine Gohier, directrice
 - Stephanie Zukow-Simon, directrice adjointe
 - Léo Barrois, sous-directeur régulation et évolution des pratiques

6 URSSAF Caisse nationale

- Cyrille Hagnere, adjoint au directeur des statistiques, des études et de la prévision (DISEP), responsable du département Risques recherche évaluation et publications
- Anne Laure Zennou, directrice du département Etudes statistiques et animation du réseau, direction des statistiques, des études et de la prévision

7 Fédérations et représentants des professionnels et des centres de santé

Par ordre alphabétique

- Confédération des centres de santé C3SI
 - Jean-Louis Leveque, vice-président
 - Ronan Eliot, directeur national
 - Isabelle Herry, représentante de la fédération Adédom
 - Virginie Merlatti, directrice d'une association adhérente

- Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)
 - Dr Frank Devulder, président
 - Dr Luc Duquesnel, président de la branche médecine générale

- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)
 - Sarah Bekhada, directrice adjointe de l'offre de soins
 - Hélène Caillat, conseillère pour l'offre de soins

- Fédération des médecins de France (FMF)
 - Dr Patricia Lefebure, présidente

- Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)
 - Céline Giordano, responsable de l'offre de soins de premier recours
 - Anne Lise Montaville, directrice du centre de santé du square de la mutualité
 - Guénaëlle Haumesser, directrice adjointe de l'offre de soins, de l'autonomie et des parcours

- Fédération des mutuelles de France (FMF)
 - Nicolas Souveton, vice-président
 - Laurent Eveillard, directeur général
 - Roland Walger, coordonnateur du RNOGCS

- Fédération nationale des centres de santé (FNCS)
 - Dr Hélène Colombani, présidente
 - Sabrina Tanqueray, directrice
 - Valérie-Sophie Bertrand, responsable du développement des centres de santé
 - Laurence Parrain, directrice de la santé de la ville d'Issy-les-Moulineaux

- MG France
 - Dr Jean-Claude Soulyard, conseiller national
 - Dr Jean-Christophe Nogrette, conseiller national

- Regroupement national des gestionnaires de centres de santé (RNOGCS)
 - Roland Walger, coordonnateur
 - Christophe Falatin, économiste de la santé, consultant ACE santé
 - Emma Bassahon, chargée du secteur des soins au premier recours

- Union nationale aide à domicile en milieu rural (ADMR)
 - Pauline Chevalier, responsable santé et autonomie
 - Jérôme Perrin, directeur du développement et de la qualité

- Union syndicale des médecins de centres de santé (USMCS)
 - Dr Frédéric Villebrun, président (CDS municipal de Champigny-sur-Marne)
 - Dr Julie Chastang, médecin généraliste, maîtresse de conférences des universités à Sorbonne Université (CDS municipal de Champigny-sur-Marne)
 - Dr Isabelle Blanchin, coordinatrice médicale (CDS de Villeneuve-Saint-Georges)
 - Dr Inès Bessa, médecin généraliste (CDS d'Aubervilliers)
 - Dr Julie Etcheberry, médecin généraliste au CDS communautaire de Saint-Denis
 - Dr Eric May, médecin généraliste au CDS de la ville de Malakoff, président d'une CPTS, secrétaire général de La Fabrique des Centres de santé
 - Dr Chantal Prat, médecin généraliste (CDS municipal Saint Denis)

8 Association des maires de France (AMF)

- Nelly Jacquemot responsable du département action sociale, éducative, sportive et culturelle

- Sarah Reilly, conseillère technique, département action sociale, éducative, sportive et culturelle
- Stéphanie Bujon, adjointe au maire de Montrouge, membres de la commission santé
- Michel Gabas, maire d'Eauze, membres de la commission santé
- Gilbert Hangard, adjoint au maire d'Albi, président de l'association Élus Santé Publique et Territoires, membres de la commission santé
- Danielle Valero, adjointe au maire, conseillère communautaire déléguée en charge de la santé d'Evry Courcouronnes, membre de la commission santé
- Pascale Echard, directrice générale adjointe santé sport alimentation d'Evry-Courcouronnes

9 Agences régionales de santé

- ARS Bourgogne-Franche-Comté
 - Didier Jacotot, directeur du cabinet, du pilotage et des territoires
 - Jérôme Narcy, adjoint au directeur du cabinet, du pilotage et des territoires
- ARS Centre Val-de-Loire
 - Clara de Bort, directrice générale
 - Sabine Dupont, directrice de l'offre sanitaire
 - Mathieu Lemarchand, directeur de la stratégie
- ARS Guyane
 - Marine Barthélemy, responsable du développement de l'offre de soins ambulatoire / premiers recours, direction de l'offre de soins
- ARS Hauts-de-France
 - Pierre Boussemart, directeur de l'offre de soins
 - Adrien Debever, sous-directeur ambulatoire, direction de l'offre de soins
 - Sabrina Rutkowski, chargée de mission centres de santé, service accès aux soins sur les territoires, parcours coordonnés et coopérations, direction de l'offre de soins
- ARS Ile-de-France
 - Arnaud Corvaisier, directeur de l'offre de soins
 - Dr Béatrice Sévadjian, directrice du pôle Ville-hôpital, direction de l'offre de soins

- Sadia Ghulam, responsable du département organisation des soins de ville, direction de l'offre de soins
- Virginie Le Vey, chargée de mission centres de santé, département organisation des soins de ville
- Delphine Joyon, cheffe de projet, la direction de l'innovation de la recherche et de la transformation numérique

- ARS Occitanie
 - Dr Caroline Suberbielle, conseillère médicale
 - Isabelle Redini, directrice de cabinet du directeur général
 - Pascal Durand, directeur du premier recours
 - Virginie Dantard, chargée de mission en charge des centres de santé, direction du premier recours

10 Gestionnaires de centres de santé (organismes, collectivités, centres)

10.1 Niveau national

- Croix Rouge
 - Fabienne Pioch-Laval, directrice de la filière sanitaire, direction générale adjointe Exploitation Croix-Rouge
 - Dr Hakim Chabane, médecin directeur médical, filière sanitaire, direction générale adjointe Exploitation Croix-Rouge
 - Mikaëla Domingos, responsable des centres de santé de Paris
 - Dr Prescillia Piron, médecin coordonnateur des centres de santé Île-de-France

- Groupe ELSAN
 - Simon Levy, directeur général à la stratégie et au développement du groupe
 - Ségolène Perin, du développement des soins primaires
 - Carole Puig-Chevrier, directrice des affaires publiques

- Groupe FILIERIS
 - Gilles De Lacaussade, directeur général
 - Laurence David, directrice nationale du pilotage et de la performance de l'offre de santé

- Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN)
 - Stefan Gouzouguec, vice-président du conseil d'administration chargé de l'offre de soins mutualiste
 - Fabrice Heyriès, directeur général

- Ramsay Santé France
 - Dr François Demesmay, directeur de l'innovation médicale et de l'expérience patient
 - Janson Gassia, directeur des opérations et du développement des soins primaires
 - Gérald Bernigaud, directeur des affaires financières des soins primaires

10.2 Région Ile-de-France

- Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)
 - Jean-Baptiste Hagenmuller, directeur délégué
 - Dr Ayden Tajahmady, directeur de la stratégie et la transformation
 - Elise Berolatti, cheffe de projet Campus Hospitalo-Universitaire Grand Paris-Nord et directrice des opérations

- Centre de santé Ella santé (Paris)
 - Emmanuelle Leclerc, présidente fondatrice
 - François Moreau, directeur du centre
 - Philippe Parisi, conseiller
 - Dr Alain Ducardonnet, vice-président, cardiologue-médecin du sport
 - Dr Patrick Joly, cardiologue
 - Dr Nathalie Dervaux, cardiologue

- Centre de santé Haxo – Croix-Rouge Française (Paris)
 - Fabienne Pioch-Laval, directrice de la filière sanitaire, direction générale adjointe Exploitation Croix-Rouge
 - Dr Hakim Chabane, médecin directeur médical, filière sanitaire, direction générale adjointe Exploitation Croix-Rouge
 - Mikaëla Domingos, responsable des centres de santé de Paris
 - Dr Prescillia Piron, médecin coordonnateur des centres de santé Île-de-France
Dr Françoise Chavastel, chirurgien-dentiste coordonnatrice des centres de santé Île-de-France

- Nicolas Roussey, responsable financier des centres de santé en Île-de-France

- Centre de santé Marie-Thérèse (Paris)
 - Isabelle Harauchamp, directrice déléguée de l'association Marie-Thérèse
 - Dr Bertrand Zanker, médecin généraliste

- Centre médical et dentaire MGEN de Paris
 - Nadine Raffy-Pihan, directrice nationale de la filière soins de premier recours, direction de l'offre de soins mutualistes de la MGEN
 - Roland Masotta, directeur du centre par intérim
 - Gaëlle Kuster, directrice des affaires financières, pôle santé-offre de soins mutualistes de la MGEN

- Mairie de Paris
 - Eve Plenel, directrice de la santé publique de la ville de Paris
 - Pierre-Adrien Hingray, sous-directeur de l'offre et des parcours
 - Gilles Sredic, chargé de mission auprès de la directrice

- Centre de santé municipal de la santé Etienne Gatineau Sailliant (Gennevilliers)
 - Dr Guirec Loyer, médecin directeur
 - Paul Marie Verschraegen, directeur administratif et financier
 - Aurélie Tagnon, assistante de direction

- Centre de santé municipal Maurice Ténine (Champigny-sur-Marne)
 - Dr Frédéric Villebrun, directeur médical
 - Geneviève Carpe, conseillère municipale, adjointe au Maire en charge de la santé et la prévention
 - Roselyne Grosjean, responsable administrative et financière
 - David Marques, infirmier de pratique avancée

- Centre de santé municipal du Parc (Nanterre)
 - Odile Voisin, directrice des centres de santé
 - Florence Kouidri, responsable du centre de santé
 - Dr Véronique Bonfils, médecin, coordinatrice médicale des centres

- Dr Martine Dame, chirurgien-dentiste, coordinatrice des soins dentaires des centres
- Elodie Van Crayenest, responsable administrative et financière de la direction de la santé publique
- Amélie Clarisse, infirmière de pratique avancée

- Centre de santé municipal de la ville de Saint-Ouen (Saint-Ouen)
 - Dr Mohad Djouab, médecin, directeur général adjoint Solidarités et Santé, mairie de Saint-Ouen
 - Catherine Pierre, directrice administrative des trois centres de santé de la commune de Saint-Ouen

- Centre de santé Richerand (Paris)
 - Dr Alain Beaupin, président de la coopérative
 - Julie Boitard, directrice de la coopérative
 - Dr Margot Monnet, directrice médicale par intérim

- Centre de santé SoMeD Paris-Montparnasse (Paris)
 - Dr Bénédicte Gautreau, chirurgien-dentiste, directrice médicale du groupe SoMed
 - Mélanie Debruxelles, directrice du centre
 - Julien Depaz, directeur financier du groupe SoMed

- Centre de santé du square de la mutualité (Paris)
 - Anne-Lise Montaville, directrice générale
 - Camille Koudrine, directrice générale adjointe
 - Clémence Pestourie, chargée de projet

- Centre de santé Sud 77 (Le Châtelet-en-Brie)
 - Roger Le Bloas, président de l'association Centre de santé Sud 77
 - Laurent Dabin, co-directeur administratif et financier
 - Franck Pezant, directeur des ressources humaines
 - Dr Patrick Droit, médecin généraliste, coordonnateur médical

- Centre de santé Ramsay-Santé (Ris-Orangis)
 - Janson Gassia, directeur des opérations et du développement des soins primaires, Ramsay Santé France
 - Alice Mercier, responsable des centres de santé d'Ile de France
 - Clarisse Paget, cheffe de projet PRIMORDIAL
 - Dr Léa Lescure, médecin généraliste
 - Dr Audrey Marsal, médecin généraliste

10.3 Région Hauts-de-France

- Direction régionale Nord du groupe FILIERIS
 - Nicolas Blanchart, directeur régional par intérim
 - Anne Lemay, directrice de l'offre de santé ambulatoire
 - Dr Yann Pollart, conseiller médical régional, médecin au centre de santé de Méricourt
 - Dr Nicolas Trioux, président du comité médical consultatif local, médecin au centre de santé d'Avion

- Centre de santé Filieris Wingles (Wingles)
 - Dr Laurent Corduant, médecin généraliste
 - Dr Agnès Hervier, médecin généraliste
 - Gwendoline Luthun, infirmière
 - Donovan Bouteliere, infirmier
 - Aurélie Richir, secrétaire
 - Florence D'Helft, secrétaire

- Centre de santé de Lens Gare (Lens)
 - Dr Florence Leroy, conseillère médicale régionale, médecin généraliste
 - Dr Romain Majchrzak, conseiller médical régional, médecin généraliste
 - Dr Tronchon, président de la commission médicale d'établissement du GHT Artois
 - Emilie Dezitter, infirmière
 - Manon Ducourant, infirmière
 - Isabelle Fontaine, secrétaire

- Conseil départemental du Nord
 - Barbara Coevoet, vice-présidente du Département du Nord en charge de la santé et la prévention
 - Saliha Grévin, directrice de projets santé
 - Stéphane Latouche, conseiller technique au cabinet du président

10.4 Région Provence-Alpes-Côte-d'Azur

- Assistance publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM)
 - Johanne Menu, directrice adjointe de l'hôpital Nord
 - Anne Sophie Anbar, directrice adjointe, direction des finances
 - Blanche Pujos, élève directrice d'hôpital
 - Anaïs Caro, stagiaire

10.5 Région Centre Val de Loire

- GIP e-Santé (Région Centre Val de Loire)
 - Sylvie Dubois, vice-présidente déléguée à la santé et à la prévention
 - Eric Martin, directeur général délégué à aménagement du territoire
 - Aline Chassine, directrice du GIP Pro santé
 - César Gonzales, chargé de mission points accès aux soins
- Centre de santé du centre hospitalier d'Issoudun
 - Marc Kugelstadt, directeur du centre hospitalier de la Tour Blanche
 - M. Dubot, directeur adjoint,
 - Dr Sophie Quer, médecin généraliste, coordinatrice médicale
- Centre de santé de Vierzon
 - Virginie Poupat, directrice

10.6 Région Pays de la Loire

- Pôle de santé Simone Veil de La Ferté Bernard
 - Catherine Bossy, présidente
 - Bénédicte Marchais, vice-présidente

- Sylvia Guillemin, coordinatrice
- Michel Landais, coordonnateur médical

10.7 Région Bourgogne-Franche-Comté

- Conseil départemental de Saône-et-Loire, centre départemental de santé
 - André Accary, président du conseil départemental
 - François Maillot, conseiller du président du conseil départemental
 - Carine Targe, directrice générale adjointe à l'attractivité, conseil départemental
 - Maxime Richard, directeur des centres de santé, conseil départemental
- Centre de santé territorial de Montceau-les-Mines, centre départemental de santé de Saône-et-Loire
 - Carine Targe, directrice générale adjointe à l'attractivité, conseil départemental
 - Dr Pascale Rollin, directrice médicale du centre départemental de santé
 - Clémence Alix, chargée de projet
 - Dr Pierre Metzdorff, médecin coordonnateur
 - Guillaume Saulnier, infirmier en pratique avancée
 - Séverine Morin, responsable du centre de santé territorial de Digoïn

10.8 Région Occitanie

- Conseil régional, Centres de santé GIP Ma santé Ma région (Conseil régional)
 - Vincent Bounes, vice-président de la Région Occitanie en charge de la santé, vice-président du GIP Ma santé Ma Région
 - Anne Bassinet, directrice générale déléguée Territoires, jeunesse et qualité de vie, conseil régional
 - Sarah Baptiste, directrice de la santé, des solidarités et du logement, conseil régional
 - Gael L'aot, directeur du contrôle de gestion et de l'audit, conseil régional
 - Anne Violaine Sibaud, directrice adjointe des finances, conseil régional
 - Sophie Dejoux, directrice générale du GIP Ma santé Ma région
 - Christine Desclaux, responsable administrative finances ressources humaines du GIP Ma santé ma Région
 - Christine Trigoux, responsable contrôle de gestion, GIP Ma santé ma Région
 - Alice Montoya, assistante de direction, GIP Ma santé ma Région

11 Ordres

- Conseil national de l'ordre des médecins
 - Dr René-Pierre Labarrière, président de la section Exercice professionnel
 - Francisco Jornet, directeur du service juridique
 - Coralie Rimmelspacher, conseillère juridique, section Exercice Professionnel

- Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes
 - Dr Philippe Pommarède, président
 - Sylvie Germany, directrice des affaires juridiques et institutionnelles

- Conseil départemental de la ville de Paris de l'ordre des médecins
 - Dr Jean-Jacques Avrane, président
 - Dr Stéphane Donnadiou, secrétaire général adjoint
 - Juliette Dubois, conseillère juridique

12 Autres organismes/ instances

- Association Asalée
 - Dr Laurent Quessard, vice-président
 - Amaury Derville, délégué général, directeur associé ISAS ingénierie santé social

- Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP)
 - Marion Deverriere, expert Finances, pôle performance économique, ingénierie financière, usages de l'IA et des DATA

- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
 - Dr Max Bensadon, directeur général adjoint
 - Vincent Monot, ingénieur, Ingénieur informaticien, système d'information web - architecture et production informatiques

- Cabinet de conseil AP2M
 - Roland Masotta, président du cabinet

- Cabinet de conseil Ailancy
 - Antony Chomette, directeur associé du cabinet

- Conférence des directeurs généraux (DG) de CHU
 - Cécile Jaglin-Grimonprez, directrice générale du CHU Angers, vice-présidente de la conférence des DG de CHU
 - Olivier Bossard, DG du CHU de Saint Étienne et président de la commission des DAF de CHU
 - Nicolas Meyniel, directeur financier du CHU de Saint-Etienne, coordonnateur adjoint de la commission des DAF de CHU
 - Clément Triballeau, directeur adjoint pôle parcours-performance, du CHU d'Angers
 - Céline Wasmer, secrétaire générale de la conférence des DG CHU
 - Virginie Demoisson, chargée de mission à la commission des directeurs des affaires financières des CHU
 - Emilie Vie, stagiaire

- Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)
 - Denis Raynaud, directeur
 - Julien Mousquès, directeur de recherche, économiste
 - Damien Bricart, maître de recherche, économiste
 - Dr Cécile Fournier, maîtresse de recherche, médecin santé publique et sociologue médecin, directrice de recherche
 - Julia Legrand, chargée de recherche, sociologue
 - Laure Pitty, chercheuse associée, maîtresse de conférences en sociologie à l'Université Paris 8

- Société MERIDIAM
 - Olivier Noblecourt, directeur de l'investissement local durable

LETTRE DE MISSION



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Inspection générale des affaires sociales

09 MARS 2023

Les Ministres

Paris, le 6 mars 2023

Réf. : I-23-000283

**Monsieur Thomas Audigé,
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales**

Objet : mission d'évaluation du modèle économique des centres de santé pluriprofessionnels

Le déploiement des centres de santé (CDS) pluriprofessionnels compris comme ayant au moins un médecin généraliste et un auxiliaire médical, figure parmi les politiques prioritaires du Gouvernement. L'objectif de 700 CDS pluriprofessionnels n'a toutefois pas été atteint fin 2022 puisque seuls 522 centres ont été comptabilisés en fin d'année 2021.

La fragilité du modèle économique des CDS pluriprofessionnels constitue l'un des principaux freins à leur développement. En 2019, 75 % de ces structures ne parvenaient pas à trouver un équilibre économique. Des rachats, voire des fermetures, ont par ailleurs été signalés. Ces difficultés s'expliquent notamment par l'importance des dépenses de personnels administratifs et par le coût élevé du tiers-payant pour ces structures. Les financements complémentaires aux recettes liées au paiement à l'acte (financements issus de l'accord national des centres de santé, de la subvention dite « Teulade », des subventions des collectivités territoriales notamment), qui représentent environ 20 % des recettes, ne semblent pas de nature à garantir leur équilibre économique.

Nous souhaitons que vous réalisiez, en cohérence avec la mission relative à l'évaluation de la situation économique et des perspectives de développement des centres de soins infirmiers (novembre 2022), un travail d'objectivation de la situation économique, financière et organisationnelle des CDS pluriprofessionnels afin notamment d'apprécier la part des difficultés économiques relevant d'une insuffisance du modèle de financement et celles relevant de difficultés d'organisation et de gestion de ces centres. Vous mettrez en avant les principaux facteurs de déséquilibre en tenant compte de la diversité de ces centres. Afin de nourrir cette évaluation précise des recettes (notamment celles issues des collectivités territoriales), des chargés et de l'équilibre économique des centres, vous pourriez réaliser des monographies.

Partant de cet état des lieux, vous proposerez des pistes permettant d'atteindre un équilibre économique soit à droit constant soit par une évolution du mode de financement de ces CDS, le cas échéant en distinguant la structure gestionnaire (public, privé à but non lucratif, privé à but lucratif). Ces recommandations devront également porter sur l'amélioration de l'efficacité interne des centres. Par ailleurs, il est attendu que des modes de gestion innovants, tels que le portage par un centre hospitalier,

Tél : 01 40 56 60 00
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux. Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse ddc-rpd-cab@ddc.social.gouv.fr ou par voie postale. Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

soient étudiés. A cet égard, l'étude de différents modèles internationaux pourra éclairer utilement vos propositions.

Ces propositions s'inscriront dans le cadre des orientations fixées par le Président de la République le 6 janvier dernier à l'occasion de ses vœux aux acteurs de la santé, en particulier l'annonce du lancement d'une réflexion sur la transformation du financement du système de santé, qui reposera à l'avenir, en ville comme à l'hôpital, sur des objectifs de santé publique négociés à l'échelle du territoire, les missions effectivement réalisées et l'activité des professionnels.

Les mesures recommandées par la mission devront en partie pouvoir être appliquées à court terme, en prenant en considération les enseignements, même partiels, apportés par les expérimentations de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, notamment l'expérimentation du « paiement en équipe de professionnels de santé en ville » ou « structures d'exercice coordonnée participatives », offrant un mode de financement dérogatoire des centres de santé au forfait.

Pour la conduite de cette mission, vous pourrez notamment vous appuyer sur les services de la direction générale de l'offre de soins, de la direction de la sécurité sociale, de l'assurance maladie et de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Un premier rapport est attendu pour la fin du mois juin 2023 afin d'anticiper le cadre d'évolutions à court terme (potentielle mesure en loi de de financement de la sécurité sociale pour 2024, lettre ministérielle de cadrage des négociations de l'accord national) avant un second rapport plus étayé et opérationnel en ce qui concerne le modèle de financement envisagé pour le mois d'octobre 2023.



Francis BRAUN



Agnès FIRMIN LE BODO