



Evaluation du modèle économique des centres de santé pluriprofessionnels



Annexes



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

SOMMAIRE

ANNEXE 1: UN ETAT DES LIEUX DE LA SITUATION DES CENTRES DE SANTE PLURIPROFESSIONNELS FONDE SUR L'OBSERVATOIRE DES CENTRES DE SANTE	5
ANNEXE 2: COMPARAISONS INTERNATIONALES EN MATIERE D'ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES ET DE REMUNERATION DES MEDECINS GENERALISTES.....	181
ANNEXE 3: LES EXPERIMENTATIONS D'ORGANISATIONS DE SANTE INNOVANTES INTERESSANT LES CDS PLURIPROFESSIONNELS.....	289
ANNEXE 4: PRESENTATION DE L'ACCORD NATIONAL DES CENTRES DE SANTE ET ANALYSE DE LA REMUNERATION SPECIFIQUE ISSUE DE L'ACCORD (2018-2022)	337
ANNEXE 5: HISTORIQUE ET CADRE JURIDIQUE ET DE FINANCEMENT DES CENTRES DE SANTE PLURIPROFESSIONNELS.....	405
ANNEXE 6: DECLINAISON TERRITORIALE DE LA POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE PAR LES ARS	421
ANNEXE 7: PRESENTATION DE QUELQUES LEVIERS D'OPTIMISATION DES RECETTES DES CENTRES	461

ANNEXE 1 : Un état des lieux de la situation des centres de santé pluriprofessionnels fondé sur l'observatoire des centres de santé

Cette annexe présente un état des lieux général de la situation, de l'organisation, de l'activité et de la situation économique et financière des centres de santé (CDS) pluriprofessionnels, définis de manière usuelle comme employant au moins un médecin généraliste et un auxiliaire médical, à partir essentiellement de la base de données dite de « l'observatoire des centres de santé » ou « e-CDS » et, de manière ponctuelle, de deux sources de données complémentaires mises à disposition de la mission par les services de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)¹.

Par nature, la portée de cette annexe est limitée par le champ des données chiffrées mobilisées.

Après une présentation de la base « e-CDS » (partie 1), l'annexe présente un état des lieux :

- Des principales caractéristiques des CDS pluriprofessionnels et des évolutions qui les ont affectées au cours des années récentes (partie 2) ;
- Des professionnels médicaux, paramédicaux et autres personnels employés par les CDS pluriprofessionnels, de leurs conditions d'emploi et des différents types d'activités médicales ou non médicales qu'ils mettent en œuvre (partie 3) ;
- Du positionnement particulier des CDS pluriprofessionnels dans l'offre de soins de certains territoires et publics défavorisés, de certains de leurs apports particuliers pour ces populations ainsi que du volume de leur patientèle et de leur production d'actes de médecine générale (partie 4).
- De la situation économique et financière des CDS pluriprofessionnels, avec un focus particulier sur l'année 2022 et une analyse de la façon dont cette situation varie selon certaines caractéristiques clé des centres (partie 5).

La préparation de cette annexe par la mission a bénéficié d'un appui très conséquent apporté par le pôle d'analyse des données de l'IGAS².

¹ Ces deux sources informent respectivement sur les actes cliniques réalisés par les centres de santé, d'une part, et, sur la détermination de la rémunération forfaitaire spécifique issue de l'accord national des centres de santé, d'autre part.

² Cet appui a été d'ordre à la fois méthodologique et opérationnel. L'essentiel des estimations statistiques produites sur l'année 2022 ont été réalisés par la mission, sous sa seule responsabilité. Le pôle d'analyse des données a par ailleurs fourni un certain nombre d'estimations sur les années 2016 à 2022.

SOMMAIRE

ANNEXE 1: UN ETAT DES LIEUX DE LA SITUATION DES CENTRES DE SANTE PLURIPROFESSIONNELS FONDE SUR L'OBSERVATOIRE DES CENTRES DE SANTE	5
1 UNE BASE DE DONNEES E-CDS TRES RICHE, UN CONTEXTE DE FORT DEVELOPPEMENT RECENT DES CENTRES DE SANTE DENTAIRE, MEDICAUX ET POLYVALENTS	9
1.1 UNE BASE DE DONNEES E-CDS TRES RICHE FONDEE PRINCIPALEMENT SUR DES INFORMATIONS FOURNIES ANNUELLEMENT PAR LES CENTRES DE SANTE ET, DANS UNE MOINDRE MESURE, DE DONNEES FOURNIES PAR LA CNAM ET LES ARS.....	9
1.2 UNE CLASSIFICATION DES CDS EN QUATRE GRANDES CATEGORIES DEFINIES DANS L'ACCORD NATIONAL DES CENTRES DE SANTE QUI S'EFFECTUE DE MANIERE OPERATIONNELLE SUR SIMPLE DECLARATION DES CDS.....	14
1.3 UN MODE D'IDENTIFICATION DES CENTRES DE SANTE PLURIPROFESSIONNELS DISJOINT DE LA CLASSIFICATION CNAM DES CENTRES DE SANTE ET FONDE ENTIEREMENT SUR LES DONNEES D'EFFECTIFS FOURNIES PAR LES CENTRES	16
1.4 UN FORT DEVELOPPEMENT RECENT DU NOMBRE DE CENTRES DE SANTE DES DIFFERENTES CATEGORIES DEFINIES DANS L'ACCORD NATIONAL DES CENTRES DE SANTE, A L'EXCEPTION NOTABLE DES CENTRES DE SANTE INFIRMIERS.....	17
2 UN FORT DEVELOPPEMENT RECENT DES CDS PLURIPROFESSIONNELS, UNE GRANDE DIVERSITE DE GESTIONNAIRES, DE TYPES D'ACTIVITE ET DE TAILLE, UNE CONCENTRATION PERSISTANTE EN ILE-DE-FRANCE	20
2.1 586 CENTRES DE SANTE PLURIPROFESSIONNELS EN 2022 : 80 % DE CENTRES DE SANTE POLYVALENTS DECLARANT EMPLOYER DES AUXILIAIRES MEDICAUX ET 12 % DE CENTRES MEDICAUX, POUR L'ESSENTIEL .	20
2.2 UNE AUGMENTATION DU NOMBRE DE CENTRES DE SANTE PLURIPROFESSIONNELS DE 65 % ENTRE 2016 ET 2022.....	21
2.3 LES HONORAIRES DES CDS PLURIPROFESSIONNELS : PRES DE 1,2 % SEULEMENT DES DEPENSES DE SOINS DE VILLE EN FRANCE EN 2022, APRES UN PEU PLUS DE 0,9 % EN 2016	23
2.4 UNE FORTE EXPANSION RECENTE DES CDS PLURIPROFESSIONNELS DANS LA PLUPART DES REGIONS, MAIS UNE CONCENTRATION PERSISTANTE EN ILE-DE-FRANCE ET A PARIS EN PARTICULIER	24
2.5 UNE GRANDE DIVERSITE DES ORGANISMES GESTIONNAIRES DES CENTRES, AVEC UNE PREDOMINANCE DES ASSOCIATIONS, DES COLLECTIVITES TERRITORIALES ET DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE ..	33
2.6 UN NOMBRE IMPORTANT DE CDS PLURIPROFESSIONNELS QUI DISPENSENT DES SOINS DENTAIRE OU OPHTALMOLOGIQUES, DE MANIERE RELATIVEMENT INTENSE POUR UNE PARTIE D'ENTRE EUX	38
2.7 DES CDS PLURIPROFESSIONNELS DE TAILLE TRES VARIABLE, MAIS AVEC UNE PREPONDERANCE DES CENTRES EMPLOYANT UN PETIT NOMBRE DE PROFESSIONNELS MEDICAUX	40
2.8 UN IMPORTANT RENOUVELLEMENT RECENT DU PAYSAGE DES CDS PLURIPROFESSIONNELS, AVEC UNE FORTE EXPANSION DES CDS DE PETITE TAILLE OU DE TAILLE MODESTE	44
3 UNE PLACE ENCORE LIMITEE DES CDS PLURIPROFESSIONNELS DANS L'OFFRE DE SOINS, MAIS EN FORTE AUGMENTATION RECENTE, DES PROFESSIONNELS MEDICAUX PRINCIPALEMENT A TEMPS PARTIEL.....	48

3.1	7 750 PROFESSIONNELS MEDICAUX EN 2022, DONT 6 000 MEDECINS, EMPLOYES LE PLUS SOUVENT A TEMPS PARTIEL SUR L'ANNEE, UNE PART IMPORTANTE DE PERSONNELS PARAMEDICAUX ET MEDICO-ADMINISTRATIFS	48
3.2	UNE AUGMENTATION DES ETP ANNUELS DE MEDECINS EMPLOYES PAR LES CDS PLURIPROFESSIONNELS DE PRES DE 52 % ENTRE 2016 ET 2022 ET DE 43 % POUR L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS EMPLOYES	52
3.3	UNE PREDOMINANCE DES MEDECINS GENERALISTES ET DES CHIRURGIENS-DENTISTES PARMIS LES PROFESSIONNELS MEDICAUX DES CDS PLURIPROFESSIONNELS, DES PERSONNELS MEDICO-ADMINISTRATIFS NOMBREUX	53
3.4	UN SPECTRE D'ACTIVITES DE SOINS MEDICAUX TRES VARIABLE SELON LES CDS, MAIS LE PLUS SOUVENT LIMITE A LA MEDECINE GENERALE ET A DEUX OU TROIS AUTRES SPECIALITES, DONT LES ACTIVITES DE SOINS DENTAIRE.....	67
3.5	UNE STRUCTURE DE LA MAIN D'ŒUVRE TRES VARIABLE SELON LES CENTRES ET QUI VARIE GLOBALEMENT SELON LES GRANDES CATEGORIES DE GESTIONNAIRES DE CENTRES	69
3.6	UNE QUOTITE ANNUELLE MOYENNE DE TRAVAIL POUR LES PROFESSIONNELS MEDICAUX VARIABLE SELON LES CDS	73
3.7	DES ACTIVITES MEDICALES TECHNIQUES ET DES ACTIVITES MEDICALES ET PARAMEDICALES PARTICULIERES DANS CERTAINS CDS PLURIPROFESSIONNELS	76
4	UNE OFFRE DE SOINS IMPORTANTE DANS DES TERRITOIRES ET POUR DES PUBLICS DEFAVORISES, UN NOMBRE D'ACTES DES MEDECINS VARIABLE MAIS GLOBALEMENT FAIBLE	78
4.1	18 % DES CDS PLURIPROFESSIONNELS IMPLANTES DANS DES QUARTIERS PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE EN 2022 ET 17 % DANS DES « QUARTIERS VECUS »	78
4.2	UN DEGRE DE PRECARITE SOCIALE DE LA PATIENTELE TRES VARIABLE SELON LES CENTRES, MAIS GLOBALEMENT ELEVE VOIRE TRES ELEVE POUR CERTAINS CENTRES	82
4.3	LA PRATIQUE DU TIERS PAYANT SUR LA PARTIE COMPLEMENTAIRE POUR 83 % DES CDS PLURIPROFESSIONNELS EN 2022, UN CHIFFRE QUI VARIE TOUTEFOIS SELON LES TYPES DE GESTIONNAIRES	90
4.4	DES PLAGES HORAIRES D'OUVERTURE DES CDS PLURIPROFESSIONNELS ETENDUES, EN LIEN AVEC LES EXIGENCES DE L'ACCORD NATIONAL DES CENTRES DE SANTE, MAIS D'UNE AMPLITUDE VARIABLE SELON LES CENTRES	91
4.5	UNE ORGANISATION AVEC DES ANTENNES TERRITORIALES POUR CERTAINS CDS PLURIPROFESSIONNELS, DES ACTIONS INNOVANTES, UNE PARTICIPATION PEU FREQUENTE A LA PERMANENCE DES SOINS	94
4.6	LA MISE EN ŒUVRE DE VISITES A DOMICILE DANS UNE MOITIE DES CDS PLURIPROFESSIONNELS ET DES FACILITES D'ACCUEIL POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	97
4.7	UNE FILE ACTIVE « MEDECIN GENERALISTE » ET UN VOLUME DE PATIENTELE « MEDECIN TRAITANT » TRES VARIABLES SELON LES CENTRES	98
4.8	UN NOMBRE D'ACTES MOYEN PAR MEDECIN GENERALISTE EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN TRES VARIABLE SELON LES CENTRES, MAIS TRES INFERIEUR LE PLUS SOUVENT A CELUI DES MEDECINS LIBERAUX.....	103
4.9	UNE PRATIQUE INTENSE DE LA TELECONSULTATION POUR CERTAINS CDS PLURIPROFESSIONNELS, EN PARTICULIER POUR CERTAINS CENTRES DE GRANDE TAILLE GERES PAR DES ASSOCIATIONS	107
5	UNE SITUATION ECONOMIQUE ET FINANCIERE DES CDS PLURIPROFESSIONNELS GLOBALEMENT DEGRADEE EN 2022, MAIS TRES VARIABLE SELON LES CENTRES	110

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

5.1	EVALUER DE MANIERE SATISFAISANTE LA SITUATION ECONOMIQUE ET FINANCIERE DES CENTRES DE SANTE PLURIPROFESSIONNELS : UN EXERCICE DIFFICILE, LA DEMARCHE DE LA MISSION	110
5.2	UNE PART ELEVEE DES CHARGES DE PERSONNEL DANS LES CHARGES D'EXPLOITATION, UNE FORTE HAUSSE DES CHARGES AU COURS DES ANNEES RECENTES, UNE STRUCTURE DES CHARGES TRES VARIABLE SELON LES CENTRES.....	117
5.3	DES FINANCEMENTS DES CDS PLURIPROFESSIONNELS PRINCIPALEMENT CONSTITUES DES HONORAIRES, UNE FORTE HAUSSE RECENTE DE LA PART DES REMUNERATIONS FORFAITAIRES, UNE STRUCTURE DE FINANCEMENT VARIABLE SELON LES CENTRES.....	124
5.4	UNE FORTE DEGRADATION APPARENTE DU RESULTAT D'EXPLOITATION ESTIME DES CDS PLURIPROFESSIONNELS, PRIS DE MANIERE AGREGEE, EN 2022	134
5.5	UNE SITUATION FINANCIERE DES CDS PLURIPROFESSIONNELS GLOBALEMENT DEGRADEE EN 2022 MAIS QUI VARIE FORTEMENT SELON LES CENTRES	137
5.6	UNE SITUATION FINANCIERE DES CSP PLURIPROFESSIONNELS EN 2022 TRES VARIABLE SELON LES CENTRES ET QUI VARIE SELON LE TYPE DE GESTIONNAIRES	144
5.7	DES RESULTATS D'EXPLOITATION DES CSP PLURIPROFESSIONNELS EN 2022 QUI VARIENT, DANS UNE CERTAINE MESURE, SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES INTRINSEQUES OU DE GESTION DES CENTRES	154
5.8	UNE EVOLUTION RECENTE DE LA SITUATION FINANCIERE DES CDS QUI N'A PAS ETE UNIFORME	177

1 Une base de données e-CDS très riche, un contexte de fort développement récent des centres de santé dentaires, médicaux et polyvalents

1.1 Une base de données e-CDS très riche fondée principalement sur des informations fournies annuellement par les centres de santé et, dans une moindre mesure, de données fournies par la CNAM et les ARS

La plateforme dématérialisée dite de « l'observatoire des centres de santé » ou « e-CDS » a été créée en lien avec une des recommandations de la précédente mission de l'IGAS de 2013³.

Cette plateforme a été conçue et mise en œuvre par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), dans le cadre d'un projet dont la maîtrise d'ouvrage était formellement confiée à la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et à la CNAM.

Elle a été conçue essentiellement en 2015-2016 avec des représentants nationaux des CDS et testée par une douzaine de CDS. Elle a été mise en œuvre pour l'ensemble des CDS pour la première fois fin 2016 et début 2017, pour la collecte des données relatives à l'année 2016.

Elle a été mise en place avec le double objectif de :

- « centraliser les données du rapport d'activité des centres de santé conditionnant le versement des différentes rémunérations forfaitaires prévues par l'accord national des centres de santé (rémunération forfaitaire spécifique et rémunération sur objectifs de santé publique) »,
- « assurer le recensement et le suivi des structures pour en faciliter le pilotage national et régional, favoriser le partage des connaissances sur le profil et l'activité des centres de santé et constituer un outil de communication via la restitution des données au travers de l'observatoire des centres de santé »⁴.

L'alimentation de cette plateforme par les CDS est prévue et encadrée au niveau législatif et réglementaire.

³ Philippe Georges et Cécile Waquet, « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain », Rapport IGAS n°RM2013-119P, juillet 2013. Cette mission a recommandé en particulier de « définir la gouvernance de l'observatoire des centres de santé et le charger de constituer une base de données, de mener des études de fond et de diffuser les bonnes pratiques sur les centres de santé » (recommandation n°20 du rapport).

⁴ Cf. le document intitulé « Guide méthodologique de l'accès à la plateforme de recueil de données des centres de santé » daté de décembre 2016 et accessible sur l'espace dédié à l'accord national des centres de santé sur le site Internet de la CNAM qui présente un aperçu de l'objet et du champ de cette plateforme de données, et de l'organisation retenue pour son alimentation annuelle. Cf. également l'instruction de la ministre des solidarités et de la santé N° DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé.

- L'article L 6323-1-13 du code de la santé publique (CSP) créé par l'article 1 de l'ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé dispose ainsi que « [c]haque organisme gestionnaire de centres de santé transmet annuellement au directeur général de l'agence régionale de santé les informations relatives aux activités et aux caractéristiques de fonctionnement et de gestion des centres de santé et de leurs antennes dont il est le représentant légal. Les informations dont la transmission est exigée sont précisées par arrêté du ministre chargé de la santé. »
- Les articles 2 et 7 de l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé précisent les informations qui doivent être transmises chaque année par les CDS aux agences régionales de santé (ARS). Ces informations concernent les coordonnées des centres, les personnels employés, les missions et les activités, la coordination interne et externe aux centres, ainsi que la situation économique et financières des centres. En pratique ces informations doivent être transmises via la plateforme e-CDS.

Outre ces obligations, pour les CDS adhérant à l'accord national des centres de santé, une part importante des données saisies dans cette plateforme conditionnent la détermination et le versement des différentes composantes de la rémunération forfaitaire spécifique (RFS) et de la rémunération sur objectifs (ROSP) définies dans cet accord.

Les différents ensembles d'informations fournies par les ARS, la CNAM et, en grande partie, par les CDS eux-mêmes, concernent :

- L'identification du CDS et son positionnement vis-à-vis de l'accord national des centres de santé et des différents contrats qui concernent les centres de santé (rubrique dite « Prérequis ») ;
- L'implantation, l'état de fonctionnement et certaines modalités de fonctionnement et d'organisation, la patientèle et les locaux du centre (rubrique « Informations à caractère générales ») ;
- Les professionnels médicaux, paramédicaux et autres employés par le CDS (rubrique « Professionnels exerçant au sein du centre ») ;
- Les différents types d'activités mises en œuvre par le CDS (rubrique « Activités dispensées au sein du centre ») ;
- La situation, les principales caractéristiques et modalités de fonctionnement des antennes du CDS quand celui-ci en a (rubrique « Antennes ») ;
- Les partenariats, les actions de santé publique et les protocoles mis en œuvre par le CDS ;
- La situation économique et financière du CDS (« rubrique Financement ») ;
- Les indicateurs déclaratifs fondant la détermination de la rémunération forfaitaire spécifique (RFS) définie par l'accord national des centres de santé ;
- Les indicateurs déclaratifs liés à la rémunération sur objectifs de santé public (ROSP).

En pratique :

- Les principales informations d'identification de chaque centre concernant son identité et sa localisation géographique (rubrique « Prérequis ») sont issues du répertoire FINESS, régulièrement mis à jour par les ARS (Cf. *infra*), tandis que le CDS choisit sa catégorie au sens de l'accord national des centres de santé (centre de santé médical, centre de santé polyvalent, centre de santé dentaire ou centre de soins infirmiers) et doit indiquer s'il emploie des auxiliaires médicaux ;
- Les données fournies par l'ARS se limitent à la localisation du centre au regard notamment de certains territoires spécifiques (zones urbaines/zones rurales, quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et quartiers situés à proximité de ces derniers (« quartiers vécus »), zones de revitalisation rurale, zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins) et aux données de financement éventuellement alloué par l'ARS.
- La CNAM alimente la plateforme avec les principales données relatives aux recettes du CDS, notamment celles liées aux actes et aux différentes rémunérations forfaitaires au titre de l'activité réalisée au cours de l'année considérée, et des données sur la patientèle (volume de patientèle par âge, file active « médecins généralistes », patientèle adulte et totale « médecin traitant », nombre de patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) et nombre de patients bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME), file active « dentaire » et file active « infirmière » du centre) ;

L'alimentation des données relatives à l'année considérée (N) par les différents intervenants intervient essentiellement au début de l'année suivante (N+1), du début janvier à la fin février. Elle fait l'objet d'un pilotage par la DGOS au niveau national et par les ARS au niveau régional.

- Alors que les modalités d'enregistrement des CDS dans le répertoire FINESS ont été profondément revues au cours de la période 2014-2016 à la suite d'une instruction du ministère de la santé du 19 décembre 2013⁵, la mise à jour du répertoire FINESS pour les CDS est réalisée par les ARS, tout au long de l'année, comme pour les autres établissements de santé, sur la base des informations collectées notamment sur les ouvertures et les fermetures de centres.
- Pour permettre à l'ATIH de mettre à disposition des CDS, des ARS et de la CNAM la plateforme à renseigner sur des bases actualisées, la DGOS adresse chaque année en décembre un courriel aux ARS leur précisant les dates de cette campagne de saisie d'informations, d'une part, et les incitant à vérifier les principales informations concernant les CDS dans le répertoire FINESS et à les mettre à jour bien avant la fin du mois de

⁵ Instruction DGOS/PF3/DREES/DMSI no 2013-402 du 19 décembre 2013 relative à l'enregistrement des centres de santé dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS). Selon les dispositions de cette circulaire, les centres de santé se sont vus attribuer une nouvelle catégorie d'établissements dans FINESS, redéfinie et qui leur est formellement dédiée dans leur ensemble (portant le code 124), tandis que les anciennes catégories des centres de santé regroupant auparavant respectivement les centres de santé dentaire, les centres de soins médicaux, les centres de soins infirmiers et les centres de santé polyvalents (portant les codes n°125, n°130, n°289 et n°439) ont été en pratique fermées.

décembre⁶ (en tenant compte notamment des ouvertures de centres et de leurs éventuelles antennes), d'autre part⁷.

- Alors que les CDS et les ARS doivent compléter leurs données du début janvier à la fin février, voire jusqu'à début mars certaines années, les ARS alertent par courriel les CDS répertoriés dans FINESS, dès la fin décembre ou le début du mois de janvier sur leurs obligations déclaratives et le calendrier de collecte d'informations retenu, puis leur adressent des messages de « relance » au cours des mois de janvier et février.
- En pratique, les CDS et les ARS doivent fournir leurs données respectives et les valider formellement avant la fin février ou début mars, les CDS devant toutefois saisir les informations servant au calcul des indicateurs liés à la ROSP avant la fin janvier. Aucune modification ne peut être apportée aux données au-delà de l'échéance retenue de la fin février ou du début mars. Certaines données de financement fournies par la CNAM, notamment sur les honoraires perçus ou à percevoir par le CDS au titre de l'année considérée (N) et les données relatives aux différentes rémunérations forfaitaires au titre de la même année sont toutefois saisies plus tardivement par la CNAM dans la plateforme, dans le courant du mois de mai de l'année N+1.

Une grande partie des données collectées sur la plateforme e-CDS est ainsi constituée d'informations fournies par les CDS. Si la base de données issue de la plateforme est très riche, sa capacité à rendre compte de la situation des CDS dépend du sérieux avec lequel ceux-ci remplissent leurs obligations déclaratives. Les entretiens réalisés par la mission l'amènent à penser qu'une très grande majorité de CDS se soumettent à leurs déclarations déclaratives avec sérieux - du mieux qu'ils peuvent - non sans connaître des difficultés pour fournir certaines données. Ces entretiens suggèrent toutefois aussi que les services de la CNAM et des CPAM, et a fortiori ceux des ARS et de l'ATIH, n'opèrent quasiment pas d'analyse et de contrôle de ces données.

Si le champ des informations collectées pour chaque année N via la plateforme e-CDS en début d'année N+1 porte sur l'ensemble des CDS recensés dans le répertoire FINESS en décembre de l'année N, les analyses ont vocation logiquement à se limiter au champ des CDS qui ont fourni des données et qui les ont formellement validées pour la fin février. La mission a retenu ce champ pour ses analyses. Ce champ est aussi celui qui est retenu dans les « tableaux de bord » national et régionaux qui sont produits sur la plateforme e-CDS et rendus accessibles, selon différentes modalités, aux différents acteurs. Ces tableaux de bord fournissent un ensemble de données de cadrage portant sur l'ensemble des CDS, en distinguant notamment les différentes catégories de centres définies dans l'accord national des centres de santé (Cf. infra).

Le champ considéré concerne ainsi essentiellement les CDS ayant eu une activité au cours de l'année N et ayant été tenus, incités et en capacité d'effectuer leurs obligations déclaratives au début de l'année N+1. Pour la présentation des résultats de ses analyses, dans les parties qui suivent, la mission, par souci de simplicité, mais de manière quelque peu abusive, désigne les CDS de ce champ, comme « les CDS en activité à la fin de l'année N » ou les « CDS en activité l'année N ».

⁶ Pour la mi-décembre ou avant la dernière semaine de décembre en pratique ces trois dernières années.

⁷ Dans son courriel, la DGOS transmet à ses correspondants des ARS l'état

Pour certains axes d'analyse concernant des données fournies par les ARS - sur la localisation des CDS et les financements que leur ont alloués les agences - le champ doit être restreint davantage à celui des CDS pour lesquels les ARS ont fourni les données qui leur étaient demandées et les ont formellement validées aussi.

La mission n'a pas procédé à une évaluation en tant que telle de la plateforme e-CDS et du processus de collecte des informations qui l'alimente chaque année. Dans le cadre de ses investigations, toutefois, elle a pu relever plusieurs points ayant affecté ou étant susceptibles de limiter la qualité des saisies d'informations dans la plateforme e-CDS, et certains points susceptibles de limiter à terme la capacité informative de la plateforme sur certains aspects de la situation et de l'activité des centres de santé.

- Les CDS font l'objet d'une attention limitée des services de certaines ARS, en raison de la place réduite de ceux-ci dans l'offre de soins primaires de la région, de contraintes de moyens et/ou de difficultés d'organisation au sein de ces agences. Il est ainsi possible que certaines ARS n'aient pas piloté de manière aussi rigoureuse que souhaitable ce processus de recueil de données dans leur région ces dernières années, dans un contexte, il est vrai, marqué par la crise sanitaire. La mission a relevé qu'une ARS, celle de Bourgogne-Franche-Comté, n'a pas fourni et validé l'ensemble des données qu'elle devait fournir début 2023, notamment pour les CDS pluriprofessionnels en activité en 2022 et ayant eux-mêmes fournis et validé leurs données dans les délais impartis.
- Ces dernières années, la DGOS a initié le processus de collecte annuelle d'informations par un courriel adressé de manière relativement tardive aux ARS, vers la mi-décembre en particulier fin 2022 et fin 2023, ne leur laissant ainsi qu'un temps très limité, d'une semaine, pour vérifier et mettre à jour le répertoire FINESS concernant les CDS.
- Selon l'appréciation de la mission, les indications fournies aux CDS directement sur la plateforme pour les aider à fournir les informations demandées apparaissent claires et concises dans leur ensemble et la plateforme incite les CDS à s'adresser à leur CPAM en cas de questions. La plateforme présente en outre une liste de correspondants dans les ARS, avec leurs coordonnées. Cette liste n'est toutefois pas à jour dans certaines régions, y compris certaines régions comptant de nombreux CDS⁸.
- Enfin, la plateforme n'a que très peu évolué depuis sa création et il n'y a pas d'organisation formelle conduisant régulièrement la DGOS, la CNAM et l'ATIH à discuter des adaptations de la plateforme qui devraient être envisagées pour améliorer le suivi des centres, ni d'une instance formelle de dialogue régulier avec les fédérations représentatives des centres sur les conditions de mise en œuvre et notamment de remplissage de la plateforme.

⁸ Les CDS disposent toutefois des coordonnées des agents dans les ARS qui leurs adressent les courriels précisant le calendrier de la collecte annuelle, fin décembre ou début janvier de chaque année, et les courriels de relance en janvier et février.

1.2 Une classification des CDS en quatre grandes catégories définies dans l'accord national des centres de santé qui s'effectue de manière opérationnelle sur simple déclaration des CDS

Les CDS sont classés usuellement dans quatre spécialités ou catégories définies par l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie (qualifié par la suite d'accord national des centres de santé) 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 : les centres de santé dentaire, les centres de soins infirmiers (CSI), les centres médicaux et les centres de santé dits polyvalents (Cf. l'encadré ci-dessous). Par souci de concision, ces catégories sont désignées comme des « catégories au sens de la CNAM » ou « catégories CNAM » dans les paragraphes et les parties qui suivent.

Les différents types de centres de santé définis par l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie

Cet accord national classe les centres de santé dans quatre catégories qui sont définies comme suit (Cf. l'article 3 de l'accord) :

- un « centre de santé médical » est un « *centre de santé ayant une activité médicale exclusive ou quasi-exclusive* »⁹ ;
- un « centre de santé polyvalent » est :
 - soit un « *centre de santé ayant au moins une activité médicale et une activité paramédicale* »,
 - soit un « *centre de santé ayant une activité médicale et une activité d'une autre profession médicale (chirurgien-dentiste ou sage-femme) sans activité paramédicale* » ;
- un « centre de santé dentaire » est un « *centre ayant une activité dentaire exclusive ou quasi-exclusive, c'est à dire dont les honoraires dentaires totaux représentent 80 % des honoraires totaux du centre de santé* » ;
- un « centre de santé infirmier » est un « *centre ayant une activité infirmière exclusive ou quasi-exclusive, c'est à dire dont les honoraires infirmiers totaux représentent 80 % des honoraires totaux du centre de santé* ».

S'agissant de cette « classification CNAM » des CDS, dans le cadre de ses investigations, la mission a relevé les points importants suivants.

- En pratique, l'article 51 de l'accord national dispose qu'un CDS doit « préciser », lors de sa création et en vue de son adhésion à l'accord, « *s'il relève de la spécialité de centre de santé médical, polyvalent, infirmier ou dentaire, au sens de l'article 3* » de celui-ci. Selon le même article, « *le centre de santé peut modifier sa spécialité initialement déclarée, au titre de l'année civile et ce, une fois par an. La caisse peut également modifier la spécialité d'un centre*

⁹ La plateforme e-CDS fait référence à un seuil de 80 % des honoraires totaux du centre.

de santé lorsque celle-ci ne correspond pas à l'activité observée à partir des données issues du système d'information de l'assurance maladie au titre d'une année civile complète »¹⁰.

- Les services de la CNAM produisent chaque année des statistiques sur la part effective des différents types de soins médicaux, dentaires, infirmiers et autres dispensés par les CDS au cours de l'année précédente dans le total des honoraires totaux perçus ou devant être perçus par les centres. Ces estimations sont transmises chaque année aux CPAM.
- Ces données font notamment apparaître qu'un nombre important de CDS médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national ont eu au cours des dernières années une composition de leur activité ne correspondant pas à leur classification déclarée initialement et re-précisée chaque année dans la plateforme e-CDS. Selon les données transmises par la CNAM à la mission sur les 531 CDS adhérant à l'accord national des centres de santé¹¹, classés comme médicaux ou polyvalents et identifiés comme pluriprofessionnels en 2022 :
 - 193 centres parmi les 470 CDS classés comme polyvalents auraient mérité d'être classés dans une autre catégorie : 174 comme CDS médicaux, 15 comme CDS dentaires et 4 comme CSI ;
 - 13 centres parmi les 61 CDS classés comme médicaux auraient mérités d'être classés dans une autre catégorie : 12 comme polyvalents et un comme CDS dentaire.
 - Dans cet ensemble de 531 CDS classés comme médicaux ou polyvalents en 2022, 16 ont ainsi eu une part d'activité de soins dentaires qui auraient justifié leur classement en centre de santé dentaire.
- Les services des CPAM des régions qui hébergent un grand nombre de CDS ne mobilisent pas systématiquement les données d'activité transmises par les services de la CNAM pour inciter les CDS mal classées à se reclasser convenablement. Les représentants des CPAM rencontrés par la mission lui ont en outre indiqué ne pas pouvoir opérationnellement reclasser d'autorité les CDS mal classés, ni même souhaiter pouvoir le faire.
- Alors que, d'un point de vue opérationnel, les CDS doivent préciser ou re-préciser (librement) chaque année leur « classification CNAM » dans la plateforme e-CDS, la mission a pu enfin constater que la présentation de la définition des différentes spécialités de centres qui apparaît sur la plateforme diffère légèrement de celle qui figure dans l'accord national, ce qui peut générer des interrogations et contribuer à expliquer la fréquence élevée de mauvaises classifications entre les centres de santé médicaux et polyvalents.

¹⁰ Selon le même article, « (dans) ce cadre, la caisse informe le gestionnaire du centre de santé, au plus tard deux mois avant la modification de cette spécialité par tout moyen, autre que par messagerie électronique, permettant de déterminer la date de réception de cette modification. En cas de désaccord du gestionnaire du centre de santé, le dossier est soumis à l'avis de la commission paritaire régionale ou départementale par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ».

¹¹ Un petit nombre de ces CDS sont en réalité des regroupements de CDS autorisés par la CNAM pour la détermination et l'attribution de la rémunération forfaitaire spécifique issue de l'accord national des centres de santé (Cf. *infra* la partie 4).

Dans la plateforme e-CDS, il est en outre demandé aux CDS d'indiquer, dans la rubrique « prérequis » s'ils emploient des « assistants médicaux », avec la simple précision selon laquelle « *les aides-soignants, les ambulanciers et les assistants dentaires ne sont pas des auxiliaires médicaux* ». En conséquence, les tableaux de bord national et régionaux produits dans ou à partir de la plateforme e-CDS distinguent parmi les centres de santé polyvalents, ceux qui emploient des auxiliaires médicaux et ceux qui n'en emploient pas, sur la base d'une appréciation simple - globale et assez spontanée - des CDS qui ne repose pas sur une définition des auxiliaires médicaux aussi précise que celle retenue pour l'identification des CDS pluriprofessionnels (*Cf. infra*).

1.3 Un mode d'identification des centres de santé pluriprofessionnels disjoint de la classification CNAM des centres de santé et fondé entièrement sur les données d'effectifs fournies par les centres

Alors que les centres de santé pluriprofessionnels sont définis de manière usuelle comme les CDS employant au moins un médecin généraliste et un auxiliaire médical, le mode d'identification de ces CDS retenu par la DGOS, la CNAM et l'ATIH repose sur les deux piliers suivants :

- La définition des auxiliaires-médicaux retenue dans le Livre III (« *Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, assistants dentaires et assistants de régulation médicale* ») (Articles L 4301-1 à L 4394-5) de la 4^{ème} partie (« *Professions de santé* ») du code de la santé publique (CSP). Selon cette définition, les auxiliaires-médicaux exercent les professions suivantes : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audioprothésistes, prothésistes, orthésistes, diététiciens et infirmiers en pratique avancée¹².
- Les informations fournies chaque année par les CDS dans la plateforme e-CDS concernant les professionnels qu'ils ont employés au cours de l'année considérés, aussi bien pour les médecins généralistes que pour les différentes professions d'auxiliaires médicaux (rubrique « professionnels exerçant au sein du centre de santé » de la plateforme)

Cette approche, légitime aux yeux de la mission a pour conséquence que cette identification des CDS pluriprofessionnels n'est possible que depuis la mise en place de la plateforme e-CDS soit depuis l'année 2016 et qu'elle ne peut logiquement concerner que les CDS qui fournissent des données dans la plateforme et qui les valident formellement.

La mission note en outre que si le répertoire FINESS permet d'obtenir des chiffres sur l'évolution du nombre de CDS (notamment le nombre de créations et de fermetures de centres) sur le passé (avec les limites propres à la gestion de ce répertoire), celui-ci ne permet pas à lui seul d'identifier la classification CNAM des centres depuis la refonte du mode d'enregistrement des CDS dans ce répertoire mise en œuvre à partir de 2013 (*Cf. supra*), ni *a fortiori* de fournir des indicateurs fiables

¹² Parmi les professions qualifiées d'auxiliaires médicaux, les administrations ont toutefois exclu, logiquement, la profession d'opticien-lunetier, et, dans les faits, celle de technicien de laboratoire. Cette dernière exclusion (qui peut prêter à discussion) n'a qu'un impact marginal sur le nombre de CDS pluriprofessionnels identifiés. En pratique, les prothésistes et orthésistes représentent par ailleurs cinq professions différentes (article L 4364-1 du CSP).

de la démographie des CDS pluriprofessionnels avant 2016, d'une manière cohérente avec la définition retenue pour ceux-ci depuis la mise en œuvre de la plateforme e-CDS.

1.4 Un fort développement récent du nombre de centres de santé des différentes catégories définies dans l'accord national des centres de santé, à l'exception notable des centres de santé infirmiers

Le développement récent des CDS pluriprofessionnels (Cf. les parties qui suivent) s'est inscrit dans un contexte général de forte augmentation du nombre de CDS. Un total de 3 143 centres étaient recensés dans la plateforme e-CDS en 2022¹³, parmi lesquels 40,2 % de centres de santé dentaires, 16,2 % de centres de soins infirmiers (CSI), 10,8 % de centres de santé médicaux et 27,1 % de centres de santé polyvalents (tableau 1).

Tableau 1 : Evolution du nombre de CDS répertoriés dans e-CDS par catégories CNAM de CDS de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Part en 2022 en %	Taux de croissance, en %		
									2019/2016	2022/2019	2022/2016
Centre de santé dentaire	678	728	791	875	959	1 114	1 262	40,2	29,1	44,2	86,1
Centre de santé infirmier	483	490	509	506	522	520	508	16,2	4,8	0,4	5,2
Centre de santé médical	119	132	176	195	238	273	340	10,8	63,9	74,4	185,7
Centre de santé polyvalent avec auxiliaires médicaux	356	394	433	449	499	588	668	21,3	26,1	48,8	87,6
Centre de santé polyvalent sans auxiliaires médicaux	44	42	46	88	122	157	181	5,8	100,0	105,7	311,4
Catégorie CNAM non saisie par le CDS	251	276	84	94	152	191	184	5,9	-62,5	95,7	-26,7
Total	1 931	2 062	2 039	2 207	2 492	2 843	3 143	100,0	14,3	42,4	62,8

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

Parmi ceux-ci, 2 798 ont fourni des données et les ont validées formellement dans le cadre de la campagne annuelle de collecte d'informations annuelle du début 2023 (tableau 2), dont :

- 1 209 centres de santé dentaire (43,2 %) ;
- 470 CSI (16,8 %) ;
- 952 centres de santé médicaux ou polyvalents (40 %), parmi lesquels :
 - 319 CDD médicaux (11,4 %) ;
 - 633 CDS polyvalents déclarant employer des auxiliaires médicaux (22,6 %) ;
 - 167 CDS polyvalents déclarant ne pas employer d'auxiliaires médicaux (6,0 %) ;

Les données d'e-CDS font en outre apparaître une très forte augmentation au cours des années récentes du nombre de CDS des différentes catégories CNAM, à l'exception notable des CSI : +73 % pour les CDS dans leur ensemble entre 2016 et 2022. Alors que le nombre de centres de santé dentaire en activité a augmenté de près de 84 % entre 2016 et 2022, le nombre de CDS médicaux et polyvalents en activité a plus que doublé au cours de la période (+128 %) : alors que le nombre de CDS polyvalents déclarant employer des auxiliaires médicaux a augmenté de 86 %

¹³ Dans le cadre de la dernière campagne annuelle de collecte d'informations mise en œuvre début 2023, sur la base de l'état du répertoire FINISS à la fin décembre 2022.

au cours de la période, celui des CDS médicaux a triplé et celui des CDS polyvalents déclarant ne pas employer d'auxiliaires médicaux a été multiplié par quatre au cours de la période (+198 % et +298 % respectivement).

Les données d'e-CDS font en outre apparaître une nette accentuation du développement des centres de santé dentaires, des centres de santé médicaux et polyvalents entre 2019 et 2022, dans le contexte particulier de la crise sanitaire à l'œuvre en 2020 et 2021.

Tableau 2 : Evolution du nombre de CDS ayant saisi des données dans e-CDS et les ayant validées, par catégories CNAM de CDS de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Part en 2022 en %	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016	
Centre de santé dentaire	658	677	779	857	932	1 085	1 209	43,2	30,2	41,1	83,7
Centre de santé infirmier	471	462	504	492	509	502	470	16,8	4,5	-4,5	-0,2
Centre de santé médical	107	101	169	177	214	249	319	11,4	65,4	80,2	198,1
Centre de santé polyvalent avec auxiliaires médicaux	341	363	427	429	470	561	633	22,6	25,8	47,6	85,6
Centre de santé polyvalent sans auxiliaires médicaux	42	36	44	85	111	147	167	6,0	102,4	96,5	297,6
Total	1 619	1 639	1 923	2 040	2 236	2 544	2 798	100,0	26,0	37,2	72,8

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

Une très grande partie des CDS en activité adhèrent à l'accord national des centres de santé : 99,2 % des centres dentaires, 99,4 % des CDI, 96,2 % des centres médicaux, 97,5 % et 95,2 % respectivement des centres polyvalents qui se déclarent avec ou sans auxiliaires médicaux. Les centres de santé médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé ont ainsi enregistré de très fortes augmentations de leurs nombres ces dernières années, voisines de celles enregistrées par ces catégories de CDS dans leur ensemble (tableau 3).

Tableau 3 : Nombre de CDS adhérant à l'accord national des CDS, ayant saisi des données dans e-CDS et les ayant validées, par catégories CNAM de CDS de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Part en 2022 en %	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016	
Centre de santé dentaire	638	668	745	817	896	1 050	1 199	43,6	28,1	46,8	87,9
Centre de santé infirmier	466	459	487	476	496	488	467	17,0	2,1	-1,9	0,2
Centre de santé médical	84	84	132	150	183	226	307	11,2	78,6	104,7	265,5
Centre de santé polyvalent avec auxiliaires médicaux	322	347	388	401	437	529	617	22,4	24,5	53,9	91,6
Centre de santé polyvalent sans auxiliaires médicaux	40	35	41	75	109	140	159	5,8	87,5	112,0	297,5
Total	1 550	1 593	1 793	1 919	2 121	2 433	2 749	100,0	23,8	43,3	77,4

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

Au-delà des évolutions récentes concernant les spécialités des centres au sens de l'accord national des centres de santé, une analyse des données collectées dans e-CDS concernant les professionnels de santé employés dans les CDS, notamment du nombre de professionnels des différentes professions employées chaque année et du nombre d'équivalents à temps plein (ETP) annuels employés dans l'année¹⁴, fait ressortir (tableau 4) :

¹⁴ Selon les indications fournies aux CDS sur la plateforme, ces données d'ETP sont censées être calculées à partir du nombre d'heures payées pour les professionnels ayant exercé dans le centre de santé au cours de l'année considérée, un temps plein annuel reflétant 1 820 heures de travail (35h x 52 semaines).

- Sans surprise, au regard des observations précédentes, une très forte augmentation des CDS dispensant des soins dentaires - à savoir les CDS indiquant dans e-CDS qu'ils ont employé au moins un chirurgien-dentiste entendu au sens large¹⁵, fut-ce à temps partiel ou très partiel sur l'année - et des CDS « dispensant essentiellement des soins dentaires », définis par la mission comme les CDS dont les ETP annuels de chirurgiens-dentistes employés sur l'année représentent au moins 80 % de l'ensemble des ETP annuels des professionnels médicaux (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et autres professionnels médicaux) employés par les CDS dans l'année. Les nombres de ces deux catégories de CDS ont augmenté de 83 % et 85,5 % respectivement entre 2016 et 2022 (1 550 et 1 213 CDS de ces types en activité en 2022).
- Une augmentation récente encore plus forte du nombre des CDS dispensant des soins ophtalmologiques – identifiés comme les CDS indiquant qu'ils ont employé au moins un ophtalmologue dans l'année (339 CDS identifiés en activité en 2022, à la suite d'une augmentation de 146 % depuis 2016), recouvrant pour partie l'émergence et une explosion du nombre de CDS dispensant essentiellement des soins ophtalmologiques - définis par la mission de manière analogue comme les CDS dont les ETP annuels d'ophtalmologues employés sur l'année représentent au moins 80 % de l'ensemble des ETP annuels des professionnels médicaux employés : 139 CDS de ce type en activité en 2022, contre 3 seulement en 2016.

Tableau 4 : Evolution du nombre de CDS dispensant des soins dentaires ou ophtalmologiques de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Part dans l'ensemble des CDS en %	Taux de croissance, en %		
									2019/2016	2022/2019	2022/2016
CDS dispensant des soins dentaires	846	864	1 000	1 115	1 219	1 393	1 550	55,4	31,8	39,0	83,2
CDS dispensant essentiellement des soins dentaires	654	659	774	869	950	1 090	1 213	43,4	32,9	39,6	85,5
CDS dispensant des soins ophtalmologiques	138	134	148	152	190	268	339	12,1	10,1	123,0	145,7
CDS dispensant essentiellement des soins ophtalmologiques	3	4	10	16	45	87	139	5,0	433,3	768,8	4533,3
CDS dispensant des soins dentaires ou ophtalmologiques	878	891	1 037	1 158	1 294	1 525	1 740	62,2	31,9	50,3	98,2
CDS dispensant essentiellement des soins dentaires ou ophtalmologiques	661	665	790	893	1 011	1 206	1 392	49,7	35,1	55,9	110,6
Total des CDS	1 619	1 639	1 923	2 040	2 236	2 544	2 798	...	26,0	37,2	72,8

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

Champ : CDS ayant fourni des données dans e-CDS et les ayant validées ; définition : un CDS est considéré comme dispensant des soins dentaires (resp. ophtalmologiques) s'il a employé au moins un chirurgien-dentiste (resp. un ophtalmologue) dans l'année (le cas échéant à temps partiel) ; il est considéré comme dispensant essentiellement des soins dentaires (resp. ophtalmologiques) si la part des ETP de chirurgiens-dentistes (resp. d'ophtalmologues) dans le total des professionnels médicaux employés dans l'année est supérieure ou égale à 80 % ;

¹⁵ A savoir les chirurgiens-dentistes strict-sensu, ainsi que les orthodontistes / chirurgiens-dentistes qualifiés en orthopédie dento-faciale, les chirurgiens-dentistes de chirurgie orale, et les chirurgiens-dentistes de médecine bucco-dentaire.

2 Un fort développement récent des CDS pluriprofessionnels, une grande diversité de gestionnaires, de types d'activité et de taille, une concentration persistante en Ile-de-France

2.1 586 centres de santé pluriprofessionnels en 2022 : 80 % de centres de santé polyvalents déclarant employer des auxiliaires médicaux et 12 % de centres médicaux, pour l'essentiel

A partir de la plateforme e-CDS, on dénombre 586 centres de santé pluriprofessionnels 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 l'année)¹⁶. Ce nombre reste très en retrait de celui des maisons de santé pluriprofessionnelles (2 251 fin 2022, selon les données de la DGOS) qui ont connu un développement spectaculaire au cours des quinze dernières années, à la faveur des mesures de soutien très vigoureuses prises par les gouvernements successifs.

Les CDS pluriprofessionnels sont principalement composés de CDS polyvalents déclarant employer des auxiliaires médicaux (472 en 2022, soit 80,5 % du total) ainsi que de CDS médicaux (68, soit 11,6 %) et de CDS polyvalents déclarant ne pas employer d'auxiliaire médical (34, soit 5,8 %). Un très petit nombre se sont toutefois déclarés comme centres de santé dentaire (5) et comme CSI (7) (tableau 5 et graphique 1).

Ce faisant, la population des CDS pluriprofessionnels ne peut s'assimiler à celle des CDS polyvalents déclarant employer des auxiliaires médicaux : les CDS pluriprofessionnels regroupent les trois quart de l'ensemble des CDS polyvalents déclarant employer des auxiliaires médicaux, mais de l'ordre d'un cinquième aussi des CDS médicaux et des CDS polyvalents déclarant ne pas employer d'auxiliaires médicaux (tableau 5).

¹⁶ 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, notamment 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 au cours de l'année 2022. La DGOS

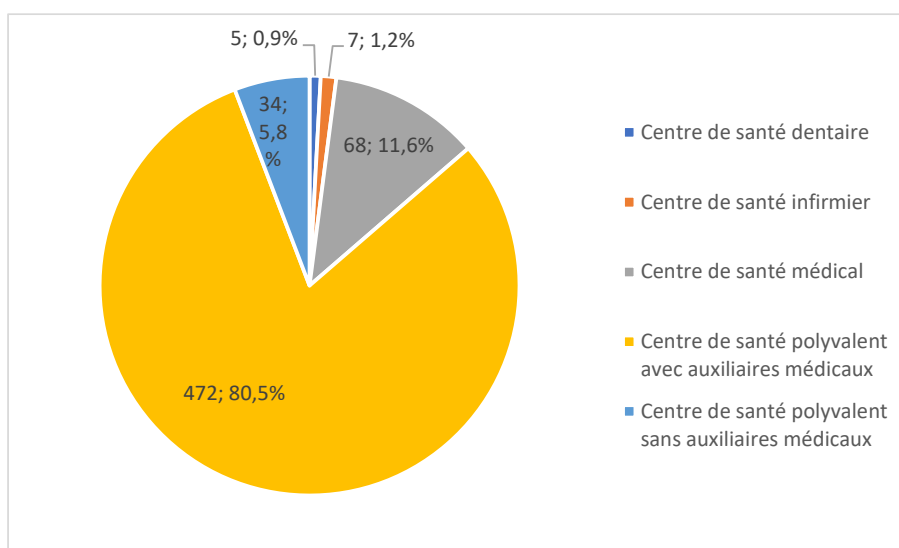
Tableau 5 : Nombre de CDS pluriprofessionnels par catégories CNAM en 2022 et parts de ceux-ci dans le total des CDS en %

	Nbre de CDS	Part des CDS dans l'ensemble des CDS en %	Nbre de CDS pluriprofessionnels	Part des CDS pluripro. dans l'ensemble des CDS pluripro. en %	Part des CDS pluriprofessionnels dans l'ensemble des CDS en %
Centre de santé dentaire	1 209	43,2	5	0,9	0,4
Centre de santé infirmier	470	16,8	7	1,2	1,5
Centre de santé médical	319	11,4	68	11,6	21,3
Centre de santé polyvalent avec auxiliaires médicaux	633	22,6	472	80,5	74,6
Centre de santé polyvalent sans auxiliaires médicaux	167	6,0	34	5,8	20,4
Ensemble	2 798	100,0	586	100,0	20,9

Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS ayant fourni des données dans e-CDS et les ayant validées ;

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) ;

2.2 Une augmentation du nombre de centres de santé pluriprofessionnels de 65 % entre 2016 et 2022

Le nombre de CDS pluriprofessionnels en activité a augmenté très fortement sur les années récentes, à un rythme voisin de celui des CDS pris dans leur ensemble et avec une accentuation de la hausse depuis 2020 : +20 % entre 2016 et 2019, puis +38 % entre 2019 et 2022, soit une hausse de 65,5 % sur l'ensemble de la période (tableau 6).

De 2016 à 2022, l'augmentation du nombre de CDS pluriprofessionnels a été de 55 % pour ceux d'entre eux classés comme polyvalents au sens de la CNAM et déclarant employer des auxiliaires médicaux, tandis que le nombre de ceux classés comme centres de santé médicaux et centres polyvalents déclarant ne pas employer d'auxiliaires médicaux ont quasiment triplé et doublé au cours de la période (+209 % et +112 % respectivement) (tableau 6).

Tableau 6 : Evolution du nombre de CDS pluriprofessionnels par catégories CNAM de CDS de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Part en 2022	Taux de croissance, en %		
									2019/2016	2022/2019	2022/2016
Centre de santé dentaire	5	8	7	8	7	9	5	0,9	60,0	-37,5	0,0
Centre de santé infirmier	7	8	7	8	9	9	7	1,2	14,3	-12,5	0,0
Centre de santé médical	22	22	30	20	36	54	68	11,6	-9,1	240,0	209,1
Centre de santé polyvalent avec auxiliaires médicaux	304	327	375	385	395	433	472	80,5	26,6	22,6	55,3
Centre de santé polyvalent sans auxiliaires médicaux	16	12		4	10	20	34	5,8	-75,0	750,0	112,5
Total	354	377	419	425	457	525	586	100	20,1	37,9	65,5

Source : e-CDS, 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) ;

Alors que la part des CDS pluriprofessionnels qui adhèrent à l'accord national des centres de santé est très élevée - 96,6 % en 2022 pour l'ensemble¹⁷ - les évolutions récentes sont du même ordre pour ceux-ci, la hausse étant encore plus spectaculaire pour le nombre de CDS pluriprofessionnels médicaux (350 % de 2016 à 2022) (tableau 7).

Tableau 7 : Evolution du nombre de CDS pluriprofessionnels adhérant à l'accord national des CDS par catégories CNAM de CDS de 2016 à 2022

Étiquettes de lignes	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Part en 2022	Taux de croissance, en %		
									2019/2016	2022/2019	2022/2016
Centre de santé dentaire	5	8	7	8	7	9	5	0,9	60,0	-37,5	0,0
Centre de santé infirmier	6	8	6	7	9	9	7	1,2	16,7	0,0	16,7
Centre de santé médical	14	17	22	17	25	46	63	11,1	21,4	270,6	350,0
Centre de santé polyvalent avec auxiliaires médicaux	293	318	348	364	370	407	458	80,9	24,2	25,8	56,3
Centre de santé polyvalent sans auxiliaires médicaux	15	11		3	10	19	33	5,8	-80,0	1000,0	120,0
Total	333	362	383	399	421	490	566	100,0	19,8	41,9	70,0

Source : e-CDS, calculs mission

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

¹⁷ 97 % pour ceux d'entre eux classés comme polyvalents avec ou sans auxiliaires médicaux, 92 % pour ceux classés en centres médicaux et 100 % pour le petit nombre de ceux classés en centres de santé dentaires ou en CSI.

2.3 Les honoraires des CDS pluriprofessionnels : près de 1,2 % seulement des dépenses de soins de ville en France en 2022, après un peu plus de 0,9 % en 2016

Les CDS pluriprofessionnels représentent encore une part très limitée de l'offre de soins primaires au niveau national.

Selon les données issues d'e-CDS, le montant des honoraires perçus ou à percevoir par l'ensemble des CDS pluriprofessionnels au titre de l'année 2022 s'est établi à 723 M€. Le montant des honoraires des CDS pluriprofessionnels a augmenté de 11 % entre 2016 et 2019 et de 31 % entre 2019 et 2022, soit une augmentation de 45 % sur l'ensemble de la période. Le montant des honoraires perçus à percevoir au titre de l'année 2022 par l'ensemble des CDS pluriprofessionnels représentait près de 1,2 % seulement des dépenses de soins de ville en France calculées dans les comptes de la santé établis par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), après un peu plus de 0,9 % en 2016 et près de 1,0 % en 2019 (tableau 8).

Il est à noter que les honoraires de l'ensemble des CDS médicaux et polyvalents ont augmenté plus fortement au cours de la période (+104 % de 2016 à 2022). Ils représentaient ainsi 1,8 % des dépenses de soins de ville en France en 2022, contre 1,0 % en 2016 et 1,2 % en 2019.

Tableau 8 : Evolution des honoraires totaux des CDS médicaux et polyvalents, des CDS pluriprofessionnels et des dépenses de soins de ville en France de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016
Honoraires totaux avec dépassement des CDS médicaux et polyvalents, en M€ (1)	552	538	632	696	757	1 022	1 127	26,2	61,9	104,3
Honoraires totaux avec dépassement des CDS pluriprofessionnels, en M€ (2)	498	499	550	552	539	705	723	11,0	30,9	45,3
Dépenses de soins de ville en France, en M€ (3)	52 767	53 768	54 907	56 602	54 797	60 288	62 157	7,3	9,8	17,8
Part des honoraires totaux avec dépassement des CDS médicaux et polyvalents dans les dépenses de soins de ville en France, en % (1)/(3)	1,05	1,00	1,15	1,23	1,38	1,69	1,81	...	...	...
Part des honoraires totaux avec dépassement des CDS pluriprofessionnels dans les dépenses de soins de ville en France, en % (2)/(3)	0,94	0,93	1,00	0,98	0,98	1,17	1,16	...	...	...

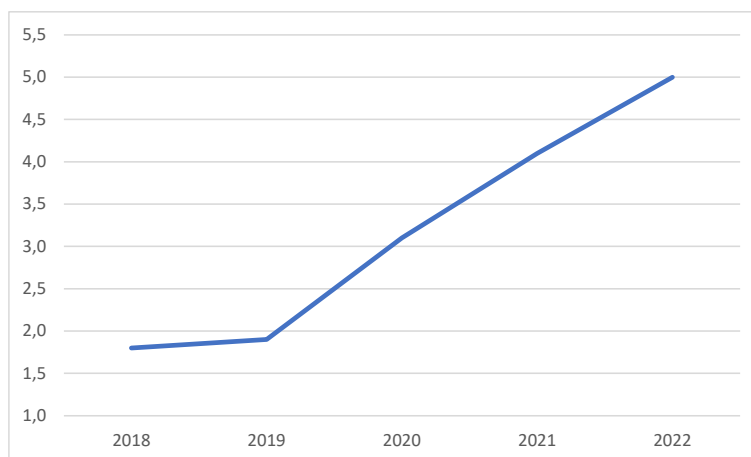
Source : e-CDS, DREES, calculs mission et pôle d'analyse des données de l'IGAS ;

Champ : CDS ayant fourni des données dans e-CDS et les ayant validées, hors le CDS LIVI qui constitue essentiellement une plateforme d'offre de téléconsultations (Cf. la partie 2.7 *infra*) ;

Note : les dépenses de soins de ville correspondent à la définition retenue dans les comptes de la santé établis par la DREES ; selon cette définition, les soins de ville ne comprennent ni les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires habituellement inclus dans le concept de soins de ville des régimes d'assurance maladie ;

Selon les données issues de l'application C@rto Santé du ministère de la santé, 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 celui des 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 2022 (graphique 2).

Graphique 2 : Evolution de la part du nombre des actes de médecine générale réalisés par l'ensemble des CDS dans le total des actes réalisés par les médecins généralistes exerçant en libéral et en CDS en France de 2018 à 2022, en %



Source : Application C@rto Santé, ministère de la santé

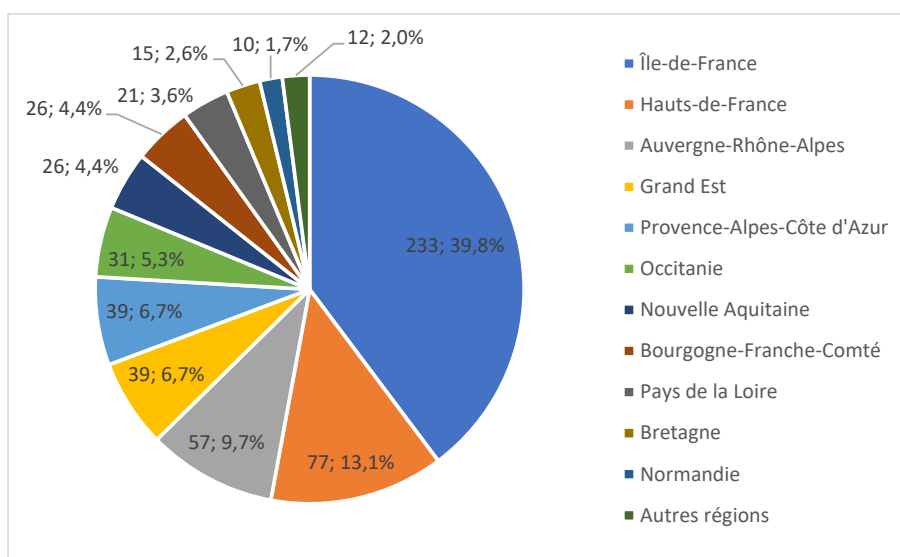
Notes : l'indicateur est le ratio entre le nombre d'actes de médecine générale réalisés par l'ensemble des centres de santé (soit essentiellement les centres de santé médicaux et polyvalents) et le total des actes réalisés par des médecins généralistes exerçant en libéral ou employés dans les centres de santé ; les actes considérés sont ceux réalisés par des médecins généralistes, y compris ceux à mode d'exercice particulier (MEP) (acupuncteurs, angiologues ...) ; les données d'actes proviennent du SNDS ; le champ retenu pour les centres de santé est celui des catégories d'établissement du répertoire FINESS dont les codes sont les suivants : 124 (actuel code des CDS depuis la modification des modalités d'enregistrement des CDS dans le répertoire FINESS mise en œuvre à partir de décembre 2013) ainsi que 130 et 439 (anciens codes des CDS médicaux et polyvalents, avant la modification des modalités d'enregistrement précédente) ;

2.4 Une forte expansion récente des CDS pluriprofessionnels dans la plupart des régions, mais une concentration persistante en Ile-de-France et à Paris en particulier

2.4.1 40 % des CDS pluriprofessionnels implantés en Ile-de-France, un développement récent des centres dans un grand nombre de régions

Les centres de santé pluriprofessionnels, en nombre, demeurent fortement concentrés en Ile-de-France (39,8 % des CDS en activité en France en 2022) et, dans une moindre, dans les Hauts de France (13,1 %). Ils sont également nombreux en Auvergne-Rhône-Alpes (9,7 %) ainsi que dans le Grand-Est et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (6,7 % pour chacune de ces deux régions) (graphique 3 et tableau 9).

Graphique 3 : 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) ;

Pour autant, 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).

- 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 augmenté aussi très fortement 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, Normandie et Centre-Val de Loire (tableau 8). Dans certaines de ces régions, des initiatives importantes de création de CDS prises par des collectivités locales, 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.

L'interprétation des évolutions récentes constatées dans les régions Hauts-de-France et Grand-Est, où une proportion importante des CDS sont ou étaient gérés par le groupe de santé FILIERIS émanant de la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CANSSM), doit tenir compte du mouvement important de restructuration que ce groupe a opéré sur son réseau de CDS ces dernières années, notamment des fermetures de centres opérés par celui-ci dans la régions Grand-Est.

Tableau 9 : Evolution du nombre de CDS pluriprofessionnels par région de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Part en 2022 en %	Taux de croissance, en %		
									2019/2016	2022/2019	2022/2016
Île-de-France	163	164	166	170	182	217	233	39,8	4,3	37,1	42,9
Hauts-de-France	48	74	79	74	73	72	77	13,1	54,2	4,1	60,4
Auvergne-Rhône-Alpes	28	26	40	36	42	49	57	9,7	28,6	58,3	103,6
Grand Est	43	40	45	43	40	42	39	6,7	0,0	-9,3	-9,3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	23	22	24	25	25	26	39	6,7	8,7	56,0	69,6
Occitanie	20	17	19	24	21	29	31	5,3	20,0	29,2	55,0
Nouvelle Aquitaine	8	9	14	15	18	20	26	4,4	87,5	73,3	225,0
Bourgogne-Franche-Comté	9	6	10	9	17	22	26	4,4	0,0	188,9	188,9
Pays de la Loire	3	5	7	9	11	15	21	3,6	200,0	133,3	600,0
Bretagne	2	3	3	5	10	14	15	2,6	150,0	200,0	650,0
Normandie	3	4	4	6	9	9	10	1,7	100,0	66,7	233,3
Centre-Val de Loire	1	4	6	6	5	5	5	0,9	500,0	-16,7	400,0
Guadeloupe	2	2	1	1	2	2	2	0,3	-50,0	100,0	0,0
La Réunion						2	2	0,3	...	...	...
Corse							1	0,2	...	...	...
Martinique	1	1	1	1	1	1	1	0,2	0,0	0,0	0,0
Mayotte							1	0,2	...	...	...
Territoires d'Outre-Mer				1	1			0,0	...	-100,0	...
Total	354	377	419	425	457	525	586	100,0	20,1	37,9	65,5

Source : e-CDS, 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) ;

La concentration persistante des CDS en Ile-de-France apparait 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 %) (tableau 10).
- 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). Le chiffre pour l'Ile-de-France tirait ainsi fortement à la hausse la moyenne nationale (50 ETP annuels de professionnels médicaux par million d'habitants).

Tableau 10 : Nombre de CDS pluriprofessionnels et nombre d'ETP annuels de professionnels médicaux employés par les CDS pluriprofessionnels en 2022 rapportés à la population des régions au 1^{er} janvier 2023

	Nbre de CDS	Part des CDS dans le total en %	Nbre de CDS par million d'habitants	Nbre d'ETP annuel de prof. médicaux employés dans les CDS	Part des ETP annuels de prof. médicaux employés dans les CDS dans le total en %	Nbre d'ETP annuels de prof. médicaux employés dans les CDS par million d'habitants
Île-de-France	232	39,7	18,7	2 077,6	60,9	167,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	39	6,7	7,0	213,8	6,3	38,4
Auvergne-Rhône-Alpes	57	9,7	7,0	279,5	8,2	34,1
Grand Est	39	6,7	7,5	175,8	5,2	34,0
Bourgogne-Franche-Comté	26	4,4	9,3	91,1	2,7	32,6
Hauts-de-France	77	13,2	12,9	171,0	5,0	28,6
Occitanie	31	5,3	5,1	135,6	4,0	22,2
Pays de la Loire	21	3,6	5,4	81,0	2,4	20,8
Nouvelle Aquitaine	26	4,4	4,2	89,6	2,6	14,6
Bretagne	15	2,6	4,4	38,6	1,1	11,3
Guadeloupe	2	0,3	5,3	4,2	0,1	11,0
Martinique	1	0,2	2,8	3,6	0,1	10,0
Normandie	10	1,7	3,0	31,7	0,9	9,5
Mayotte	1	0,2	3,2	2,1	0,1	6,9
Corse	1	0,2	2,8	2,0	0,1	5,7
Centre-Val de Loire	5	0,9	1,9	14,5	0,4	5,6
La Réunion	2	0,3	2,3	1,3	0,0	1,4
Guyane	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
France	585	100,0	8,6	3 413,1	100,0	50,1

Source : e-CDS, Insee, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées), hors le CDS LIVI qui constitue essentiellement une plateforme d'offre de téléconsultations (Cf. la partie 2.7 infra) ;

2.4.2 Une forte présence à Paris et dans certains autres départements d'Ile-de-France, un fort développement récent dans certains départements d'autres régions

La métropole parisienne et les départements de Seine Saint Denis, des Hauts-de-Seine et du Val de Marne hébergeaient respectivement 70, 59, 37 et 31 CDS pluriprofessionnels en activité en 2022, soit respectivement 11,9 %, 10,1 %, 6,3 % et 5,3 % du total des CDS pluriprofessionnels au niveau national en activité en 2022 (tableau 11). Le nombre de CDS pluriprofessionnels a augmenté fortement dans chacun de ces départements entre 2016 et 2022, bien qu'à un rythme inférieur à celui de la France dans son ensemble (+40 %, +31 %, +37 % et +29 %, contre +65,5 %).

Avec 40 et 32 centres en activité en 2022, les départements du Pas de Calais et du Nord comptaient 6,8 % et 5,5 % des CDS du 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 ont 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.

A l'opposé, 18 départements n'hébergeaient aucun CDS pluriprofessionnels en 2022.

Tableau 11 : Evolution de 2016 à 2022 du nombre de CDS pluriprofessionnels dans les 30 départements en comptant le plus en 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Part en 2022 en %	Taux de croissance, en %		
									2019/2016	2022/2019	2022/2016
Paris	50	47	50	52	59	71	70	11,9	4,0	34,6	40,0
Seine-Saint-Denis	45	48	46	49	53	58	59	10,1	8,9	20,4	31,1
Pas-de-Calais	32	49	45	44	42	42	40	6,8	37,5	-9,1	25,0
Hauts-de-Seine	27	28	29	27	27	34	37	6,3	0,0	37,0	37,0
Nord	15	24	33	29	29	29	32	5,5	93,3	10,3	113,3
Val de Marne	24	25	23	24	22	27	31	5,3	0,0	29,2	29,2
Bouches-du-Rhône	17	16	17	17	19	21	27	4,6	0,0	58,8	58,8
Moselle	26	25	25	25	23	22	19	3,2	-3,8	-24,0	-26,9
Isère	9	9	10	10	10	11	12	2,0	11,1	20,0	33,3
Rhône	7	6	10	9	9	13	12	2,0	28,6	33,3	71,4
Val d'Oise	7	7	8	8	8	9	11	1,9	14,3	37,5	57,1
Yvelines	5	5	5	5	6	7	11	1,9	0,0	120,0	120,0
Loire	4	4	6	6	7	7	10	1,7	50,0	66,7	150,0
Loire-Atlantique	1	2	2	3	3	6	9	1,5	200,0	200,0	800,0
Drôme	4	4	4	4	5	6	8	1,4	0,0	100,0	100,0
Essonne	4	3	4	4	4	6	8	1,4	0,0	100,0	100,0
Gard	9	8	9	9	7	8	8	1,4	0,0	-11,1	-11,1
Meurthe-et-Moselle	5	4	6	6	6	6	8	1,4	20,0	33,3	60,0
Saône-et-Loire	1	1	1	1	4	7	8	1,4	0,0	700,0	700,0
Alpes-Maritimes	4	2	3	4	2	3	7	1,2	0,0	75,0	75,0
Doubs	4	2	2	1	4	4	7	1,2	-75,0	600,0	75,0
Finistère	1	1	1	3	4	6	6	1,0	200,0	100,0	500,0
Gironde	3	3	5	5	6	5	6	1,0	66,7	20,0	100,0
Haute-Garonne	1	2	2	6	3	5	6	1,0	500,0	0,0	500,0
Hérault	5	2	3	4	3	4	6	1,0	-20,0	50,0	20,0
Ille-et-Vilaine	1	1	1	2	3	5	6	1,0	100,0	200,0	500,0
Seine-et-Marne	1	1	1	1	3	5	6	1,0	0,0	500,0	500,0
Bas-Rhin	2	2	2	1	1	5	5	0,9	-50,0	400,0	150,0
Sarthe			1	1	2	3	5	0,9	...	400,0	...
Seine-Maritime		1	1	2	5	5	5	0,9	...	150,0	...
Total	354	377	419	425	457	525	586	100,0	20,1	37,9	65,5

Source : e-CDS, 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) ;

La concentration des CDS à Paris en particulier et 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.

- En 2022, Paris comptait 30,2 % des équivalents temps pleins (ETP) annuels de professionnels médicaux employés par l'ensemble des CDS pluriprofessionnels en France, loin devant la Seine-Saint-Denis, les Hauts-de-Seine, le Val-de-Marne et les Bouches-du-Rhône (11,8 %, 7,6 %, 5,1 % et 4,9 %) (tableau 12).
- Paris comptait ainsi la même année 490 ETP annuels de professionnels médicaux employés dans des CDS pluriprofessionnels par million d'habitants, loin devant la Seine-Saint-Denis (238), les Hauts-de-Seine (157), le Val-de-Marne (121), la Saône-et-Loire (82) et les Bouches-du-Rhône (80).
- L'interprétation des écarts constatés entre Paris et les autres départements d'Ile-de-France doit naturellement tenir compte de la mobilité très forte de la population au sein de cette région et notamment du fait que les CDS situés à Paris prennent en charge de nombreux patients résidant dans les départements avoisinants.

Tableau 12 : Densité d'ETP annuels de professionnels médicaux employés par les CDS pluriprofessionnels en 2022 par habitant dans les 30 départements où celle-ci est la plus forte en 2022

	Nbre de CDS	Part des CDS dans le total en %	Nbre de CDS par million d'habitants	Nbre d'ETP annuel de prof. médicaux employés dans les CDS	Part des ETP annuels de prof. médicaux employés dans les CDS dans le total en %	Nbre d'ETP annuel de prof. médicaux employés dans les CDS par million d'habitants
Paris	70	12,0	33,3	1 032,1	30,2	490,5
Seine-Saint-Denis	59	10,1	34,9	403,3	11,8	238,6
Hauts-de-Seine	37	6,3	22,5	258,0	7,6	156,7
Val-de-Marne	30	5,1	21,0	172,4	5,1	120,8
Saône-et-Loire	8	1,4	14,6	45,0	1,3	82,2
Bouches-du-Rhône	27	4,6	13,0	165,8	4,9	80,1
Ardèche	4	0,7	12,0	23,7	0,7	70,8
Val-d'Oise	11	1,9	8,7	82,9	2,4	65,3
Alpes-de-Haute-Provence	1	0,2	6,0	9,3	0,3	55,5
Pas-de-Calais	40	6,8	27,5	75,7	2,2	51,9
Rhône	12	2,1	6,3	97,6	2,9	50,9
Meurthe-et-Moselle	8	1,4	10,9	36,7	1,1	50,2
Yonne	3	0,5	9,1	16,2	0,5	49,0
Moselle	19	3,2	18,0	51,4	1,5	48,8
Isère	12	2,1	9,2	61,7	1,8	47,5
Corrèze	1	0,2	4,2	10,9	0,3	45,5
Gard	8	1,4	10,5	34,1	1,0	44,7
Bas-Rhin	5	0,9	4,3	50,7	1,5	43,6
Drôme	8	1,4	15,3	22,3	0,7	42,6
Loire	10	1,7	12,9	31,8	0,9	41,1
Aube	3	0,5	9,6	12,3	0,4	39,3
Yvelines	11	1,9	7,5	56,4	1,7	38,4
Essonne	8	1,4	6,0	49,8	1,5	37,5
Sarthe	5	0,9	8,8	21,1	0,6	37,3
Jura	2	0,3	7,8	8,9	0,3	34,5
Tarn	3	0,5	7,6	12,6	0,4	31,8
Marne	1	0,2	1,8	17,0	0,5	30,1
Cher	2	0,3	6,7	8,8	0,3	29,6
Charente	3	0,5	8,6	10,3	0,3	29,3
Nord	32	5,5	12,2	73,7	2,2	28,2
France	585	100,0	8,6	3 413,1	100,0	50,1

Source : e-CDS, Insee, calculs mission ;

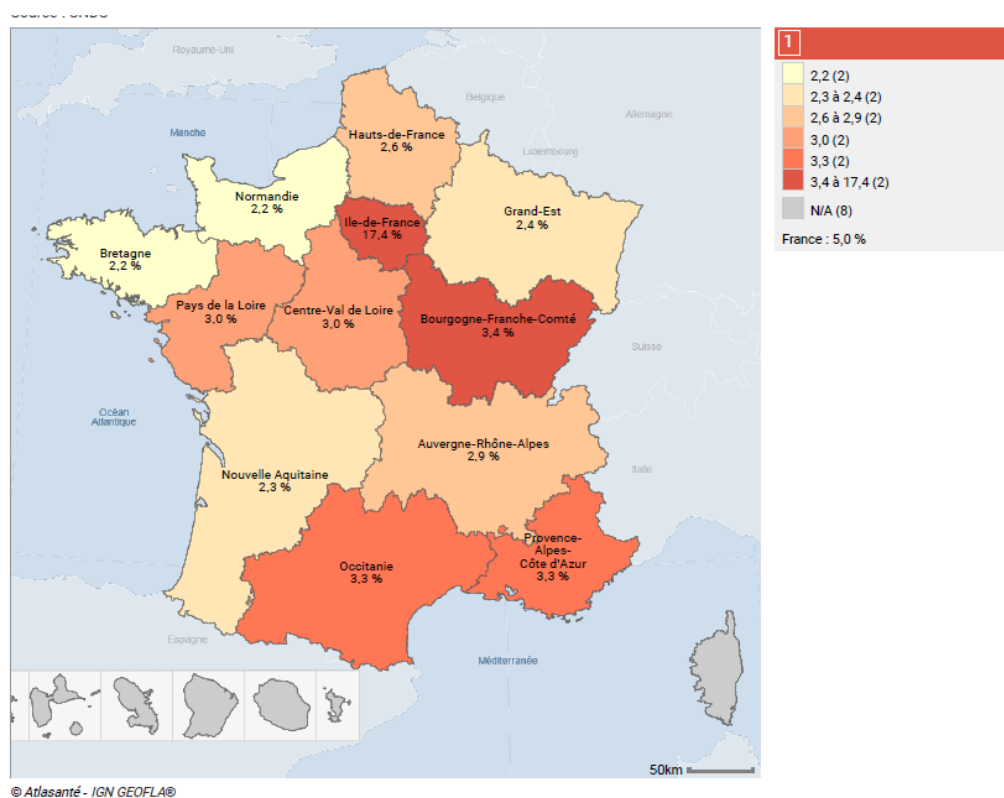
Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées), hors le CDS LIVI qui constitue essentiellement une plateforme d'offre de téléconsultations (Cf. la partie 2.7 infra) ;

2.4.3 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 et des populations, mais aussi de l'offre de soins des professionnels médicaux qui exercent en libéral, il apparaît que la place des CDS pluriprofessionnels 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 (soit un ensemble plus vaste que celui des CDS pluriprofessionnels *stricto sensu*), 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 (carte 1).

Carte 1 : Part du nombre des actes de médecine générale réalisés par l'ensemble des CDS dans le total des actes des médecins généralistes exerçant en libéral ou en CDS par régions en 2022, en %



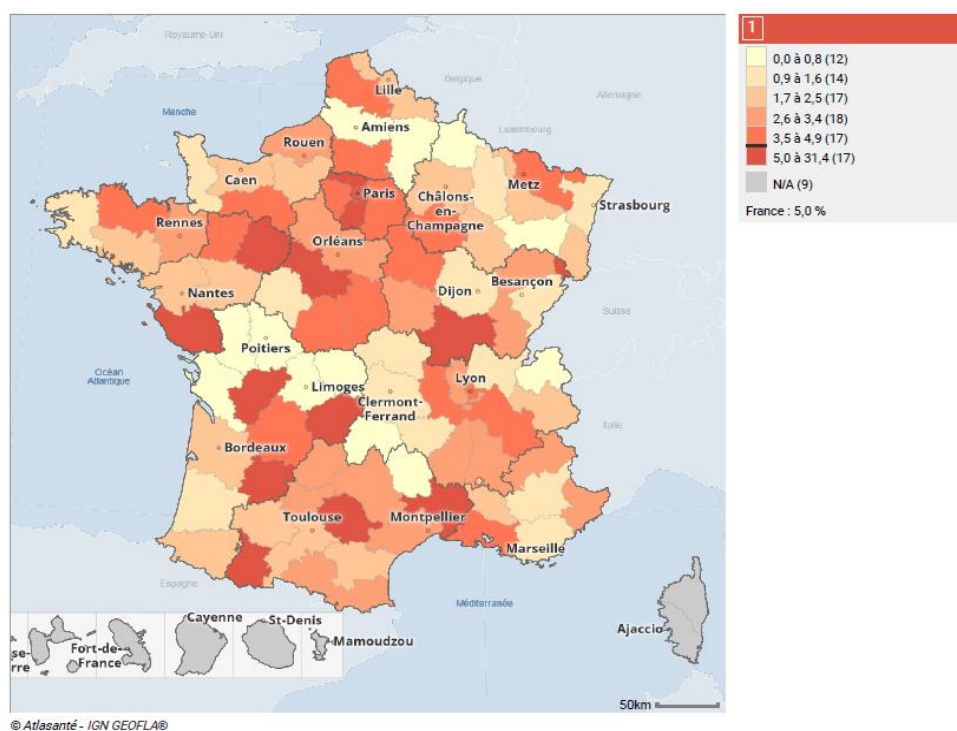
Source : Application C@rto Santé, ministère de la santé

Notes : la carte est réalisée à partir d'un zonage au niveau des régions ; l'indicateur est le ratio entre le nombre d'actes de médecine générale réalisés par l'ensemble des centres de santé (soit essentiellement les centres de santé médicaux et polyvalents) et le total des actes réalisés par des médecins généralistes exerçant en libéral ou employés dans les centres de santé ; les actes considérés sont ceux réalisés par des médecins généralistes, y compris ceux à mode d'exercice particulier (MEP) (acupuncteurs, angéologues ...) ;

Sans surprise, 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 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, 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, Cantal¹⁸) (carte 2).

Carte 2 : Part du nombre des actes de médecine générale réalisés par l'ensemble des CDS dans le total des actes des médecins généralistes exerçant en libéral ou en CDS par départements en 2022, en %



Source : Application C@rto Santé, ministère de la santé

Notes : la carte est réalisée à partir d'un zonage au niveau des départements ; l'indicateur est le ratio entre le nombre d'actes de médecine générale réalisés par l'ensemble des centres de santé (soit essentiellement les centres de santé médicaux et polyvalents) et le total des actes réalisés par des médecins généralistes exerçant en libéral ou employés dans les centres de santé ; les actes considérés sont ceux réalisés par des médecins généralistes, y compris ceux à mode d'exercice particulier (MEP) (acupuncture, angiologues ...) ;

¹⁸ La mission note à cet égard que, selon les données issues de e-CDS, certains de ces départements n'hébergeaient pas de CDS pluriprofessionnels en activité en 2022 (Creuse, Vosges, Ardennes, Aisne, Lozère, Cantal).

2.5 Une grande diversité des organismes gestionnaires des centres, avec une prédominance des associations, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale

La législation restreint la capacité à créer et gérer des centres de santé (article L323-1-3 du code de la santé publique¹⁹).

Dans ce cadre, il apparaît toutefois que les CDS pluriprofessionnels sont gérés par des organismes aux statuts juridiques très variés. Le tableau 14 (plus bas) présente la répartition des CDS pluriprofessionnels selon les catégories d'établissements définies dans le répertoire FINESS au cours de la période 2016 à 2022. Pour faciliter l'analyse, la mission a défini des grandes catégories de statuts juridiques adaptées à l'objet des CDS et notamment des CDS pluriprofessionnels (Cf. le tableau 14 pour une présentation de cette catégorisation). Cette catégorisation diffère quelque peu de celle retenue dans les tableaux de bord national et régionaux issus de la plateforme e-CDS. Elle distingue, parmi les gestionnaires de centres :

- Les associations,
- Les collectivités territoriales,
- Les organismes de sécurité sociale,
- Les organismes mutualistes,
- Les établissements publics de santé,
- Les « autres organismes et établissements publics »,
- Les organismes privés à caractère commercial,
- Les autres organismes privés à but non lucratif.

¹⁹ Selon cet article :

« Les centres de santé sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements publics de coopération intercommunale, soit par des établissements publics de santé, soit par des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif.

Un centre de santé peut également être créé et géré par une société coopérative d'intérêt collectif régie par le titre II ter de la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération. Dans une telle hypothèse, par dérogation à l'article 19 septies de cette loi, les seules personnes morales pouvant être associées de la société coopérative d'intérêt collectif sont les personnes mentionnées au premier alinéa du présent article. »

Cette classification, strictement fondée sur la catégorisation selon les statuts juridiques des établissements dans FINESS²⁰, présente, selon la mission, les avantages suivants par rapport à la catégorisation retenue dans les tableaux de bord issus d'e-CDS :

- Dans cette classification, la catégorie des CDS pluriprofessionnels gérés par des organismes de sécurité sociale est essentiellement constituée par des centres gérés par des organismes spéciaux de sécurité sociale, cette sous-catégorie étant elle-même constituée en quasi-totalité par les CDS du réseau FILIERIS.
- Cette classification isole les CDS pluriprofessionnels gérés par « d'autres organismes et établissements publics » qui sont essentiellement des CDS gérés par « d'autres établissements publics locaux à caractère administratif » au sens de la catégorisation des établissements de FINESS. Ceux-ci sont quasi exclusivement des CDS rattachés à des établissements d'enseignement supérieur publics, à savoir des CDS qualifiés fréquemment de « centres de santé universitaires » dont l'objet et les modalités de fonctionnement et de gestion apparaissent très particulières.

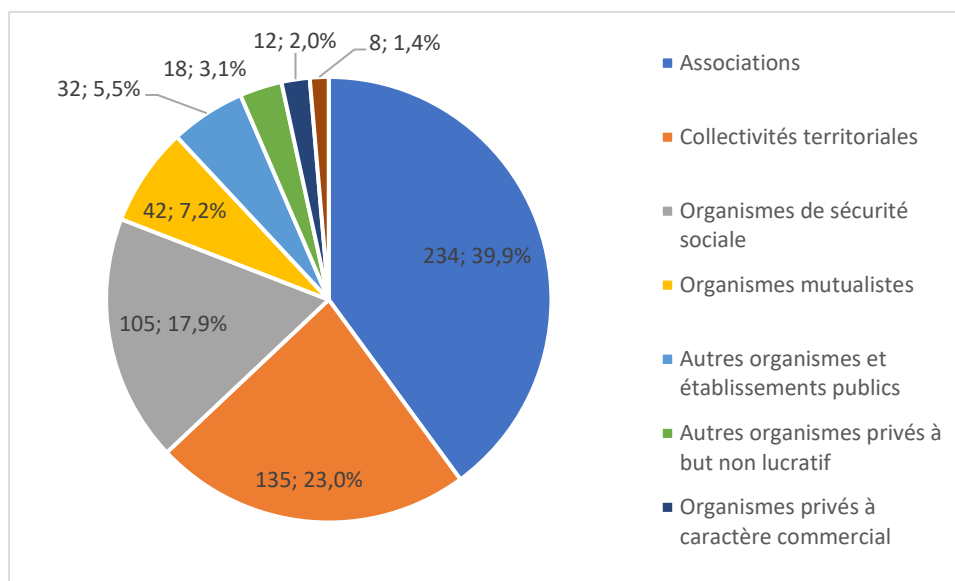
Les catégories de CDS pluriprofessionnels définies, comme ceux gérés par des « organismes privés à caractère commercial » et ceux gérés par « d'autres organismes privés à but non lucratif », s'appuient sur des considérations strictement juridiques. Regroupant un petit nombre de CDS ces dernières années (14 et 18 CDS en activité respectivement en 2022), ces deux catégories apparaissent plus disparates, s'agissant de l'objet et des modes de fonctionnement des centres.

Sur la base de cette classification adaptée, il apparaît qu'une part prépondérante des CDS pluriprofessionnels en activité en 2022 étaient gérés par des associations (234 CDS, soit 39,9 % du total), d'une part, et par des collectivités territoriales (135 CDS, soit 23,0 %), d'autre part. Parmi les premiers, une très grande majorité étaient gérés par des associations non reconnues d'utilité publiques (184 CDS en activité en 2022). Parmi les seconds, 99 CDS pluriprofessionnels étaient gérés par des communes et 16 par des centres d'action communale, ainsi que 13 par des conseils départementaux. Une part moindre, mais néanmoins conséquente de CDS pluriprofessionnels était gérés par des organismes de sécurité sociale (105 CDS, soit 17,9 %²¹) et des organismes mutualistes (42 CDS, soit 7,2 %). Les données issues d'e-CDS montrent à l'inverse que les CDS en activité et gérés par des établissements publics de santé étaient très peu nombreux en 2022 (8 CDS) de même que ceux gérés par des organismes privés à caractère commercial (12 CDS en activité en 2022 (graphique 4, tableaux 13 et 14)

²⁰ La mission a procédé à une seule exception à cet égard : elle a classé le seul CDS pluriprofessionnel en activité ces dernières années qui est géré par un groupement d'intérêt public (GIP) dans la catégorie des CDS gérés par des collectivités territoriales, car il s'agit du GIP Pro Santé créé à l'initiative et géré sous le contrôle du conseil régional de Centre-Val de Loire.

²¹ Parmi lesquels, 100 CDS du réseau FILIERIS.

Graphique 4 : Répartition des CDS pluriprofessionnels par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres en 2022



Source : e-CDS, calculs mission ;

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

Tableau 13 : Evolution du nombre de CDS pluriprofessionnels par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centre de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Part en 2022 en %	Taux de croissance, en %		
									2019/2016	2022/2019	2022/2016
Associations	79	81	93	106	134	181	234	39,9	34,2	120,8	196,2
Collectivités territoriales	102	103	103	103	113	129	135	23,0	1,0	31,1	32,4
Organismes de sécurité sociale	104	129	129	125	115	114	105	17,9	20,2	-16,0	1,0
Organismes mutualistes	40	37	45	43	43	43	42	7,2	7,5	-2,3	5,0
Autres organismes et établissements publics	13	11	30	26	27	31	32	5,5	100,0	23,1	146,2
Autres organismes privés à but non lucratif	11	10	12	15	14	15	18	3,1	36,4	20,0	63,6
Organismes privés à caractère commercial	1	1	2	4	6	7	12	2,0	300,0	200,0	1100,0
Etablissements publics de santé	4	5	5	3	5	5	8	1,4	-25,0	166,7	100,0
Total	354	377	419	425	457	525	586	100,0	20,1	37,9	65,5

Source : e-CDS, 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) ;

Tableau 14 : Evolution du nombre de CDS pluriprofessionnels selon le statut juridique des gestionnaires de centre de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Part en 2022 en %	Taux de croissance, en %		
									2019/2016	2022/2019	2022/2016
Associations	79	81	93	106	134	181	234	39,9	34,2	120,8	196,2
Assoc. de droit local	3	2	2	1	1	2	5	0,9	-66,7	400,0	66,7
Assoc. Loi 1901 non reconnue d'utilité publique	54	55	64	77	104	145	184	31,4	42,6	139,0	240,7
Assoc. Loi 1901 reconnue d'utilité publique	22	24	27	28	29	34	45	7,7	27,3	60,7	104,5
Collectivités territoriales	102	103	103	103	113	129	135	23,0	1,0	31,1	32,4
Autre collectivité territoriale				3	6	6	6	1,0	...	100,0	...
Centre communal d'action sociale	18	15	15	13	12	15	16	2,7	-27,8	23,1	-11,1
Commune	78	80	80	84	88	96	99	16,9	7,7	17,9	26,9
Département	6	8	7	2	6	11	13	2,2	-66,7	550,0	116,7
Groupement d'intérêt public (G.I.P.)			1	1	1	1	1	0,2	...	0,0	...
Organismes de sécurité sociale	104	129	129	125	115	114	105	17,9	20,2	-16,0	1,0
Régime général de sécurité sociale	5	5	5	5	5	5	5	0,9	0,0	0,0	0,0
Régime spécial de sécurité sociale	99	124	124	120	110	109	100	17,1	21,2	-16,7	1,0
Organismes mutualistes	40	37	45	43	43	43	42	7,2	7,5	-2,3	5,0
Autre organisme mutualiste	1	1	1	1	1	1	1	0,2	0,0	0,0	0,0
Société mutualiste	39	36	44	42	42	42	41	7,0	7,7	-2,4	5,1
Autres organismes et établissements publics	13	11	30	26	27	31	32	5,5	100,0	23,1	146,2
Autre étab. public local à caractère administratif	9	8	29	25	26	29	30	5,1	177,8	20,0	233,3
Etab. social et médico-social départemental						1	1	...	...	...	...
Etab. public industriel et commercial national			1	1	1	1	1	0,2	...	0,0	...
Etat	4	3						0,0	-100,0	...	-100,0
Autres organismes privés à but non lucratif	11	10	12	15	14	15	18	3,1	36,4	20,0	63,6
Autre organisme privé à but non lucratif				1	1		1	0,2	...	0,0	...
Comité d'entreprise et d'établissement	1	1	3	3	1	3	3	0,5	200,0	0,0	200,0
Congrégation	1							0,0	-100,0	...	-100,0
Fondation	9	9	9	11	12	12	14	2,4	22,2	27,3	55,6
Organismes privés à caractère commercial	1	1	2	4	6	7	12	2,0	300,0	200,0	1100,0
Autre société	1	1	1	2	2	2	2	0,3	100,0	0,0	100,0
Société anonyme			1	1	1			0,0	...	-100,0	...
Société à responsabilité limitée (S.A.R.L.)					1	1		0,0	...	...	...
Société par actions simplifiée (S.A.S.)				1	2	4	10	1,7	...	900,0	...
Etablissements publics de santé	4	5	5	3	5	5	8	1,4	-25,0	166,7	100,0
Etab. public communal d'hospitalisation	2	2	3	1	2	1	3	0,5	-50,0	200,0	50,0
Etab. public départemental d'hospitalisation	1	2	1	1	1	1	1	0,2	0,0	0,0	0,0
Etab. public intercommunal d'hospitalisation					1	2	2	0,3	...	...	...
Etab. public interdépartemental d'hospitalisation	1	1	1	1	1	1	1	0,2	0,0	0,0	0,0
Etab. public régional d'hospitalisation							1	0,2	...	...	...
Total	354	377	419	425	457	525	586	100,0	20,1	37,9	65,5

Source : e-CDS, 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);

Les données issues d'e-CDS font par ailleurs apparaître que le nombre de CDS gérés par chacune de ces grandes catégories de gestionnaires a augmenté fortement ou très fortement à l'exception notable de ceux gérés par des organismes de sécurité sociale, dont le nombre n'a augmenté que de 1 % entre 2016 et 2022, en lien avec les restructurations opérées par le groupe FILIERIS, et de ceux gérés par des organismes mutualistes (+5 % au cours de la période) (tableau 13).

Les données font aussi apparaître :

- Une augmentation récente spectaculaire du nombre de CDS gérés par des associations (+196 % de 2016 à 2022), reflétant des augmentations très fortes du nombre de ceux gérés par des associations non reconnues d'utilité publique (+241 %) et de ceux gérés par des associations reconnues d'utilité publique (+104 %) ;

- L'émergence notable de CDS pluriprofessionnels gérés par des organismes privés à caractère commercial (12 CDS en activité en 2022, contre 1 seulement en 2016), parmi lesquels 10 CDS dont gérés par des sociétés par actions simplifiées (SAS), dont 4 centres créés récemment et gérés par le groupe privé de santé Ramsay Santé ;
- 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).

S'agissant de l'implantation géographique des CDS pluriprofessionnels par grandes catégories de gestionnaires, en lien pour partie avec les évolutions récentes, les données issues d'e-CDS révèlent en particulier (tableau 15) :

- Une très nette surreprésentation par rapport à la moyenne nationale des CDS gérés par des collectivités territoriales et une nette surreprésentation de ceux gérés par des associations en Ile-de-France ;
- La très forte surreprésentation, par rapport à la moyenne nationale, des centres gérés par des organismes de sécurité sociale dans la région des Hauts-de-France, reflétant la prépondérance persistante des CDS du groupe FILIERIS dans cette région (75 % des centres de la région en 2022).
- Une très nette surreprésentation, par rapport à la moyenne nationale, des centres gérés par des organisme mutualistes dans la région Grand-Est.

Tableau 15 : Répartition des CDS pluriprofessionnels par régions et grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres en 2022

	Associations		Collectivités territoriales		Organismes de sécurité sociale		Organismes mutualistes		Autres organismes et établissements publics		Autres organismes privés à but non lucratif		Organismes privés à caractère commercial		Etablissements publics de santé		Total	
	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %
Île-de-France	112	48,1	98	42,1	4	1,7	5	2,1	5	2,1	6	2,6	2	0,9	1	0,4	233	100,0
Hauts-de-France	14	18,2	0,0	0,0	58	75,3	1	1,3	3	3,9	0,0	1	1,3	0,0	0,0	77	100,0	
Auvergne-Rhône-Alpes	28	49,1	5	8,8	4	7,0	6	10,5	5	8,8	3	5,3	4	7,0	2	3,5	57	100,0
Grand Est	17	43,6	1	2,6	2	5,1	12	30,8	2	5,1	3	7,7	0,0	0,0	2	5,1	39	100,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	9	23,1	2	5,1	22	56,4	6	15,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	39	100,0	
Occitanie	10	32,3	3	9,7	11	35,5	4	12,9	1	3,2	0,0	2	6,5	0,0	0,0	31	100,0	
Nouvelle Aquitaine	8	30,8	5	19,2	1	3,8	4	15,4	5	19,2	2	7,7	0,0	0,0	1	3,8	26	100,0
Bourgogne-Franche-Comté	11	42,3	9	34,6	1	3,8	4	15,4	1	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	26	100,0	
Pays de la Loire	8	38,1	7	33,3	1	4,8	0,0	0,0	4	19,0	0,0	0,0	0,0	1	4,8	21	100,0	
Bretagne	10	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2	13,3	2	13,3	0,0	0,0	1	6,7	15	100,0
Normandie	5	50,0	1	10,0	1	10,0	0,0	0,0	1	10,0	2	20,0	0,0	0,0	0,0	10	100,0	
Centre-Val de Loire	0,0	0,0	4	80,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	20,0	0,0	5	100,0	
Guadeloupe	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2	100,0	
La Réunion	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	50,0	0,0	1	50,0	0,0	0,0	2	100,0	
Corse	1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	100,0	
Martinique	1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	100,0	
Mayotte	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	100,0	0,0	0,0	1	100,0	
Total	234	39,9	135	23,0	105	17,9	42	7,2	32	5,5	18	3,1	12	2,0	8	1,4	586	100,0

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

2.6 Un nombre important de CDS pluriprofessionnels qui dispensent des soins dentaires ou ophtalmologiques, de manière relativement intense pour une partie d'entre eux

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 type de soins.

Comme dans la partie 1.3 *supra*, la mission a exploité les données détaillées issues de la plateforme e-CDS concernant les professionnels de santé employés dans les CDS, notamment celles portant sur le nombre de chirurgiens-dentistes et d'ophtalmologues employés par les CDS, et plus particulièrement la part des ETP annuels de ces professionnels dans le total des ETP annuels de professionnels médicaux (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et « autres professionnels médicaux ») employés par les centres au cours de l'année.

Ces données révèlent les principaux points suivants (tableau 16) :

- Un nombre conséquent de CDS pluriprofessionnels dispensent des soins dentaires (224 sur 586 CDS en 2022, soit 38,2 %) et un nombre plus limité dispensent des soins ophtalmologiques (139 sur 586, soit 23,7 %) ; le nombre de CDS dispensant l'un ou l'autre de ces types de soins s'élevaient ainsi à 266 en 2022, soit près de la moitié des CDS pluriprofessionnels (45,4 % du total).
- Les CDS pluriprofessionnels qui dispensent des soins dentaires ou ophtalmologiques le font le plus souvent d'une manière peu intense ou modérément intense. En approchant la part d'activité de soins dentaires et ophtalmologiques en rapportant la part des ETP annuels de chirurgiens-dentistes et d'ophtalmologues au total des professionnels médicaux employés, les données issues d'e-CDS suggèrent que 9,0 % des CDS pluriprofessionnels auraient eu une part d'activité de soins de ce type comprise entre 0 et 20 % en 2022 et 14,0 % d'entre eux une part comprise entre 20 et 40 %.
- Une part modeste des CDS pluriprofessionnels dispensent toutefois ces types de soins dans des proportions importantes ; pour 12,8 % des CDS pluriprofessionnels, la part de ce type de soins aurait été comprise entre 40 et 60 %, tandis que cette part aurait été comprise entre 60 et 80 % pour 5,8 % d'entre eux et d'au moins 80 % pour 3,8 % des CDS pluriprofessionnels.

Tableau 16 : Répartition des CDS selon leur part d'activité de soins dentaires ou ophtalmologiques en 2022

	Part d'activité de soins dentaires en %		Part d'activité de soins ophtalmologiques en %		Part d'activité de soins dentaires et ophtalmologiques en %	
	Nbre de CDS	Part dans l'ensemble des CDS	Nbre de CDS	Part dans l'ensemble des CDS	Nbre de CDS	Part dans l'ensemble des CDS
0%	362	61,8	447	76,3	320	54,6
De 0 à 20%	37	6,3	105	17,9	53	9,0
De 20 à 40%	92	15,7	16	2,7	82	14,0
De 40 à 60%	60	10,2	7	1,2	75	12,8
De 60 à 80%	28	4,8	7	1,2	34	5,8
80% et plus	7	1,2	4	0,7	22	3,8
Total des CDS	586	100,0	586	100,0	586	100,0

Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) ;
 définition : la part d'activité de soins dentaires (resp. ophtalmologiques) est calculée comme la part des ETP de chirurgiens-dentistes (resp. d'ophtalmologues) dans le total des professionnels médicaux employés dans l'année ;

Une exploitation des mêmes données sur les années antérieures à 2022 fait apparaître que le nombre de CDS pluriprofessionnels dispensant des soins dentaires a augmenté fortement de 2016 à 2002 et que le nombre de ceux qui dispensent des soins ophtalmologiques a aussi augmenté de manière conséquente (+38 % et +19 % respectivement) (tableau 15). Le nombre de CDS pluriprofessionnels « dispensant essentiellement » l'un ou l'autre de ces deux types de soins – repérés comme ceux dont la part des ETP annuels de chirurgiens-dentistes et d'ophtalmologues représente au moins 80 % des ETP des professionnels médicaux – a aussi très fortement augmenté au cours de la période (+175 %), tout en restant limité (22 CDS dénombrés en 2022, contre 8 en 2016).

Tableau 17 : Evolution du nombre de CDS pluriprofessionnels dispensant des soins dentaires ou ophtalmologiques de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Part dans le total des CDS pluripro. en 2022 en %	Taux de croissance, en %		
									2019/2016	2022/2019	2022/2016
CDS dispensant des soins dentaires	162	169	174	182	186	212	224	38,2	12,3	23,1	38,3
CDS dispensant essentiellement des soins dentaires	4	6	5	8	8	9	7	1,2	100,0	-12,5	75,0
CDS dispensant des soins ophtalmologiques	117	115	117	113	110	125	139	23,7	-3,4	23,0	18,8
CDS dispensant essentiellement des soins ophtalmologiques	0	0	0	0	0	0	4	0,7	...	...	...
CDS dispensant des soins dentaires ou ophtalmologiques	180	185	194	203	210	246	266	45,4	12,8	31,0	47,8
CDS dispensant essentiellement des soins dentaires ou ophtalmologiques	8	8	6	8	10	15	22	3,8	0,0	175,0	175,0
Total des CDS pluriprofessionnels	354	377	419	425	457	525	586	...	20,1	37,9	65,5

Source : e-CDS, 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) ; définition : un CDS est considéré comme dispensant des soins dentaires (resp. ophtalmologiques) s'il a employé au moins un chirurgien-dentiste (resp. un ophtalmologue) dans l'année (le cas échéant à temps partiel) ; il est considéré comme dispensant essentiellement des soins dentaires (resp. ophtalmologiques) si la part des ETP de chirurgiens-dentistes (resp. d'ophtalmologues) dans le total des professionnels médicaux employés dans l'année est supérieure ou égale à 80 % ;

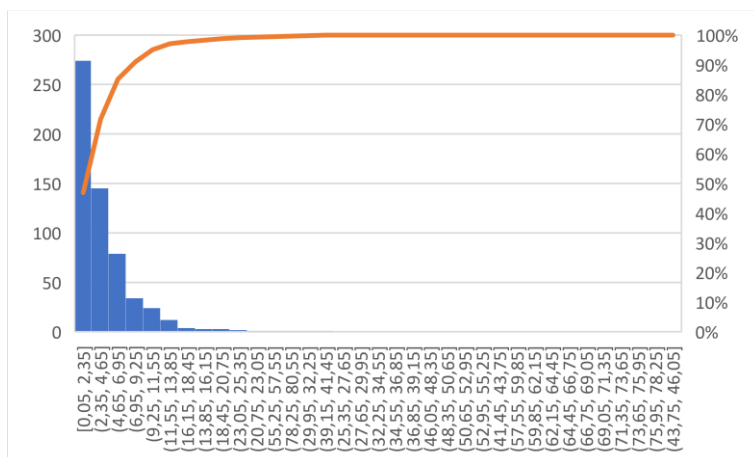
2.7 Des CDS pluriprofessionnels de taille très variable, mais avec une prépondérance des centres employant un petit nombre de professionnels médicaux

Les CDS pluriprofessionnels sont de taille très variable que celle-ci soit mesurée par le nombre d'ETP annuels de médecins employés, de professionnels médicaux ou de l'ensemble des personnels de tous types employés (graphiques 5, 6 et 7), 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, selon son site Internet, 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 – et qui, selon ses déclarations, 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), 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 18) ;
- Un professionnel médical au minimum et 220 au maximum, avec à nouveau un minimum de 0,1 ETP annuel de ce type de professionnels et un maximum de près de 95 ETP de ce type ;
- Trois salariés de tous types de professions au minimum et 521 au maximum sur l'année, avec un nombre d'ETP annuel minimal de 1,1 et un nombre maximal d'ETP de 353.

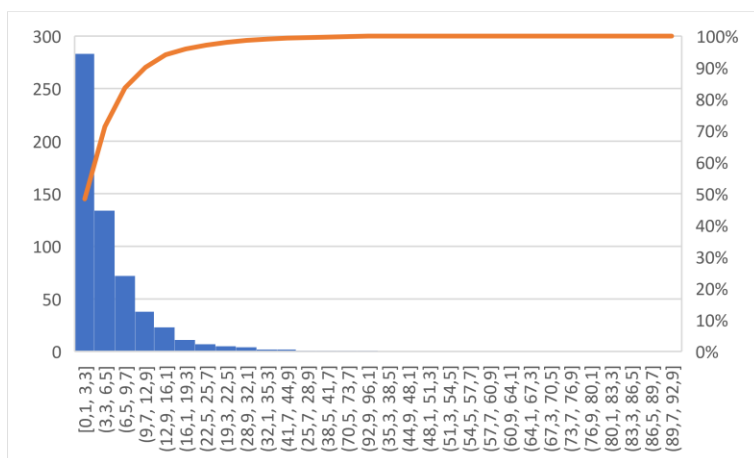
Graphique 5 : Répartition des CDS pluriprofessionnels par tranche d'ETP de médecins employés en 2022



Source : e-CDS, calculs mission ;

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

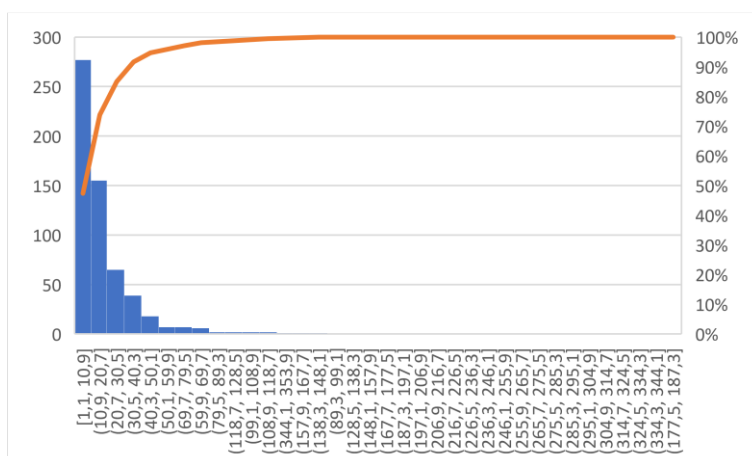
Graphique 6 : Répartition des CDS pluriprofessionnels par tranche d'ETP de professionnels médicaux employés en 2022



Source : e-CDS, calculs mission ;

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

Graphique 7 : Répartition des CDS pluriprofessionnels par tranche d'ETP de l'ensemble des professionnels employés en 2022



Source : e-CDS, calculs mission ;

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

Tableau 18 : 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 ;

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 (tableau 18). Cette même année, 10 % des CDS pluriprofessionnels ont employé 1 ETP de médecin au plus (1^{er} décile), tandis que 10 % ont employé plus de 9 ETP de médecin sur l'année (9^{ème} décile). Le nombre médian d'ETP annuels de professionnels médicaux employés par les CDS pluriprofessionnels était de 3,4 ETP (une moitié des centres en employant au moins ce nombre, et une autre moitié en employant au plus ce nombre) ; environ un quart des centres ont employé plus de 7,1 ETP annuels de tels professionnels (3^{ème} quartile) 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 chacune des grandes catégories : ainsi, selon les données saisies par les centres, 50 % des CDS gérés par des associations ont employé entre 2,0 et 8,4 ETP annuels de professionnels médicaux en 2022, 10 % en ont employé plus de 15,5 et 10 % ont à l'inverse employé 1,0 ETP au plus de tels professionnels la même année (tableau 19).

Alors que les données d'ETP annuels saisies par les CDS peuvent comporter des erreurs, une telle analyse, fondée sur la mise en exergue des quartiles et des déciles de la distribution de cet indicateur est nettement moins susceptible d'être affectée de manière sensible par d'éventuelles erreurs de saisies, notamment par des données extrêmes aberrantes, que des statistiques usuelles de moyenne.

Tableau 19 : Distribution des CDS pluriprofessionnels selon le nombre d'ETP de professionnels médicaux employés par grandes catégories de statut juridique de gestionnaires de centres en 2022

	Nbre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Associations	233	0,1	1,0	2,0	3,9	7,0	8,4	15,5	94,7
Collectivités territoriales	135	0,4	1,5	2,6	4,9	5,9	7,8	11,8	24,5
Organismes de sécurité sociale	105	0,2	1,0	1,0	2,0	2,3	2,7	4,2	14,9
Organismes mutualistes	42	1,4	2,9	4,2	6,3	10,0	13,7	21,4	41,7
Autres organismes et établissements publics	32	0,1	0,7	1,2	1,9	3,0	3,0	7,4	13,0
Autres organismes privés à but non lucratif	18	0,2	0,5	1,4	3,4	7,3	8,8	14,9	41,0
Organismes privés à caractère commercial	12	1,0	1,2	2,1	3,3	4,2	4,3	10,0	11,7
Etablissements publics de santé	8	2,2	2,3	2,9	3,5	4,8	6,9	8,2	9,1
Ensemble des CDS	585	0,1	1,0	1,9	3,4	5,8	7,1	12,6	94,7

Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées), hors le CDS LIVI ;
Lecture : en moyenne, les CDS pluriprofessionnels gérés par des associations ont employé 7,0 ETP de professionnels médicaux au cours de l'année 2022 ; la moitié de ces CDS ont employé plus (ou resp. moins) de 3,9 ETP de professionnels médicaux au cours de l'année ; 10 % de ces CDS ont employé au moins 15,5 ETP de professionnels médicaux au cours de l'année tandis qu'un quart de ces CDS ont employé 2,0 ETP au plus de professionnels médicaux cette année ;

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 régions²². 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 FILIERS, se distinguent par une taille comparativement faible par rapport à celle des CDS des autres régions (tableau 20).

²² La région Ile-de-France héberge en outre une part importante des CDS de grande taille.

Tableau 20 : Distribution des CDS pluriprofessionnels selon le nombre d'ETP de professionnels médicaux employés et les régions en 2022

	Nbre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Île-de-France	232	0,2	2,0	3,2	6,2	9,0	10,3	19,1	94,7
Hauts-de-France	77	0,1	1,0	1,0	1,9	2,2	2,2	3,7	12,3
Auvergne-Rhône-Alpes	57	0,1	1,0	1,7	3,6	4,9	6,7	11,2	21,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	39	0,3	1,3	1,9	3,9	5,5	7,5	14,4	15,8
Grand Est	39	0,4	1,0	1,0	2,5	4,5	5,3	13,3	17,8
Occitanie	31	1,0	1,5	2,1	3,1	4,4	5,0	8,0	21,9
Nouvelle Aquitaine	26	0,4	0,9	2,0	2,7	3,4	3,6	7,3	11,3
Bourgogne-Franche-Comté	26	0,2	0,8	1,2	2,2	3,5	4,4	8,3	13,0
Pays de la Loire	21	1,0	1,3	1,5	2,6	3,9	4,6	7,9	18,0
Bretagne	15	0,3	0,5	1,7	2,6	2,6	3,4	4,1	6,6
Normandie	10	0,2	0,6	1,2	2,5	3,2	5,3	6,1	6,9
Centre-Val de Loire	5	1,0	1,2	1,5	1,6	2,9	3,2	5,6	7,2
Guadeloupe	2	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7
La Réunion	2	0,7	1,0	1,4	2,1	2,1	2,8	3,2	3,5
Corse	1	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Martinique	1	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6
Mayotte	1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
Ensemble des CDS	585	0,1	1,0	1,9	3,4	5,8	7,1	12,6	94,7

Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées), hors le CDS LIVI ;
Lecture : en moyenne, les CDS pluriprofessionnels d'Île-de-France ont employé 9,0 ETP de professionnels médicaux au cours de l'année 2022 ; la moitié de ces CDS ont employé plus (ou resp. moins) de 6,2 ETP de professionnels médicaux au cours de l'année ; 10 % de ces CDS ont employé au moins 19,1 ETP de professionnels médicaux au cours de l'année tandis qu'un quart de ces CDS ont employé 3,2 ETP au plus de professionnels médicaux cette année ;

2.8 Un important renouvellement récent du paysage des CDS pluriprofessionnels, avec une forte expansion des CDS de petite taille ou de taille modeste

Les nombreuses opérations de création, de fermeture et de restructuration de centres réalisées par certains gestionnaires, dont le groupe de santé FILIERIS, ainsi que les évolutions enregistrées par certains centres (cas de centres de santé devenant pluriprofessionnels ou cessant de l'être d'une année sur l'autre) ont induit un fort renouvellement du paysage des CDS pluriprofessionnels ces dernières années.

Le tableau ci-dessous (tableau 21) qui s'appuie sur l'identification des CDS par leur numéro « FINESS établissement » et la définition retenue des CDS pluriprofessionnels, comme dans l'ensemble de cette annexe, permet d'apprécier l'ampleur de ce renouvellement sur les années 2016 à 2022²³.

²³ Ce tableau à lui seul ne renseigne pas sur les raisons qui conduisent à l'apparition de nouveaux CDS pluriprofessionnels chaque année (créations de centres de ce type et évolutions de l'activité de certains centres leur octroyant cette qualification, d'une part, fermetures de centres ou évolutions de certains centres les privant d'une année sur l'autre de cette qualification, d'autre part ; sans compter les éventuels défauts ou retards de saisies de données de certains centres dans la plateforme e-CDS certaines années).

Tableau 21 : Indicateurs du renouvellement annuel du paysage des CDS pluriprofessionnels au cours de la période 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de CDS pluriprofessionnels en activité au cours de l'année (N)	354	377	419	425	457	525	586
Variation annuelle du nombre de CDS pluriprofessionnels en activité (N)-(N-1)	...	23	42	6	32	68	61
Nombre de nouveaux centres identifiés comme pluriprofessionnels et en activité dans l'année (N)	...	54	66	48	69	94	97
Nombre de centres pluriprofessionnels en activité dans l'année (N) qui ne le sont plus l'année suivante (N+1)	31	24	42	37	26	36	...

Source : e-CDS, calculs pôle d'analyse des données de l'IGAS ;

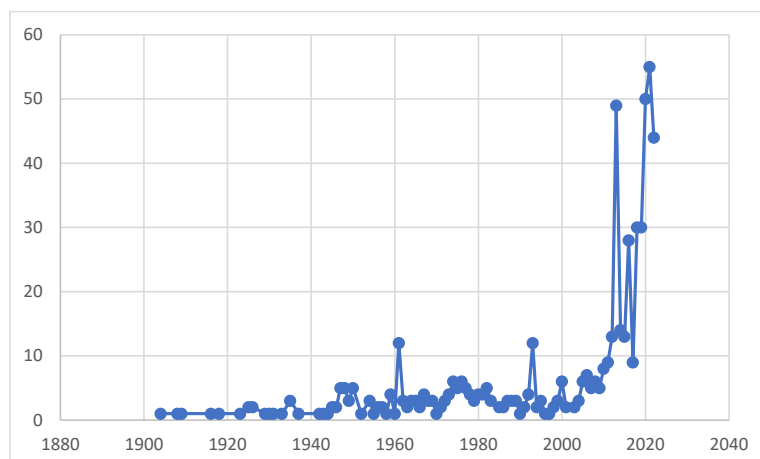
Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) ;

Ce fort renouvellement est également illustré par la distribution des CDS pluriprofessionnels selon l'année de leur ouverture (graphique 8 et tableau 22). Ce renouvellement se traduit notamment par les points suivants :

- 60 % des CDS pluriprofessionnels en activité fin 2022 n'ont ouvert que depuis 2010, 25 % ayant ouvert depuis 2020 seulement.
- Parmi les CDS pluriprofessionnels en activité en 2022, la part de ceux ayant ouvert de longue date est limitée : seuls 22 % ont débuté leur activité avant 1980.

De manière en partie logique au vu des évolutions décrites dans la partie 2.5 *supra*, le renouvellement récent a particulièrement concerné les CDS gérés par les associations : 45 % de ceux d'entre eux en activité en 2022 ont ouvert au cours des 3 dernières années (i.e. depuis 2020) et 27 % d'entre eux seulement ont ouvert avant 2010, ce qui semble témoigner de l'importance des ouvertures récentes de centres, mais aussi d'un nombre très conséquent de fermetures. Le renouvellement a aussi concerné les CDS gérés par les organismes de sécurité sociale, en lien avec les restructurations et les fermetures de centres opérés par le groupe FILIERIS au cours de la dernière décennie. Ce renouvellement a aussi concerné, mais dans une bien moindre mesure les CDS gérés par des collectivités territoriales : si 31 % des CDS en activité en 2022 et gérés par des collectivités locales ont ouvert depuis 2015, à la faveur des créations de centres par différentes collectivités, 41 % de ces CDS ont débuté leur activité avant 1980 et un total de 60 % avant 2010 (tableau 22).

Graphique 8 : Nombre de CDS pluriprofessionnels en 2022 selon l'année d'ouverture des centres



Source : e-CDS, calculs mission ;

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

Tableau 22 : Répartition des CDS pluriprofessionnels en 2022 par date d'ouverture des centres et par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres en 2022

	Associations		Collectivités territoriales		Organismes de sécurité sociale		Organismes mutualistes		Autres organismes et établissements publics		Autres organismes privés à but non lucratif		Organismes privés à caractère commercial		Etablissement s publics de santé		Total	
	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %
Avant 1980	31	13,2	55	40,7	17	16,2	20	47,6	1	3,1	5	27,8	2	16,7	1	12,5	132	22,5
De 1980 à 2009	32	13,7	26	19,3	20	19,0	12	28,6	9	28,1	3	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	102	17,4
De 2010 à 2014	22	9,4	12	8,9	46	43,8	2	4,8	9	28,1	1	5,6	0,0	0,0	1	12,5	93	15,9
De 2015 à 2019	43	18,4	23	17,0	18	17,1	6	14,3	8	25,0	6	33,3	2	16,7	4	50,0	110	18,8
Depuis 2020	106	45,3	19	14,1	4	3,8	2	4,8	5	15,6	3	16,7	8	66,7	2	25,0	149	25,4
Total	234	100,0	135	100,0	105	100,0	42	100,0	32	100,0	18	100,0	12	100,0	8	100,0	586	100,0

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

En lien avec les évolutions décrites dans la partie 24 *supra*, le renouvellement récent du paysage des CDS pluriprofessionnels apparaît aussi plus ou moins marqué selon les régions. Tandis que la région Ile de France garde une part de CDS « historiques » conséquente (34 % de CDS en activité en 2022 ont été créés avant 1980), un renouvellement très important du paysage des CDS est intervenu ces toutes dernières années dans les régions Grand-Est et, dans une moindre mesure, dans les régions Provence Côte-d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes, ainsi bien évidemment que dans les régions qui en hébergeaient très peu jusqu'au milieu des années 2010 et qui en ont vu émerger ces dernières années (tableau 23).

Tableau 23 : Répartition des CDS pluriprofessionnels en 2022, par régions et date d'ouverture des centres

	Avant 1980		De 1980 à 2009		De 2010 à 2014		De 2015 à 2019		Depuis 2020		Total	
	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %
Île-de-France	79	33,9	46	19,7	22	9,4	34	14,6	52	22,3	233	100,0
Hauts-de-France	3	3,9	5	6,5	44	57,1	18	23,4	7	9,1	77	100,0
Auvergne-Rhône-Alpes	15	26,3	11	19,3	5	8,8	9	15,8	17	29,8	57	100,0
Grand Est	12	30,8	4	10,3		0,0	7	17,9	16	41,0	39	100,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	8	20,5	12	30,8	5	12,8	2	5,1	12	30,8	39	100,0
Occitanie	6	19,4	10	32,3	1	3,2	5	16,1	9	29,0	31	100,0
Nouvelle Aquitaine	4	15,4	6	23,1		0,0	7	26,9	9	34,6	26	100,0
Bourgogne-Franche-Comté		0,0	3	11,5	5	19,2	10	38,5	8	30,8	26	100,0
Pays de la Loire	1	4,8	1	4,8	5	23,8	8	38,1	6	28,6	21	100,0
Bretagne	2	13,3	2	13,3	3	20,0	2	13,3	6	40,0	15	100,0
Normandie	1	10,0	1	10,0	2	20,0	3	30,0	3	30,0	10	100,0
Centre-Val de Loire	1	20,0	1	20,0		0,0	3	60,0		0,0	5	100,0
La Réunion		0,0		0,0		0,0		0,0	2	100,0	2	100,0
Guadeloupe		0,0		0,0	1	50,0		0,0	1	50,0	2	100,0
Mayotte		0,0		0,0		0,0	1	100,0		0,0	1	100,0
Martinique		0,0		0,0		0,0	1	100,0		0,0	1	100,0
Corse		0,0		0,0		0,0		0,0	1	100,0	1	100,0
Total	132	22,5	102	17,4	93	15,9	110	18,8	149	25,4	586	100,0

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

Pour des raisons en partie logiques (des centres nouvellement créés emploient rarement de nombreux professionnels médicaux lors des premières années de leur existence) et en lien avec les évolutions décrites dans la partie 2.7 *supra*, le renouvellement récent du paysage des CDS pluriprofessionnels s'est aussi fait au bénéfice de CDS de petite taille ou de taille modeste. Alors que le nombre médian d'ETP annuels de professionnels médicaux employés par les CDS pluriprofessionnels en activité en 2022 et créés avant 1980 était de 6,3 (médiane de la distribution pour ces centres) et que ce nombre médian était de 3,9 ETP annuels pour les CDS créés entre 1980 et 2009, ce nombre médian d'ETP annuels employés la même année n'était que de 3,6 pour les CDS créés entre 2015 et 2019, 3,0 pour ceux créés depuis 2020 et 2,0 seulement pour ceux créés entre 2010 et 2014 (tableau 24).

Tableau 24 : Distribution des CDS pluriprofessionnels selon le nombre d'ETP de professionnels médicaux employés en 2022 et selon leur année d'ouverture

	Nbre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Avant 1980	132	0,3	1,4	2,8	6,3	9,0	11,0	16,9	94,7
De 1980 à 2009	102	0,1	1,0	2,0	3,9	5,6	6,9	10,4	34,7
De 2010 à 2014	93	0,2	1,0	1,0	2,0	4,5	5,1	7,8	42,3
De 2015 à 2019	109	0,1	1,0	2,0	3,6	5,7	8,0	12,5	33,0
Depuis 2020	149	0,2	1,0	1,9	3,0	4,1	5,0	8,5	23,5
Ensemble des CDS	585	0,1	1,0	1,9	3,4	5,8	7,1	12,6	94,7

Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées), hors le CDS LIVI ;
Lecture : en moyenne, les CDS pluriprofessionnels ouverts avant 1980 ont employé 9,0 ETP de professionnels médicaux au cours de l'année 2022 (ce chiffre est calculé comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille) ; la moitié de ces CDS ont employé plus (ou resp. moins) de 6,3 ETP de professionnels médicaux au cours de l'année ; 10 % de ces CDS ont employé au moins 16,9 ETP de professionnels médicaux au cours de l'année tandis qu'un quart de ces CDS ont employé 2,8 ETP au plus de professionnels médicaux cette année ; avertissement : la moyenne est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; elle peut être affectée de manière significative par des valeurs extrêmes reflétant des erreurs de déclarations des centres ;

3 Une place encore limitée des CDS pluriprofessionnels dans l'offre de soins, mais en forte augmentation récente, des professionnels médicaux principalement à temps partiel

3.1 7 750 professionnels médicaux en 2022, dont 6 000 médecins, employés le plus souvent à temps partiel sur l'année, une part importante de personnels paramédicaux et médico-administratifs

Selon les données fournies par ceux-ci sur la plateforme e-CDS, les CDS pluriprofessionnels, hors le CDS LIVI (en raison des caractéristiques très particulières de ce centre exposées dans la partie 2.7 *supra*) ont employé près de 7 750 professionnels médicaux (médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes essentiellement)²⁴ au cours de l'année 2022, représentant l'équivalent d'un peu plus de 3 400 d'ETP de ces professionnels sur l'année (tableau 25)²⁵. Parmi-ceux :

- Les CDS pluriprofessionnels ont employé un peu plus 6 000 médecins au cours de l'année représentant un peu plus de 2 400 ETP annuels sur l'année. Parmi les médecins employés

²⁴ 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.

²⁵ Comme indiqué dans la partie 1.4 *supra*, selon les indications fournies aux CDS sur la plateforme, ces données d'ETP sont censées être calculées à partir du nombre d'heures payées aux professionnels considérés ayant exercé dans le centre de santé au cours de l'année, un temps plein annuel reflétant 1 820 heures de travail (35h x 52 semaines). Il est vraisemblable que les données fournies par certains CDS soient de qualité imparfaite, voire franchement erronées pour certains.

par les CDS en 2022, près de 2 750 étaient des médecins généralistes (hors ceux à exercice particulier) et près de 3 300 des médecins spécialistes des autres spécialités, les premiers ayant travaillé l'équivalent d'un peu plus de 1 450 ETP annuels et les seconds l'équivalent d'un peu plus de 950 ETP annuels.

- Ces données montrent que les médecins des CDS sont employés le plus souvent à temps partiel sur l'année, soit à temps partiel de manière régulière sur l'année, soit une partie de l'année seulement à temps plein ou à temps partiel. L'emploi à temps partiel ou très partiel sur l'année est particulièrement généralisé pour les médecins spécialistes d'autres spécialités que la médecine générale : la quotité moyenne de travail exprimée en pourcentage d'ETP annuel, dans les CDS était de 53 % pour les médecins généralistes et de 30 % seulement pour les médecins spécialistes d'autres spécialités en 2022, d'où une quotité moyenne de travail de 40 % pour l'ensemble des médecins employés par les CDS pluriprofessionnels. Les entretiens réalisés par la mission montrent qu'il s'agit très rarement d'un choix spontané des gestionnaires de centres, mais la résultante de la situation actuelle de pénurie médicale dans de nombreux territoires et des décisions de choix d'exercice des médecins.
- Les CDS pluriprofessionnels ont employé la même année un peu plus de 1 450 chirurgiens-dentistes, représentant l'équivalent d'un peu moins de 850 ETP annuels. Ces données révèlent que les chirurgiens-dentistes constituent la spécialité médicale de loin la plus représentée au sein de ces centres, après celle des médecins généralistes, et que ceux-ci travaillent eux-aussi le plus souvent à temps partiel dans les centres ou en partie seulement sur l'année.
- Les CDS pluriprofessionnels ont employé un peu plus de 250 sages-femmes seulement en 2022 et « autres professionnels médicaux »²⁶ seulement en 2022, représentant l'équivalent d'environ 130 ETP annuels de ces personnels, employés eux-aussi le plus souvent à temps partiel sur l'année.

Outre un nombre marginal de pharmaciens, les CDS pluriprofessionnels emploient aussi des professionnels paramédicaux, d'autres professionnels soignants et médico-sociaux et des personnels médico-administratifs.

- Ils ont employé près de 3 900 professionnels paramédicaux – dont un peu plus de 1 500 infirmières et un peu plus de 40 infirmières en pratique avancée (IPA) seulement – au cours de l'année 2022, représentant près de 2 900 ETP annuels de ces professionnels (1 100 ETP d'infirmières et 24 ETP annuels d'IPA). Une partie d'entre eux n'ont travaillé qu'à temps partiel sur l'année, ce temps partiel étant toutefois beaucoup moins développé que pour les médecins et les chirurgiens-dentistes.
- Près de 670 autres professionnels soignants ou médico-sociaux ont été employés dans les CDS pluriprofessionnels en 2022, pour l'équivalent d'un peu moins de 350 ETP annuels, reflétant des conditions d'emploi le plus souvent à temps partiel sur l'année.

²⁶ Alors que, selon le code de la santé publique, les professionnels médicaux regroupent les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, la plateforme e-CDS incite les CDS à déclarer « d'autres professionnels médicaux », pour des raisons que la mission n'a pu identifier.

- Enfin, les CDS pluriprofessionnels ont employé un peu plus de 5 250 professionnels médico-administratifs, représentant un peu plus de 3 850 ETP annuels. Comme pour les personnels paramédicaux, le temps partiel régulier ou en partie sur l'année est beaucoup moins développé pour ceux-ci que pour les professionnels médicaux employés par les centres.

Tableau 25 : Effectifs et équivalents temps plein annuels des personnels employés par les CDS pluriprofessionnels par grande catégories de professions en 2022

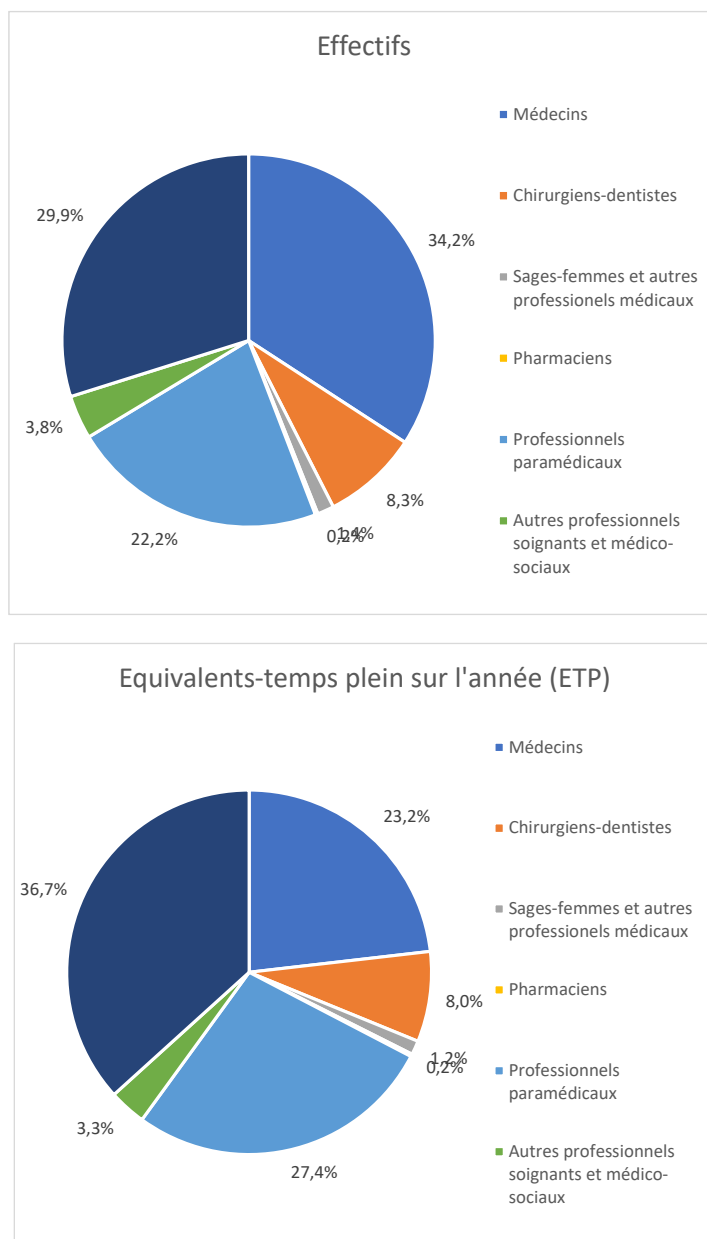
	Effectifs	Part des effectifs en %	ETP	Part des ETP en %	Quotité annuelle moyenne de travail en % d'ETP
	(1)		(2)		(3)=(2)/(1)
Professionnels médicaux	7 746	44,0	3 413,1	32,4	44,1
Médecins	6 025	34,2	2 439,1	23,2	40,5
Médecins généralistes	2 745	15,6	1 467,2	13,9	53,4
Médecins d'autres spécialités	3 280	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 ;

Au final, les données d'e-CDS révèlent une place globalement modeste des médecins et des chirurgiens-dentistes dans les effectifs des CDS pluriprofessionnels (34 % et 8 % en 2022) et plus modeste en termes de temps de travail sur l'année (23 % et 8 % seulement des ETP annuels employés). La part des professionnels paramédicaux dans l'ensemble des ETP annuels employés par les CDS s'est élevée à 27 % en 2022 et celle des personnels médico-administratifs à 37 % (tableau 25 et graphique 9).

Graphique 9 : Part des différentes catégories de professionnels employés dans les CDS pluriprofessionnels, en effectifs et en équivalents-temps plein annuels en 2022



Source : e-CDS, calculs mission ;

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

Les données d'effectifs et d'ETP annuels de professionnels médicaux témoignent en outre eux aussi de la place encore limitée des CDS pluriprofessionnels dans l'offre de soins primaires au niveau national. La mission note en particulier que 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 3,1 % 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 et hors ceux installés dans l'année²⁷ (ces derniers exercent le plus souvent à temps complet sur l'année).

3.2 Une augmentation des ETP annuels de médecins employés par les CDS pluriprofessionnels de près de 52 % entre 2016 et 2022 et de 43 % pour l'ensemble des professionnels employés

Les effectifs, comptabilisés en nombre de salariés et en ETP annuels employés, ont augmenté très fortement au cours des années récentes pour l'ensemble des grandes catégories de professionnels employés par les CDS pluriprofessionnels, à un rythme toutefois inférieur à celui de l'expansion récente, très forte, du nombre de CDS en activité.

Les effectifs pour l'ensemble des personnels employés par les CDS pluriprofessionnels ont augmenté de 39 % en nombre et de 43 % en ETP annuels de 2016 à 2022 (tableau 26).

- Le nombre de médecins employés par les centres a augmenté de 24 % entre 2016 et 2022, reflétant principalement une progression des effectifs de médecins généralistes (Cf. la partie 3.3.1 *infra*), et leur nombre d'ETP annuels a augmenté de près de 52 %, ce qui témoigne :
 - D'une part, d'une très forte expansion du potentiel d'offre de ressources médicales des CDS pluriprofessionnels au cours de la période ;
 - D'autre part, d'une forte diminution, au cours de la période, de la quotité moyenne de travail, exprimée en pourcentage d'ETP annuels, des médecins employés par les centres pris dans leur ensemble.
- Le nombre de chirurgiens-dentistes employés par les centres a augmenté de près de 14 % au cours de la période, tandis que leur quotité de travail, exprimée en ETP annuels, a augmenté dans le même temps de 20 %.
- Bien que les sages-femmes et les « autres professionnels médicaux » employés dans les centres restent beaucoup moins nombreux, leurs effectifs et leurs ETP annuels ont augmenté de manière spectaculaire au cours de la période (+221 % et 343 %).

Le nombre des autres professionnels soignants employés par les CDS pluriprofessionnels a aussi beaucoup augmenté au cours de la période :

- Les effectifs et les ETP annuels de professionnels paramédicaux dans les centres se sont accrus de 39 % e 30 % respectivement de 2016 à 2022.
- Ceux des autres personnels soignant et médico-sociaux ont connu, dans le même temps, eux-aussi une progression spectaculaire : 121 % et 147 % respectivement.

²⁷ Données CNAM. Cf. le 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

Les effectifs et les ETP annuels de personnels médico-administratifs employés ou mobilisés par les centres pluriprofessionnels ont eux aussi augmenté très fortement au cours des années récentes : +59 % et +43 % respectivement entre 2016 et 2022. Cette expansion peut s'expliquer en partie par les nombreuses créations de nouveaux centres ces dernières années.

Tableau 26 : Evolution des effectifs et équivalents temps plein annuels des personnels employés par les CDS pluriprofessionnels par grande catégories de professions de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016
Effectifs :										
Médecins	4 850	5 031	5 203	5 275	5 381	5 646	6 025	8,8	14,2	24,2
Chirurgiens-dentistes	1 290	1 368	1 381	1 386	1 336	1 441	1 467	7,4	5,8	13,7
Sages-femmes et autres professionnels médicaux	79	101	136	196	193	215	254	148,1	29,6	221,5
Pharmaciens	35	34	42	40	41	46	40	14,3	0,0	14,3
Professionnels paramédicaux	2 819	2 945	3 172	3 225	3 343	3 627	3 909	14,4	21,2	38,7
Autres professionnels soignants et médico-sociaux	302	318	406	477	502	546	667	57,9	39,8	120,9
Personnels médico-administratifs	3 303	3 535	3 868	4 103	4 270	4 893	5 262	24,2	28,2	59,3
Total	12 678	13 332	14 208	14 702	15 066	16 414	17 624	16,0	19,9	39,0
ETP sur l'année :										
Médecins	1 609,9	1 713,6	1 835,5	1 918,9	2 065,3	2 279,7	2 439,1	19,2	27,1	51,5
Chirurgiens-dentistes	703,6	760,6	759,3	754,5	751,3	840,6	843,2	7,2	11,8	19,9
Sages-femmes et autres professionnels médicaux	29,5	38,8	54,3	75,9	85,8	101,6	130,8	157,1	72,4	343,1
Pharmaciens	23,4	24,0	28,6	29,2	28,3	27,4	23,4	24,9	-20,0	-0,1
Professionnels paramédicaux	2 207,6	2 288,0	2 408,0	2 421,8	2 530,8	2 754,5	2 879,7	9,7	18,9	30,4
Autres professionnels soignants et médico-sociaux	140,1	145,5	187,7	223,5	253,5	278,8	345,8	59,6	54,7	146,9
Personnels médico-administratifs	2 659,3	2 801,3	2 906,7	3 021,6	3 125,1	3 605,7	3 864,8	13,6	27,9	45,3
Total	7 373,3	7 771,8	8 180,0	8 445,3	8 840,1	9 888,3	10 526,7	14,5	24,6	42,8

Source : e-CDS, 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 ;

3.3 Une prédominance des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes parmi les professionnels médicaux des CDS pluriprofessionnels, des personnels médico-administratifs nombreux

3.3.1 Les médecins généralistes : 60 % des ETP annuels de médecins employés par les centres en 2022 ; quelques autres spécialités assez fréquemment présentes à leur côté, dont des ophtalmologues et des gynécologues

Comme vu *supra* dans la partie 3.1, les médecins généralistes sont de très loin la spécialité médicale la plus représentée dans les CDS pluriprofessionnels : près de 2 750 employés en 2022, apportant un peu plus de 1 450 ETP annuels, soit 60 % des ETP de médecins employés par les centres

Pris dans leur ensemble, les CDS pluriprofessionnels emploient de très nombreuses autres spécialités que la médecine générale (tableau 27), mais en nombre limité ou très limité, s'agissant notamment des ETP annuels, à savoir la quantité de travail fournie sur l'année.

Parmi les médecins employés d'autres spécialités que la médecine générale, on compte en particulier :

- Des ophtalmologues (près de 445 employés en 2022, pour un peu plus de 160 ETP annuels, en cohérence avec les constats déjà établis par la mission dans la partie 2.6 supra ;
- Des gynécologues médicaux et potentiellement aussi des gynécologues obstétriciens (près de 340 employés en 2022, pour près de 115 ETP annuels) ;
- Des cardiologues (près de 275 employés en 2022, pour un peu plus de 75 ETP annuels ;
- Des dermatologues / vénérologues (près de 260 employés en 2022, pour 75 ETP annuels) ;
- Des radiologues (près de 210 employés en 2022, pour un peu plus de 75 ETP annuels) ;
- Des Oto-rhino-laryngologistes (205 employés en 2022, pour 60 ETP annuels) ;

Les CDS pluriprofessionnels emploient aussi, en plus petit nombre, des médecins d'autres spécialités, dont en particulier des rhumatologues, des psychiatres, des angiologue/phlébologues, des pédiatres (130 employés en 2022 seulement, pour un peu plus de 40 ETP). Ils emploient aussi des médecins de nombreuses autres spécialités, en très petit nombre, y compris, selon les données fournies par les CDS, des médecins de spécialités plus inattendues pour un CDS pluriprofessionnel, dont des chirurgiens et des anesthésistes-réanimateurs (tableau 27).

Tableau 27 : Effectifs et équivalents temps plein annuels des médecins employés par les CDS pluriprofessionnels par spécialités médicales 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)
Médecin généraliste	2 745	45,6	1 467,2	60,2	53,4
Médecin d'autres spécialités	3 280	54,4	971,9	39,8	29,6
Ophthalmologue	444	7,4	161,6	6,6	36,4
Gynécologue médical ou gynécologue obstétricien	339	5,6	113,0	4,6	33,3
Cardiologue	276	4,6	77,2	3,2	28,0
Dermatologue / vénérologue	259	4,3	75,0	3,1	29,0
Radiologue	209	3,5	76,6	3,1	36,7
Oto-rhino-laryngologiste	205	3,4	59,6	2,4	29,1
Rhumatologue	159	2,6	39,9	1,6	25,1
Psychiatre	140	2,3	32,8	1,3	23,4
Médecin de médecine vasculaire : angiologue/phlébologue	130	2,2	35,7	1,5	27,5
Pédiatre	130	2,2	42,3	1,7	32,5
Hépatogastro-entérologue	116	1,9	18,7	0,8	16,1
Médecin endocrinologue-diabétologue-nutritionniste	107	1,8	34,4	1,4	32,1
Pneumologue	90	1,5	22,7	0,9	25,3
Urologue	62	1,0	7,8	0,3	12,6
Médecin de médecine interne / maladies infectieuses et tropicale	61	1,0	18,0	0,7	29,4
Neurologue	60	1,0	15,0	0,6	25,0
Chirurgien orthopédiste et de traumatologie	57	0,9	10,0	0,4	17,6
Chirurgiens autres	53	0,9	31,1	1,3	58,7
Allergologue	48	0,8	13,2	0,5	27,5
Médecin de médecine physique et de readaptation	43	0,7	12,3	0,5	28,6
Stomatologue (18) ou spécialiste en chirurgie maxillo-faciale	39	0,6	16,1	0,7	41,2
Addictologue	38	0,6	9,1	0,4	23,8
Médecin à exercice particulier (MEP : acupuncteur)	27	0,4	7,8	0,3	28,9
Gériatre	25	0,4	5,4	0,2	21,7
Médecin nutritionniste	24	0,4	7,7	0,3	32,1
Chirurgien de chirurgie viscérale et digestive	22	0,4	2,7	0,1	12,4
Médecin à exercice particulier (MEP : homéopathe)	20	0,3	3,7	0,2	18,5
Néphrologue	20	0,3	3,3	0,1	16,7
Anesthésiste réanimateur	18	0,3	1,2	0,1	6,9
Chirurgien de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	13	0,2	2,8	0,1	21,4
Médecin-biologiste	13	0,2	9,6	0,4	74,2
Pédo-psychiatre	12	0,2	2,6	0,1	21,6
Chirurgien vasculaire	10	0,2	0,9	0,0	9,2
Oncologue	7	0,1	1,5	0,1	21,6
Chirurgien pédiatrique	1	0,0	0,0	0,0	3,0
Chirurgien de chirurgie thoracique et cardiovasculaire	1	0,0	0,1	0,0	5,0
Anatomo-cyto-pathologiste	1	0,0	0,3	0,0	33,0
Total	6 025	100	2 439,1	100	40,5

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

Si les effectifs de médecins généralistes des CDS pluriprofessionnels 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), la mobilisation des médecins des autres spécialités a progressé de manière moins importante (+3 % pour les effectifs et +28 % pour les ETP annuels de ces médecins pris dans leur ensemble). Cette évolution globale recouvre toutefois des évolutions récentes contrastées selon les spécialités, avec notamment (tableaux 28 et 29) :

- Une augmentation très forte des effectifs d'ophtalmologues employés (+40 % pour le nombre de médecins et +73 % pour leurs ETP annuels entre 2016 et 2022) et une hausse conséquente des effectifs de cardiologues (+13 % pour le nombre de médecins employés et +38 % pour les ETP annuels) ;
- Des évolutions plus contrastées dans les effectifs ou les conditions d'emploi des gynécologues médicaux (-1 % pour le nombre de médecins employés et +16 % pour les ETP annuels), des dermatologues (-9 % et 0 %) et des ORL (-18 % et +23 %) ;
- Une diminution plus tranchée des effectifs de radiologues (-16 % pour le nombre de médecins et -11 % pour le nombre de leurs ETP annuels entre 2016 et 2022).

Tableau 28 : Evolution des effectifs de médecins employés par les CDS pluriprofessionnels par spécialités médicales de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016
Médecin généraliste	1 671	1 770	1 901	1 989	2 220	2 426	2 745	19,0	38,0	64,3
Médecin d'autres spécialités	3 179	3 261	3 302	3 286	3 161	3 220	3 280	3,4	-0,2	3,2
Ophtalmologue	316	346	334	336	319	351	444	6,3	32,1	40,5
Gynécologue médical ou Gynécologue obstétricien	343	339	352	367	331	337	339	7,0	-7,6	-1,2
Cardiologue	245	260	276	260	246	279	276	6,1	6,2	12,7
Dermatologue / vénéréologue	284	287	277	243	278	265	259	-14,4	6,6	-8,8
Radiologue	250	287	260	256	223	208	209	2,4	-18,4	-16,4
Oto-rhino-laryngologiste	250	238	231	236	220	205	205	-5,6	-13,1	-18,0
Rhumatologue	201	206	198	201	189	177	159	0,0	-20,9	-20,9
Psychiatre	137	135	148	146	141	142	140	6,6	-4,1	2,2
Médecin de médecine vasculaire : angiologue/phlébologue	156	155	150	146	129	144	130	-6,4	-11,0	-16,7
Pédiatre	100	92	105	107	114	115	130	7,0	21,5	30,0
Hépatogastro-entérologue	148	141	144	121	122	113	116	-18,2	-4,1	-21,6
Médecin endocrinologue-diabétologue-nutritionniste	113	117	124	117	108	103	107	3,5	-8,5	-5,3
Pneumologue	69	71	75	85	82	84	90	23,2	5,9	30,4
Urologue	58	64	67	75	66	68	62	29,3	-17,3	6,9
Médecin de médecine interne / maladies infectieuses et tropicale	43	40	48	48	48	58	61	11,6	27,1	41,9
Neurologue	38	38	50	54	56	54	60	42,1	11,1	57,9
Chirurgien orthopédiste et de traumatologie	42	45	49	49	55	63	57	16,7	16,3	35,7
Chirurgiens autres	20	20	20	30	40	51	53	50,0	76,7	165,0
Allergologue	73	70	64	60	54	51	48	-17,8	-20,0	-34,2
Médecin de médecine physique et de readaptation	18	24	33	41	55	40	43	127,8	4,9	138,9
Stomatologue (18) ou spécialiste en chirurgie maxillo-faciale	63	66	58	55	41	39	39	-12,7	-29,1	-38,1
Addictologue	29	30	29	28	29	36	38	-3,4	35,7	31,0
Médecin à exercice particulier (MEP : acupuncteur)	43	40	46	40	35	29	27	-7,0	-32,5	-37,2
Gériatre	13	11	13	16	18	25	25	23,1	56,3	92,3
Médecin nutritionniste	21	23	22	33	28	26	24	57,1	-27,3	14,3
Chirurgien de chirurgie viscérale et digestive	15	14	14	17	23	25	22	13,3	29,4	46,7
Médecin à exercice particulier (MEP : homéopathe)	24	23	27	25	24	22	20	4,2	-20,0	-16,7
Néphrologue	9	13	16	18	20	22	20	100,0	11,1	122,2
Anesthésiste réanimateur	6	5	8	10	9	29	18	66,7	80,0	200,0
Chirurgien de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	10	17	16	18	11	15	13	80,0	-27,8	30,0
Médecin-biologiste	14	13	12	10	11	14	13	-28,6	30,0	-7,1
Pédo-psychiatre	4	3	6	13	11	10	12	225,0	-7,7	200,0
Chirurgien vasculaire	16	20	21	16	16	13	10	0,0	-37,5	-37,5
Oncologue	5	5	6	6	4	2	7	20,0	16,7	40,0
Anatomo-cyto-pathologiste	1	1	1	1	1	1	1	0,0	0,0	0,0
Chirurgien de chirurgie thoracique et cardiovasculaire	0	0	0	0	1	2	1	...	...	...
Chirurgien pédiatrique	0	0	0	0	1	1	1	...	...	...
Hématologue	2	2	2	2	2	1	1	0,0	-50,0	-50,0
Total	4 850	5 031	5 203	5 275	5 381	5 646	6 025	8,8	14,2	24,2

Source : e-CDS, 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 ;

Tableau 29 : Evolution des ETP annuels de médecins employés par les CDS pluriprofessionnels par spécialités médicales de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016
Médecin généraliste	849,0	907,7	1 009,8	1 065,8	1 220,3	1 360,1	1 467,2	25,5	37,7	72,8
Médecin d'autres spécialités	760,8	805,9	825,6	853,1	845,0	919,6	971,9	12,1	13,9	27,7
Ophthalmologue	93,2	98,9	99,9	100,6	98,8	115,3	161,6	7,9	60,7	73,4
Gynécologue médical ou gynécologue obstétricien	97,5	102,8	109,1	114,6	109,5	114,2	113,0	17,5	-1,4	15,8
Cardiologue	55,9	59,6	64,9	68,1	65,6	77,8	77,2	21,8	13,4	38,2
Radiologue	85,8	96,9	90,5	84,5	75,8	75,2	76,6	-1,6	-9,2	-10,7
Dermatologue / vénéréologue	75,0	76,2	74,1	68,1	77,2	79,0	75,0	-9,2	10,1	0,0
Oto-rhino-laryngologiste	48,5	48,3	51,4	58,2	57,2	58,9	59,6	20,1	2,4	23,0
Pédiatre	28,9	29,6	29,1	32,0	35,1	37,3	42,3	10,6	32,1	46,1
Rhumatologue	44,1	47,0	46,6	45,8	43,2	42,5	39,9	3,9	-12,8	-9,4
Médecin de médecine vasculaire : angiologue/phlébologue	33,6	34,1	35,0	35,3	32,5	37,0	35,7	4,9	1,3	6,3
Médecin endocrinologue-diabétologue-nutritionniste	20,9	24,2	25,8	27,6	27,5	29,8	34,4	31,8	24,7	64,3
Psychiatre	27,2	28,3	30,2	31,2	29,9	31,3	32,8	14,6	5,2	20,5
Chirurgiens autres	3,4	4,3	3,5	8,8	16,8	31,1	31,1	158,7	254,8	818,0
Pneumologue	14,5	16,8	18,1	19,4	19,6	21,0	22,7	33,8	17,2	56,8
Hépatogastro-entérologue	20,7	21,2	22,2	20,2	21,5	19,9	18,7	-2,8	-7,4	-10,0
Médecin de médecine interne / maladies infectieuses et tropicale	8,3	7,5	7,8	7,3	13,3	16,0	18,0	-12,1	146,4	116,6
Stomatologue (18) ou spécialiste en chirurgie maxillo-faciale	22,6	23,7	22,1	20,0	14,7	16,1	16,1	-11,3	-19,9	-29,0
Neurologue	7,2	6,6	9,8	14,9	13,1	13,0	15,0	108,7	0,4	109,5
Allergologue	14,8	13,9	12,9	12,7	11,7	12,1	13,2	-14,2	4,2	-10,6
Médecin de médecine physique et de readaptation	3,4	7,0	9,0	10,1	14,1	11,7	12,3	198,5	21,4	262,5
Chirurgien orthopédiste et de traumatologie	4,6	4,8	5,4	7,2	7,4	10,6	10,0	55,0	40,2	117,3
Médecin-biologiste	9,4	9,5	8,3	7,5	8,5	11,5	9,6	-20,9	29,2	2,2
Addictologue	5,1	6,1	6,2	7,4	6,9	8,2	9,1	45,7	22,8	78,9
Urologue	5,5	8,3	9,7	10,1	9,6	10,4	7,8	83,3	-22,4	42,2
Médecin à exercice particulier (MEP : acupuncteur)	11,1	9,5	10,9	10,7	9,0	8,3	7,8	-3,6	-26,7	-29,3
Médecin nutritionniste	4,0	6,1	5,3	9,4	6,5	6,9	7,7	132,5	-17,8	91,1
Gériatre	3,8	2,4	1,6	1,9	3,5	3,3	5,4	-48,3	179,4	44,5
Médecin à exercice particulier (MEP : homéopathe)	4,1	3,6	4,3	5,0	4,4	4,3	3,7	22,5	-26,2	-9,6
Néphrologue	0,4	1,1	1,9	2,6	2,2	2,9	3,3	484,1	30,0	659,1
Chirurgien de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	1,6	2,4	3,7	3,9	1,8	3,6	2,8	148,1	-29,1	75,9
Chirurgien de chirurgie viscérale et digestive	1,5	1,0	1,3	1,7	2,5	3,0	2,7	19,2	56,9	87,0
Pédo-psychiatre	1,0	0,7	1,6	2,9	1,6	2,2	2,6	195,9	-9,8	167,0
Oncologue	0,3	0,2	0,3	0,5	0,3	0,1	1,5	78,6	202,0	439,3
Anesthésiste réanimateur	0,2	0,2	0,6	1,0	1,5	2,5	1,2	385,7	21,6	490,5
Chirurgien vasculaire	1,7	2,1	1,5	1,1	1,0	1,2	0,9	-36,4	-16,4	-46,8
Anatomo-cyto-pathologiste	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,3	0,0	-67,0	-67,0
Hématologue	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,0	-57,9	-57,9
Chirurgien de chirurgie thoracique et cardiovasculaire	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	...	...	...
Total	1 609,9	1 713,6	1 835,5	1 918,9	2 065,3	2 279,7	2 439,1	19,2	27,1	51,5

Source : e-CDS, 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 ;

3.3.2 Une présence notable des chirurgiens-dentistes dans les CDS, employés fréquemment à temps partiel ou sur une partie limitée de l'année

Les chirurgiens-dentistes constituent la seconde profession médicale la plus représentée dans les CDS pluriprofessionnels : un peu plus de 1 250 professionnels en 2022, pour près de 750 ETP annuels. Ce sont en très grande majorité des chirurgiens-dentistes stricto sensu (89 % des ETP annuels), mais une petite part d'entre eux sont des orthodontistes ou ont une qualification en orthopédie dento-faciale (9 % des ETP annuels) et quelques-uns sont des chirurgiens-dentistes de chirurgie orale ou de médecine bucco-dentaire (près de 2,5 %) (tableau 30). Ces professionnels sont employés le plus souvent à temps partiel ou sur une partie limitée de l'année par les CDS.

Tableau 30 : Effectifs et équivalents temps plein annuels des chirurgiens-dentistes employés par les CDS pluriprofessionnels par spécialités 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)
Chirurgien-dentiste	1 261	86,0	748,5	88,8	59,4
Orthodontiste/chirurgien dentiste qualifié en orthopédie dento-faciale	164	11,2	74,6	8,9	45,5
Chirurgien dentiste de chirurgie orale	35	2,4	16,9	2,0	48,1
Chirurgien dentiste de médecine bucco-dentaire	7	0,5	3,2	0,4	46,3
Total	1 467	100	843,2	100	57,5

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

Alors que les effectifs de chirurgiens-dentistes employés par les CDS pluriprofessionnels ont progressé dans l'ensemble de manière conséquente au cours de la période récente (+20 % de 2016 à 2022 pour les ETP annuels), ceux des chirurgiens-dentistes de chirurgie orale ont émergé de manière notable dans les CDS ces dernières années (tableau 31 et 32).

Tableau 31 : Evolution des effectifs de chirurgiens-dentistes employés par les CDS pluriprofessionnels par spécialités de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016
Chirurgien-dentiste	1128	1203	1201	1200	1147	1224	1261	6,4	5,1	11,8
Orthodontiste/chirurgien dentiste qualifié en orthopédie dento-faciale	152	157	163	164	171	175	164	7,9	0,0	7,9
Chirurgien dentiste de chirurgie orale	8	6	12	17	14	34	35	112,5	105,9	337,5
Chirurgien dentiste de médecine bucco-dentaire	2	2	5	5	4	8	7	150,0	40,0	250,0
Total	1290	1368	1381	1386	1336	1441	1467	7,4	5,8	13,7

Source : e-CDS, 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 ;

Tableau 32 : Evolution des ETP annuels de chirurgiens-dentistes employés par les CDS pluriprofessionnels par spécialités de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016
Chirurgien-dentiste	636,4	693,1	686,2	677,8	668,6	740,4	748,5	6,5	10,4	17,6
Orthodontiste/chirurgien dentiste qualifié en orthopédie dento-faciale	62,5	62,5	66,5	67,0	71,9	80,1	74,6	7,3	11,4	19,5
Chirurgien dentiste de chirurgie orale	3,9	3,9	4,9	7,4	8,4	16,1	16,9	87,1	128,6	327,7
Chirurgien dentiste de médecine bucco-dentaire	0,7	1,1	1,7	2,3	2,4	4,0	3,2	223,9	40,9	356,3
Total	703,6	760,6	759,3	754,5	751,3	840,6	843,2	7,2	11,8	19,9

Source : e-CDS, 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 ;

3.3.3 Un nombre limité de sage-femmes, employés le plus souvent à temps partiel, un nombre très faible de pharmaciens

Les CDS pluriprofessionnels emploient un nombre limité de sage-femmes et « d'autres professionnels médicaux ».

Selon les données qu'ils ont fournies sur la plateforme « e-CDS », ils ont employé près de 170 sage-femmes en 2022, pour un peu moins de 85 ETP annuels, et un peu plus de 85 autres professionnels médicaux, pour un peu plus de 45 ETP annuels (tableau 33). Leur nombre a toutefois augmenté de manière spectaculaire ces dernières années (+333 % et +363 % respectivement pour les ETP annuels entre 2016 et 2022) (tableaux 34 et 35).

Tableau 33 : Effectifs et équivalents temps plein annuels des sage-femmes et « autres professionnels médicaux » employés par les CDS pluriprofessionnels 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)
Sage-femme	168	11,5	83,8	9,9	49,9
Autre professionnel médical	86	5,9	47,0	5,6	54,7
Total	254	17,3	130,8	15,5	51,5

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

Tableau 34 : Evolution des effectifs de sages-femmes et « autres professionnels médicaux » employés par les CDS pluriprofessionnels de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016
Sage-femme	53	58	92	131	125	137	168	147,2	28,2	217,0
Autre professionnel médical	26	43	44	65	68	78	86	150,0	32,3	230,8
Total	79	101	136	196	193	215	254	148,1	29,6	221,5

Source : e-CDS, 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 ;

Tableau 35 : Evolution des ETP annuels de sages-femmes et « autres professionnels médicaux » employés par les CDS pluriprofessionnels de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016
Sage-femme	19,4	21,0	33,4	47,8	55,5	61,0	83,8	146,9	75,3	332,9
Autre professionnel médical	10,2	17,8	20,9	28,1	30,3	40,6	47,0	176,5	67,3	362,6
Total	29,5	38,8	54,3	75,9	85,8	101,6	130,8	157,1	72,4	343,1

Source : e-CDS, 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 ;

Des pharmaciens sont employés de manière très marginale dans les CDS pluriprofessionnels : 40 praticiens employés en 2022 (toutes spécialités comprises), pour moins de 25 ETP (tableau 36).

Tableau 36 : Effectifs et équivalents temps plein annuels des pharmaciens employés par les CDS pluriprofessionnels par spécialités en 2022

	Effectifs (1)	Part des effectifs en %	ETP (2)	Part des ETP en %	Quotité annuelle moyenne de travail en % d'ETP (3)=(2)/(1)
Pharmacien	21	52,5	9,3	39,8	44,2
Biologiste	11	27,5	6,3	27,0	57,4
Pharmacien-biologiste	8	20,0	7,8	33,2	96,9
Total	40	100,0	23,4	100,0	58,4

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

Les données d'e-CDS font toutefois apparaître une augmentation notable de leur nombre ces dernières années (tableaux 37 et 38).

Tableau 37 : Evolution des effectifs de pharmaciens employés par les CDS pluriprofessionnels de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016
Pharmacien	9	12	21	20	22	25	21	122,2	5,0	133,3
Biologiste	8	9	7	7	8	10	11	-12,5	57,1	37,5
Pharmacien-biologiste	18	13	14	13	11	11	8	-27,8	-38,5	-55,6
Total	35	34	42	40	41	46	40	14,3	0,0	14,3

Source : e-CDS, 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 ;

Tableau 38 : Evolution des ETP annuels de pharmaciens employés par les CDS pluriprofessionnels de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016
Pharmacien	2,1	6,8	13,0	13,5	14,8	14,7	9,3	532,2	-31,3	334,1
Pharmacien-biologiste	13,2	10,3	10,5	11,1	8,8	8,1	7,8	-16,5	-29,9	-41,5
Biologiste	8,0	7,0	5,0	4,6	4,7	4,6	6,3	-42,5	37,2	-21,1
Total	23,4	24,0	28,6	29,2	28,3	27,4	23,4	24,9	-20,0	-0,1

Source : e-CDS, 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 ;

3.3.4 Un nombre conséquent de professionnels paramédicaux, principalement des infirmières et des assistantes dentaires

Les CDS pluriprofessionnels ont employé un peu plus de 3 900 professionnels paramédicaux en 2022, pour un volume de près de 2 900 ETP annuels (tableau 39).

Parmi ceux-ci les infirmières et les assistantes dentaires sont de loin les plus fréquemment employées :

- Près de 1 470 infirmières employées en 2022, pour un peu plus de 1 100 ETP annuels ;
- Environ 1 140 assistantes dentaires, pour près de 975 ETP annuels.

Suivent ensuite, très loin derrière :

- De manière notable les orthoptistes, en lien avec le développement des CDS dispensant des soins dentaires (près de 280, pour un peu plus de 170 ETP annuels) ;
- Les masseurs-kinésithérapeutes (environ 240, pour un peu plus de 130 ETP annuels seulement) ;
- Les manipulateurs d'électroradiologie médicale (225, pour un peu plus de 155 ETP annuels) ;

La mission note en outre, en particulier, que les CDS pluriprofessionnels emploient peu d'aides-soignantes (120 en 2022, pour un peu moins de 100 ETP) et qu'ils employaient un nombre encore très faible d'IPA en 2022 (43 pour 24 ETP).

Tableau 39 : Effectifs et équivalents temps plein annuels des professionnels paramédicaux employés par les CDS pluriprofessionnels par 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)
Infirmières	1 466	37,5	1 104,8	38,4	75,4
Assistante dentaires	1 142	29,2	974,5	33,8	85,3
Orthoptistes	281	7,2	172,2	6,0	61,3
Masseurs-kinésithérapeutes	241	6,2	131,4	4,6	54,5
Manipulateur d'électroradiologie médicale	225	5,8	156,5	5,4	69,6
Aides-Soignants	120	3,1	98,0	3,4	81,7
Pédicures-podologues	99	2,5	37,5	1,3	37,9
Diététiciens	98	2,5	38,5	1,3	39,3
Orthophonistes	71	1,8	45,9	1,6	64,6
Technicien de laboratoire médical	62	1,6	56,7	2,0	91,4
Infirmières en pratique avancée	43	1,1	24,1	0,8	56,0
Prothésistes	27	0,7	19,8	0,7	73,1
Audioprothésistes	9	0,2	4,7	0,2	52,1
Ergothérapeutes	7	0,2	0,6	0,0	8,1
Psychomotriciens	6	0,2	2,6	0,1	43,2
Total	3 909	100,0	2 879,7	100,0	73,7

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 professionnels paramédicaux employés par les CDS, pris dans leur ensemble, a fortement augmenté ces dernières années : + 39 % pour les effectifs de 2016 à 2022 et +30 % pour les ETP annuels (tableaux 40 et 41).

L'augmentation a été forte notamment pour les infirmières (+56 % pour les effectifs et +38 % pour les ETP annuels), très conséquente pour les assistantes dentaires (+23 % pour les effectifs et +19 % pour les ETP annuels) et plus modérée pour les masseurs-kinésithérapeutes (+16 % et +12 % respectivement). En outre, partant d'un nombre bas, la hausse a été spectaculaire pour les aides-soignants (87 % en effectifs et 68 % en ETP).

Tableau 40 : Evolution des effectifs de professionnels paramédicaux employés par les CDS pluriprofessionnels de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016
Infirmières	942	963	1 101	1 122	1 225	1 395	1 466	19,1	30,7	55,6
Assistante dentaires	929	993	996	990	949	1 066	1 142	6,6	15,4	22,9
Orthoptistes	90	113	127	146	180	207	281	62,2	92,5	212,2
Masseurs-kinésithérapeutes	207	205	237	246	264	220	241	18,8	-2,0	16,4
Manipulateur d'électroradiologie médicale	205	222	234	224	224	223	225	9,3	0,4	9,8
Aides-Soignants	64	69	77	89	95	99	120	39,1	34,8	87,5
Pédicures-podologues	96	99	112	118	116	107	99	22,9	-16,1	3,1
Diététiciens	83	82	91	93	96	100	98	12,0	5,4	18,1
Orthophonistes	53	50	64	65	62	65	71	22,6	9,2	34,0
Technicien de laboratoire médical	95	84	70	63	63	59	62	-33,7	-1,6	-34,7
Infirmières en pratique avancée						17	43	...	...	...
Prothésistes	45	52	43	37	36	35	27	-17,8	-27,0	-40,0
Ambulanciers	0	0	0	12	12	13	12	...	0,0	...
Audioprothésistes	3	4	5	6	6	9	9	100,0	50,0	200,0
Ergothérapeutes	4	6	10	9	10	7	7	125,0	-22,2	75,0
Psychomotriciens	2	2	4	5	5	5	6	150,0	20,0	200,0
Orthésistes	1	1	1	0	0	0	0	-100,0	...	-100,0
Total	2 819	2 945	3 172	3 225	3 343	3 627	3 909	14,4	21,2	38,7

Source : e-CDS, 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 ;

Tableau 41 : Evolution des ETP annuels professionnels paramédicaux employés par les CDS pluriprofessionnels de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016
Infirmières	801,4	784,0	888,2	890,0	976,2	1080,7	1104,8	11,1	24,1	37,9
Assistante dentaires	819,5	892,3	873,6	857,0	844,6	943,2	974,5	4,6	13,7	18,9
Orthoptistes	48,3	59,3	71,3	82,5	111,2	131,0	172,2	70,7	108,8	256,5
Manipulateur d'électroradiologie médicale	164,6	175,3	187,1	172,4	172,8	159,4	156,5	4,7	-9,2	-4,9
Masseurs-kinésithérapeutes	117,4	118,8	127,5	136,1	136,3	128,8	131,4	16,0	-3,5	11,9
Aides-Soignants	58,3	60,9	67,2	74,2	78,9	84,6	98,0	27,3	32,1	68,2
Technicien de laboratoire médical	79,3	71,7	59,7	52,4	54,9	51,4	56,7	-33,9	8,1	-28,5
Orthophonistes	26,3	26,5	33,4	39,4	38,1	43,8	45,9	49,8	16,4	74,3
Diététiciens	27,0	29,2	30,6	33,4	34,3	37,9	38,5	23,8	15,3	42,7
Pédicures-podologues	26,7	29,8	36,0	42,6	42,1	39,9	37,5	59,5	-11,9	40,6
Infirmières en pratique avancée						8,0	24,1	...	...	...
Prothésistes	36,5	36,7	28,1	25,8	25,3	24,7	19,8	-29,3	-23,4	-45,9
Ambulanciers	0,0	0,0	0,0	12,0	12,0	13,0	12,0	...	0,0	...
Audioprothésistes	1,8	3,0	3,1	1,9	1,9	5,2	4,7	8,5	144,3	165,0
Psychomotriciens	0,1	0,1	1,5	1,5	1,7	2,5	2,6	1611,1	68,2	2777,8
Ergothérapeutes	0,2	0,1	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6	112,5	11,8	137,5
Orthésistes	0,3	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	-100,0	...	-100,0
Total	2207,6	2288,0	2408,0	2421,8	2530,8	2754,5	2879,7	9,7	18,9	30,4

Source : e-CDS, 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 ;

3.3.5 Un nombre limité d'autres professionnels soignants et médico-sociaux, en particulier des psychologues et un petit nombre d'assistantes sociales, employés le plus souvent à temps partiel sur l'année

Les CDS pluriprofessionnels ont employé un peu plus de 665 autres personnels « soignants »²⁸ et médico-sociaux en 2022, le plus souvent à temps partiel, représentant un volume d'ETP annuels d'environ 345.

Parmi ceux-ci, on compte notamment une part importante de psychologues (43 % des ETP annuels employés en 2022), et, à l'inverse, un nombre assez limité d'assistantes sociales (16 % des ETP annuels) (tableau 42).

Tableau 42 : Effectifs et équivalents temps plein annuels des autres professionnels soignants et médico-sociaux employés par les CDS pluriprofessionnels par 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)
Psychologue	324	48,6	148,2	42,8	45,7
Autre profession	189	28,3	121,6	35,2	64,3
Assistante sociale	95	14,2	54,5	15,8	57,4
Ostéopathe	50	7,5	17,7	5,1	35,4
Psychotérapeute	9	1,3	3,8	1,1	42,4
Total	667	100,0	345,8	100,0	51,9

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

Les principales catégories de ces autres professionnels soignants ou médico-sociaux ont vu leurs effectifs très fortement augmenter ces dernières années (+121 % pour le nombre de salariés employés et +147 % pour le nombre d'ETP annuels pour l'ensemble des professionnels entre 2016 à 2022), à l'exception notable des ostéopathes (tableaux 43 et 44).

²⁸ Comme pour les autres professions, la mission a repris le libellé retenu dans la plateforme e-CDS. En pratique, certaines de ces professions ne sont pas des professions de santé *stricto sensu*.

Tableau 43 : Evolution des effectifs d'autres professionnels soignants et médico-sociaux employés par les CDS pluriprofessionnels de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016
Psychologue	140	149	192	221	220	251	324	57,9	46,6	131,4
Autre	72	73	93	103	134	146	189	43,1	83,5	162,5
Assistante sociale	33	36	63	92	86	89	95	178,8	3,3	187,9
Ostéopathe	55	57	54	58	53	56	50	5,5	-13,8	-9,1
Psychotérapeute	2	3	4	3	9	4	9	50,0	200,0	350,0
Total	302	318	406	477	502	546	667	57,9	39,8	120,9

Source : e-CDS, 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 ;

Tableau 44 : Evolution des ETP annuels d'autres professionnels soignants et médico-sociaux employés par les CDS pluriprofessionnels de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016
Psychologue	57,1	60,7	78,2	87,6	94,0	110,9	148,2	53,3	69,2	159,3
Autre	42,0	39,1	48,1	58,4	83,7	94,1	121,6	39,2	108,2	189,8
Assistante sociale	24,4	28,8	43,6	57,3	52,4	49,9	54,5	135,0	-4,9	123,5
Ostéopathe	15,8	15,9	16,2	18,9	20,3	21,8	17,7	19,7	-6,0	12,5
Psychotérapeute	0,8	1,1	1,6	1,4	3,1	2,2	3,8	68,8	183,0	377,5
Total	140,1	145,5	187,7	223,5	253,5	278,8	345,8	59,6	54,7	146,9

Source : e-CDS, 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 ;

3.3.6 Des personnels administratifs en nombre, des cadres et des coordinateurs médicaux ou paramédicaux employés fréquemment à temps partiel

Les CDS emploient un nombre important de personnels médico-administratifs (près de 5 300 professionnels employés en 2022, offrant un volume d'ETP annuels d'un peu plus de 3 850 sur l'année) (tableau 45).

Une part limitée de ces professionnels remplissent des fonctions de direction des CDS, de coordination médicale ou paramédicale ou de cadres administratifs au sein de ceux-ci (6,7 %, 5,9 % et 8,6 % des ETP de ces professionnels employés en 2022). Les personnels administratifs (secrétaires, agents comptables, chargés de mission) en représentent la plus grande part (70 % des ETP annuels en 2022).

Tableau 45 : Effectifs et équivalents temps plein annuels des personnels médico-administratifs employés par les CDS pluriprofessionnels par types 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)
Personnel administratif (secrétaire, agent comptable, chargé de mission)	3 398	64,6	2 710,5	70,1	79,8
Cadre administratif	499	9,5	331,0	8,6	66,3
Coordinateur médical ou paramédical	483	9,2	229,6	5,9	47,5
Directeur de centre	460	8,7	258,8	6,7	56,3
Autre profession	422	8,0	334,9	8,7	79,4
Total	5 262	100,0	3 864,8	100,0	73,4

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

Les données issues d'e-CDS révèlent une augmentation très forte des effectifs de ces professionnels employés par les CDS au cours des années récentes (+59 % pour le nombre de professionnels employés entre 2016 et 2022 et +45 % pour le volume d'ETP annuels mobilisés) reflétant (tableaux 46 et 47) :

- Une augmentation spectaculaire des effectifs de directeurs de centres, de coordinateurs médicaux ou paramédicaux et de cadres administratifs, en lien pour partie avec la très forte expansion du nombre de CDS (+84 %, +178 % et +58 % des ETP annuels entre 2016 et 2022).
- Ainsi, dans une large mesure, qu'une très forte augmentation des effectifs de personnels administratifs (+37 % pour les ETP annuels).

Tableau 46 : Evolution des effectifs de personnels médico-administratifs employés par les CDS pluriprofessionnels de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016
Personnel administratif (secrétaire, agent comptable, chargé de mission)	2 310	2 428	2 656	2 777	2 807	3 212	3 398	20,2	22,4	47,1
Cadre administratif	262	283	328	359	386	448	499	37,0	39,0	90,5
Coordinateur médical ou paramédical	144	202	263	284	346	412	483	97,2	70,1	235,4
Directeur de centre	216	221	286	313	337	411	460	44,9	47,0	113,0
Autre	371	401	335	370	394	410	422	-0,3	14,1	13,7
Total	3 303	3 535	3 868	4 103	4 270	4 893	5 262	24,2	28,2	59,3

Source : e-CDS, 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 ;

Tableau 47 : Evolution des ETP annuels de personnels médico-administratifs employés par les CDS pluriprofessionnels de 2016 à 2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016
Personnel administratif (secrétaire, agent comptable, chargé de mission)	1 974	2 060	2 182	2 241	2 251	2 543	2 710	13,5	20,9	37,3
Autre	252	276	226	246	278	344	335	-2,6	36,3	32,7
Cadre administratif	209	226	243	256	267	305	331	22,0	29,5	58,1
Directeur de centre	141	137	147	163	177	224	259	15,9	58,7	83,9
Coordinateur médical ou paramédical	83	101	107	116	152	190	230	40,7	97,7	178,1
Total	2 659	2 801	2 907	3 022	3 125	3 606	3 865	13,6	27,9	45,3

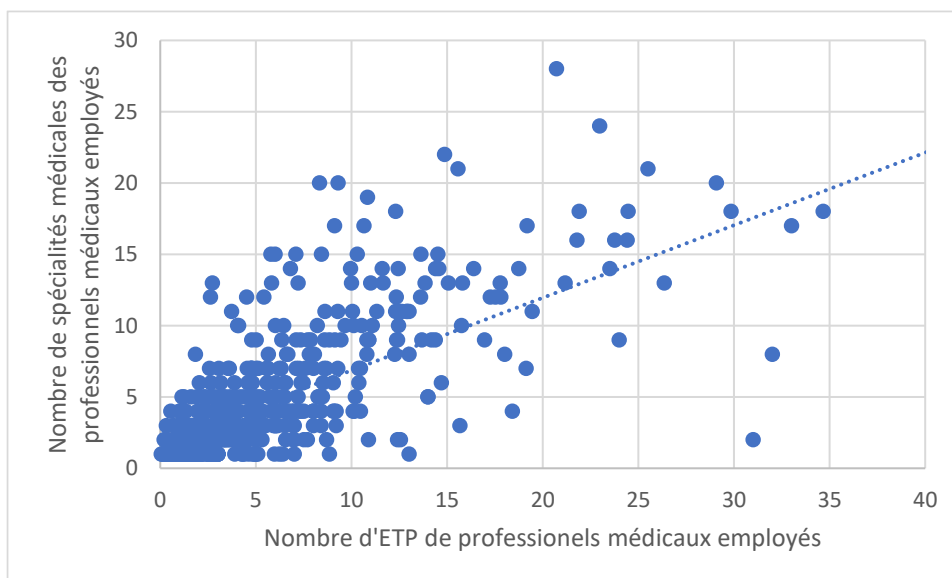
Source : e-CDS, calculs mission et pôle d'analyse des données de l'IGAS ;

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

3.4 Un spectre d'activités de soins médicaux très variable selon les CDS, mais le plus souvent limité à la médecine générale et à deux ou trois autres spécialités, dont les activités de soins dentaires

Le nombre de spécialités médicales (spécialités de médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et « autres professionnels de santé ») mises en œuvre par les CDS pluriprofessionnels croît généralement, dans une certaine mesure, avec la taille du centre (graphique 10). Il est variable selon les centres.

Graphique 10 : Nombre de spécialités de professions médicales et nombre d'ETP de professionnels médicaux employés par les CDSP pluriprofessionnels en 2022



Source : e-CDS, calculs mission ;

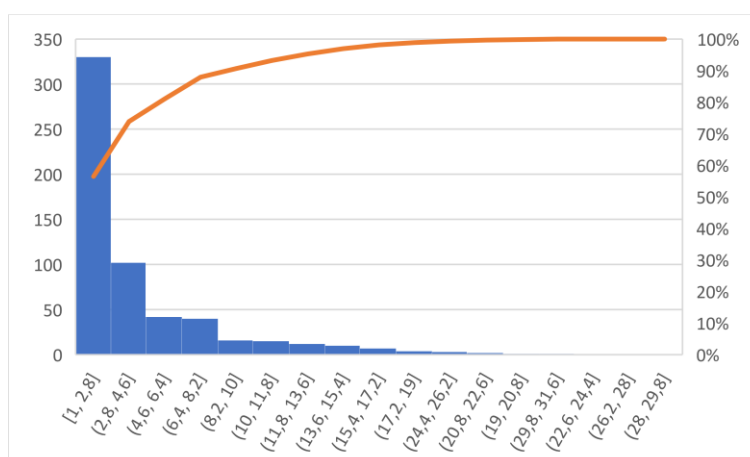
Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées), hors le CDS LIVI ; pour des raisons de lisibilité, le champ de ce graphique est par ailleurs limité aux CDS ayant un nombre d'ETP de professionnels médicaux employés inférieur ou égal à 40 ;

Le nombre de spécialités présentes dans les centres s'élève jusqu'à 31 pour les spécialités de médecins et jusqu'à 34 spécialités de professionnels médicaux dans un CDS de grande taille (hors le CDS LIVI).

En pratique toutefois le nombre de spécialités médicales employés par les centres est le plus souvent limité.

- En 2022, 37 % des centres n'ont employé que des médecins généralistes parmi leurs médecins et les deux tiers des centres n'ont employé que 3 spécialités de médecins (des ophtalmologues et des gynécologues le plus souvent aux côtés de médecins généralistes). Les quatre cinquièmes des centres (81 %) ont employé au plus 6 spécialités de médecins différentes.
- 56 % des centres 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) et 75 % des centres ont employé 6 spécialités médicales au plus.

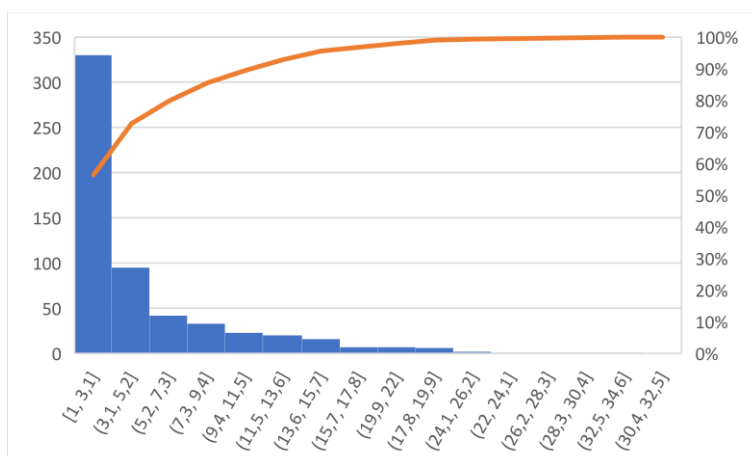
Graphique 11 : Répartition des CDS pluriprofessionnels par nombre de spécialités de médecins employés en 2022



Source : e-CDS, calculs mission ;

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

Graphique 12 : Répartition des CDSP pluriprofessionnels par nombre de spécialités de professionnels médicaux employés en 2022



Source : e-CDS, calculs mission ;

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

3.5 Une structure de la main d'œuvre très variable selon les centres et qui varie globalement selon les grandes catégories de gestionnaires de centres

La structure par grandes catégories de professions de la main d'œuvre employée par les centres pluriprofessionnels - mesurée par les parts respectives des ETP annuels des différentes catégories de professionnels (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et « autres professionnels médicaux », professionnels paramédicaux, autres professionnels « soignants » et médico-sociaux et des personnels médico-administratifs) dans le total des ETP de l'ensemble des personnels employés - varie fortement selon les centres (tableau 48). Ceci témoigne :

- D'une assez grande diversité des types de soins de santé et d'autres services apportés le cas échéant par les centres ;
- Des caractéristiques très particulières de certains centres pour lesquels certaines de ces parts paraissent très élevées et pour d'autres très faibles ;
- De conditions de gestion très variables selon les centres ;
 - A cet égard, si la part médiane des ETP de personnels médico-administratifs s'est établie à 34,5 % en 2022 (une moitié des centres avaient une telle part supérieure ou égale à ce seuil), la mission relève que pour un quart des centres cette part était supérieure à 44 %, soit un niveau qui peut paraître élevé, alors que pour un autre quart elle était inférieure à 25,8 %.

Tableau 48 : Distribution des parts des ETP annuels des différentes catégories de professionnels dans le total des ETP de l'ensemble des professionnels employés par les CDS pluriprofessionnels en 2022, en %

	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Professionnels médicaux	0,9	17,2	24,7	32,9	33,3	41,0	50,0	86,1
Médecins	0,9	10,7	16,5	24,7	26,9	35,7	45,2	86,1
Médecins généralistes	0,5	4,6	8,7	16,7	20,8	31,6	41,8	83,3
Médecins d'autres spécialités	0,0	0,0	0,0	3,1	6,2	9,1	17,6	46,2
Chirurgiens-dentistes	0,0	0,0	0,0	0,0	5,1	8,7	17,2	45,6
Sages-femmes et autres professionnels médicaux	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,1	3,6	42,7
Pharmaciens	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	13,5
Professionnels paramédicaux	0,3	8,6	17,4	27,4	27,9	36,1	46,8	86,2
Autres professionnels soignants et médico-sociaux	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	3,1	14,3	59,0
Personnels médico-administratifs	0,0	17,9	25,8	34,5	34,7	44,0	51,9	77,5

Source : e-CDS, calculs mission ;

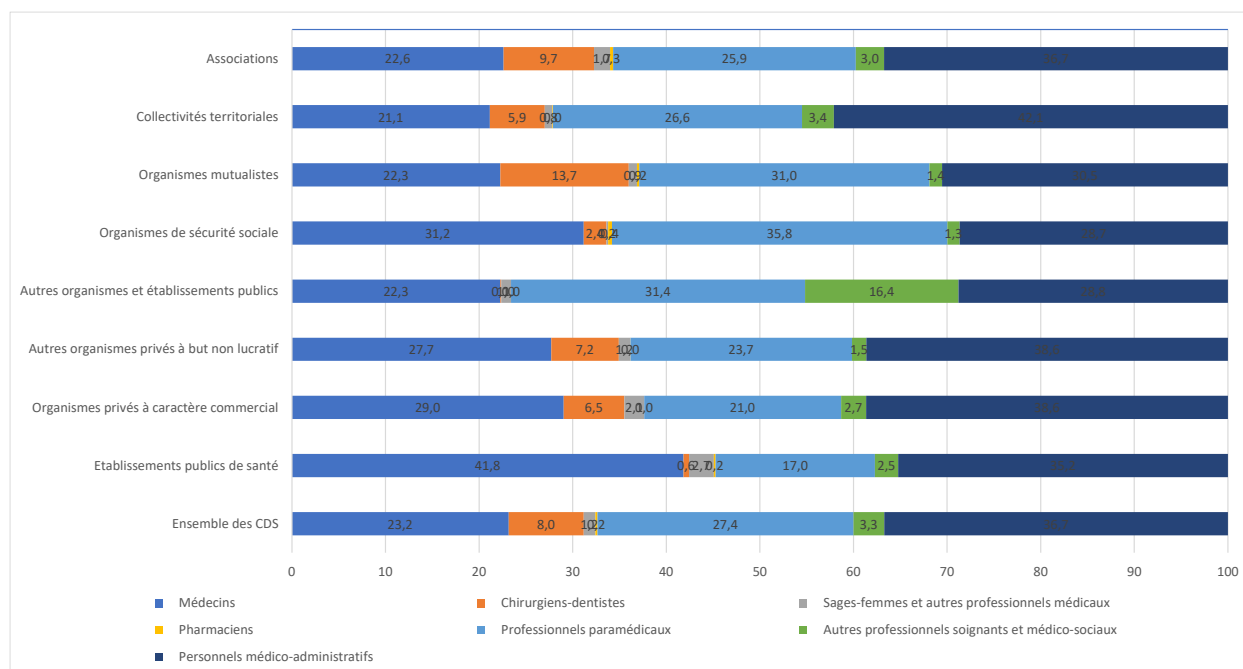
Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées), hors le CDS LIVI ; avertissement : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille²⁹ ; elle peut être affectée de manière significative par des valeurs extrêmes reflétant des erreurs de déclarations des centres ;

La composition de la main d'œuvre des centres par grandes catégories de professions varie aussi de manière sensible selon les grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres (graphique 13 et tableau 49).

La part des médecins dans le total des ETP annuels de l'ensemble des personnels employés apparaît comparativement élevée dans les centres gérés par des établissements publics de santé, dans ceux gérés par des organismes de sécurité sociale ainsi que dans ceux gérés par des organismes privés à caractère commercial ou d'autres organismes privés à but non lucratif : 41,8 %, 31,2 %, 29,0 % et 27,7 % en 2022, contre une part de 23,2 % pour l'ensemble des CDS pluriprofessionnels (graphique 13). La part des chirurgiens-dentistes est comparativement élevée dans les centres gérés par des organismes mutualistes et dans ceux gérés par des associations : 13,7 % et 9,7 % en 2022, contre une part de 8,0 % pour l'ensemble des centres ; elle est à l'inverse comparativement basse dans les centres gérés par des établissements publics de santé et dans ceux gérés par des organismes de sécurité sociale (0,6 % et 2,4 % en 2022). La présence des personnels paramédicaux est relativement forte dans les centres gérés par des organismes de sécurité sociale et dans ceux gérés par des organismes mutualistes : 35,8 % et 31,0 % des ETP annuels en 2022, contre une part de 27,4 % pour l'ensemble des CDS pluriprofessionnels. Enfin, la part des personnels médico-administratifs est pour sa part comparativement élevée dans les centres gérés par des collectivités territoriales (42,1 % contre 36,7 % pour l'ensemble des CDS pluriprofessionnels) et à l'inverse comparativement basse dans ceux gérés par des organismes de sécurité sociale et ceux par des organismes mutualistes (28,7 % et 30,5 % respectivement en 2022).

²⁹ Ceci explique que les valeurs moyennes indiquées dans ce tableau diffèrent de celles de la colonne correspondante du tableau 25 de la partie 3.1 *supra* et du graphique 13 *infra* qui sont obtenues sur la base d'une agrégation des ETP annuels des centres.

Graphique 13 : Part des différentes catégories de professionnels dans le total des ETP des personnels employés par les CDS pluriprofessionnels en 2022, par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres, 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 ;

Le volume de main d'œuvre mobilisé par les CDS a en outre évolué de manière différenciée au cours des années récentes selon les grandes catégories de professions et les grandes catégories de gestionnaires de centre (tableau 49). Alors que le volume des ETP annuels de médecins employés par les CDS pluriprofessionnels a augmenté de moitié entre 2016 et 2022 (+51 %), le volume de ceux employés par des centres gérés par des associations a plus que doublé (+109 %) ; à l'inverse, le volume de ceux employés par des centres gérés par des collectivités locales et par des organismes de sécurité sociale a augmenté dans des proportions bien plus faibles (+30 % et +12 % respectivement) et le volume de ceux employés par des centres gérés par des organismes mutualistes a diminué sur la période (-8 % de 2016 à 2022). Alors que le volume d'ETP annuels de chirurgiens-dentistes a augmenté de 20 % pour l'ensemble des CDS pluriprofessionnels, ce volume a diminué à l'inverse de manière prononcée sur la période dans les centres gérés par des organismes mutualistes (-28 %) et dans ceux gérés par des collectivités territoriales (-16 %).

Tableau 49 : Evolution de 2016 à 2022 du nombre d'ETP des différentes catégories de professionnels employés par les CDS pluriprofessionnels, par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Part en 2022 en %	Taux de croissance, en %			
									2019/2016	2022/2019	2022/2016	
Associations :												
Médecins	520,7	581,4	614,5	658,6	762,1	921,9	1 091,5	22,6	26,5	65,7	109,6	
Chirurgiens-dentistes	243,4	299,8	286,8	310,3	322,2	423,8	465,7	9,7	27,5	50,1	91,3	
Sages-femmes et autres professionnels médicaux	9,8	15,7	24,6	38,0	44,3	53,4	82,4	1,7	287,2	116,7	739,1	
Pharmaciens	14,5	16,4	15,3	15,4	16,0	14,9	16,2	0,3	5,6	5,2	11,1	
Professionnels paramédicaux	623,7	727,8	730,8	759,5	875,3	1 068,8	1 251,6	25,9	21,8	64,8	100,7	
Autres professionnels soignants et médico-sociaux	40,2	41,6	48,3	64,4	74,3	94,5	145,5	3,0	60,1	125,9	261,6	
Personnels médico-administratifs	828,8	956,0	940,1	1 054,3	1 154,7	1 502,7	1 771,9	36,7	27,2	68,1	113,8	
Total des personnels	2 281,2	2 638,6	2 660,2	2 900,5	3 248,8	4 080,0	4 824,7	100,0	27,1	66,3	111,5	
Collectivités territoriales :												
Médecins	462,6	493,5	498,8	522,0	558,5	610,2	601,1	21,1	12,8	15,2	29,9	
Chirurgiens-dentistes	198,8	203,3	199,2	195,2	191,4	182,3	167,3	5,9	-1,8	-14,3	-15,9	
Sages-femmes et autres professionnels médicaux	8,6	10,4	11,7	16,0	17,2	20,8	23,3	0,8	86,4	45,3	170,8	
Pharmaciens	1,8	0,0	0,5	0,5	1,0	1,0	1,2	0,0	-71,4	140,0	-31,4	
Professionnels paramédicaux	781,4	782,9	767,7	762,5	743,4	776,2	756,9	26,6	-2,4	-0,7	-3,1	
Autres professionnels soignants et médico-sociaux	54,1	62,0	61,4	71,5	77,6	85,2	96,7	3,4	32,1	35,3	78,7	
Personnels médico-administratifs	1 038,9	1 063,4	1 061,6	1 071,0	1 078,8	1 188,0	1 196,5	42,1	3,1	11,7	15,2	
Total des personnels	2 546,2	2 615,5	2 601,0	2 638,7	2 667,7	2 863,7	2 842,9	100,0	3,6	7,7	11,7	
Organismes mutualistes :												
Médecins	276,12	260,72	286,95	292,99	288,61	283,26	254,48	22,3	6,1	-13,1	-7,8	
Chirurgiens-dentistes	219,39	206,17	219,96	188,9	178,65	183,26	157,03	13,7	-13,9	-16,9	-28,4	
Sages-femmes et autres professionnels médicaux	3,6	5,31	7,4	10,77	11,38	10,63	9,91	0,9	199,2	-8,0	175,3	
Pharmaciens	3	2	2,35	10,18	7,18	8,35	2,8	0,2	239,3	-72,5	-6,7	
Professionnels paramédicaux	386,21	365,14	399,68	381,46	378,8	399,73	354,4	31,0	-1,2	-7,1	-8,2	
Autres professionnels soignants et médico-sociaux	13,89	9,46	12,89	14,81	28,78	24,9	15,46	1,4	6,6	4,4	11,3	
Personnels médico-administratifs	409,81	375,77	435,84	406,6	383,85	396,98	349,03	30,5	-0,8	-14,2	-14,8	
Total des personnels	1312,02	1224,57	1365,07	1305,71	1277,25	1307,11	1143,11	100,0	-0,5	-12,5	-12,9	
Organismes de sécurité sociale :												
Médecins	200,7	228,5	248,2	241,9	232,7	239,4	225,4	31,2	20,5	-6,8	12,3	
Chirurgiens-dentistes	16,3	20,3	21,8	21,7	19,7	19,3	17,5	2,4	32,9	-19,2	7,4	
Sages-femmes et autres professionnels médicaux	0,5	0,3	1,5	1,8	1,8	1,9	1,3	0,2	265,3	-25,1	173,5	
Pharmaciens	4,0	5,5	10,3	3,0	3,0	3,0	3,0	0,4	-25,0	0,0	-25,0	
Professionnels paramédicaux	266,5	264,8	292,1	279,5	265,8	268,3	259,1	35,8	4,9	-7,3	-2,8	
Autres professionnels soignants et médico-sociaux	0,1	0,1	5,3	11,1	11,2	10,0	9,5	1,3	12277,8	-15,2	10400,0	
Personnels médico-administratifs	138,2	172,9	201,8	203,5	201,7	213,5	207,2	28,7	47,2	1,8	49,9	
Total des personnels	626,3	692,4	781,0	762,5	735,8	755,3	723,1	100,0	21,7	-5,2	15,4	
Autres organismes et établissements publics :												
Médecins	46,6	42,4	73,6	75,1	76,6	80,4	91,7	22,3	61,2	22,1	96,8	
Chirurgiens-dentistes	0,8	0,8	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,1	-96,0	1233,3	-46,7	
Sages-femmes et autres professionnels médicaux	3,3	3,4	3,7	5,0	5,2	6,1	4,3	1,0	50,0	-13,1	30,3	
Pharmaciens	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	...	...	...
Professionnels paramédicaux	66,0	54,7	114,4	119,1	121,5	121,8	129,3	31,4	80,4	8,6	95,9	
Autres professionnels soignants et médico-sociaux	27,7	29,5	56,6	58,9	56,5	59,4	67,5	16,4	112,5	14,7	143,8	
Personnels médico-administratifs	67,0	63,7	88,9	84,6	97,3	101,6	118,4	28,8	26,3	39,9	76,7	
Total des personnels	211,3	194,5	337,2	342,6	357,1	369,6	411,6	100,0	62,1	20,1	94,8	
Autres organismes privés à but non lucratif :												
Médecins	81,3	83,5	89,3	95,2	98,0	92,8	100,6	27,7	17,1	5,7	23,8	
Chirurgiens-dentistes	17,4	22,0	22,7	24,2	26,0	24,7	26,2	7,2	39,1	8,4	50,8	
Sages-femmes et autres professionnels médicaux	3,1	3,2	2,9	3,2	3,8	4,3	4,4	1,2	1,9	40,5	43,2	
Pharmaciens	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0	
Professionnels paramédicaux	61,1	64,2	69,4	83,6	88,3	81,1	85,9	23,7	37,0	2,7	40,7	
Autres professionnels soignants et médico-sociaux	3,5	2,4	2,5	2,1	2,8	2,7	5,6	1,5	-40,5	166,5	58,7	
Personnels médico-administratifs	151,8	140,7	143,6	157,1	159,2	144,6	140,2	38,6	3,5	-10,8	-7,6	
Total des personnels	318,1	316,0	330,4	365,4	378,0	350,2	363,0	100,0	14,9	-0,7	14,1	
Organismes privés à caractère commercial :												
Médecins	2,3	2,3	3,3	14,6	17,2	27,4	38,8	29,0	531,2	166,3	1581,0	
Chirurgiens-dentistes	7,6	7,6	8,8	14,2	13,3	6,8	8,7	6,5	88,0	-39,1	14,4	
Sages-femmes et autres professionnels médicaux	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	4,0	2,8	2,1	...	...	...
Pharmaciens	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	...	...	...
Professionnels paramédicaux	10,7	10,7	18,3	25,1	29,4	27,2	28,1	21,0	133,8	12,1	162,1	
Autres professionnels soignants et médico-sociaux	0,3	0,3	0,4	0,6	0,4	2,0	3,6	2,7	130,8	496,7	1276,9	
Personnels médico-administratifs	9,0	9,0	13,8	26,9	23,9	37,5	51,7	38,6	198,3	92,4	474,1	
Total des personnels	29,9	29,9	44,6	81,3	85,2	104,8	133,7	100,0	172,4	64,4	347,7	
Etablissements publics de santé :												
Médecins	19,5	21,2	20,8	18,6	31,7	24,3	35,4	41,8	-4,8	90,9	81,8	
Chirurgiens-dentistes	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,6	...	...	...
Sages-femmes et autres professionnels médicaux	0,6	0,6	2,6	1,2	1,3	0,6	2,3	2,7	91,7	95,7	275,0	
Pharmaciens	0,1	0,1	0,1	0,1	1,1	0,2	0,2	0,2	71,4	33,3	128,6	
Professionnels paramédicaux	12,1	17,8	15,7	11,1	28,4	11,4	14,4	17,0	-7,8	29,7	19,6	
Autres professionnels soignants et médico-sociaux	0,3	0,2	0,3	0,2	2,0	0,2	2,1	2,5	-40,0	1300,0	740,0	
Personnels médico-administratifs	15,8	19,8	21,1	17,6	25,8	21,0	29,8	35,2	11,3	69,5	88,7	
Total des personnels	48,3	60,4	60,5	48,7	90,1	57,5	84,7	100,0	0,9	73,9	75,5	
Ensemble des CDS :												
Médecins	1 609,9	1 713,6	1 835,5	1 918,9	2 065,3	2 279,7	2 439,1	23,2	19,2	27,1	51,5	
Chirurgiens-dentistes	703,6	760,6	759,3	754,5	751,3	840,6	843,2	8,0	7,2	11,8	19,9	
Sages-femmes et autres professionnels médicaux	29,5	38,8	54,3	75,9	85,8	101,6	130,8	1,2	157,1	72,4	343,1	
Pharmaciens	23,4	24,0	28,6	29,2	28,3	27,4	23,4	0,2	24,9	-20,0	-0,1	
Professionnels paramédicaux	2 207,6	2 288,0	2 408,0	2 421,8	2 530,8	2 754,5	2 879,7	27,4	9,7	18,9	30,4	
Autres professionnels soignants et médico-sociaux	140,1	145,5	187,7	223,5	253,5	278,8	345,8	3,3	59,6	54,7	146,9	
Personnels médico-administratifs	2 659,3	2 801,3	2 906,7	3 021,6	3 125,1	3 605,7	3 864,8	36,7	13,6	27,9	45,3	
Total des personnels	7 373,3	7 771,8	8 180,0	8 445,3	8 840,1	9 888,3	10 526,7	100,0	14,5	24,6	42,8	

Source : e-CDS, 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 ;

3.6 Une quotité annuelle moyenne de travail pour les professionnels médicaux variable selon les CDS

Le degré de temps partiel sur l'année des médecins et plus largement celui des professionnels médicaux employés par les CDS pluriprofessionnels exprimé en part d'ETP annuel varie fortement selon les centres.

Selon les calculs de la mission fondés sur les données d'effectifs et d'ETP annuels déclarés par les centres, la valeur médiane de la quotité annuelle moyenne de travail des médecins, exprimée en pourcentage d'un ETP annuel, était de 47,8 % pour l'ensemble des CDS pluriprofessionnels en 2022 (une moitié des centres employaient leur(s) médecin(s) en moyenne pour une durée annuelle supérieure à 47,8 % d'un ETP annuel, une autre moitié l'employant ou les employant pour une moindre durée annuelle de travail) (tableau 50), alors que la quotité annuelle moyenne de travail des médecins des centres, pris dans leur ensemble, était de 40,5 % d'un ETP annuel la même année (Cf. le tableau 25 de la partie 3.1 *supra*). Un quart des centres employaient toutefois 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. Les estimations de quotité annuelle moyenne de travail pour l'ensemble des professionnels médicaux montrent également une grande variabilité selon les centres (tableau 51).

Le degré de temps partiel sur l'année des médecins et des professionnels médicaux employés par les CDS pluriprofessionnels varie à la fois selon les grandes catégories de gestionnaires (tableaux 50 et 51), d'une part, et selon les régions (tableaux 52 et 53), d'autre part.

Les trois quarts des centres gérés par des collectivités territoriales et des organismes mutualistes emploient leurs médecins en moyenne pour moins respectivement de l'équivalent de 56 % et 58 % d'un ETP annuel, alors que ce seuil est porté à 66 % pour les associations et que plus de la moitié des CDS gérés par des organismes de sécurité sociale emploient leurs médecins à temps plein sur l'année (tableau 50). A l'exception des CDS gérés par des organismes de sécurité sociale (dont plus des trois quart emploient leurs médecins pour une quotité annuelle moyenne de travail supérieure à 80 % d'un ETP annuel), l'emploi des médecins sur la base d'une faible quotité de travail sur l'année est une réalité pour une part conséquente de centres.

Tableau 50 : Quotité annuelle moyenne de travail en pourcentage d'un ETP annuel pour les médecins employés par les CDS professionnels par grande catégorie de statuts des gestionnaires en 2022, en %

	Nbre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Associations	233	4,5	17,1	29,9	45,0	48,1	66,5	80,7	100,0
Collectivités territoriales	135	7,6	24,1	34,5	43,2	46,7	55,8	76,0	100,0
Organismes de sécurité sociale	105	18,0	40,5	80,0	100,0	85,7	100,0	100,0	100,0
Organismes mutualistes	42	15,8	22,4	27,5	40,4	44,6	58,2	72,3	93,0
Autres organismes et établissements publics	32	5,0	23,8	38,1	49,2	50,0	63,3	70,0	100,0
Autres organismes privés à but non lucratif	18	16,5	17,0	21,1	32,8	32,6	39,6	46,7	63,3
Organismes privés à caractère commercial	12	17,7	21,3	37,8	49,7	55,0	74,3	95,5	100,0
Etablissements publics de santé	8	29,0	31,5	32,9	34,7	41,0	50,6	56,2	60,0
Ensemble des CDS	585	4,5	21,1	33,0	47,8	53,9	75,0	100,0	100,0

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

avertissement : la moyenne est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille³⁰ ; elle peut être affectée de manière significative par des valeurs extrêmes reflétant des erreurs de déclarations des centres ;

Tableau 51 : Quotité annuelle moyenne de travail en pourcentage d'un ETP annuel pour les professionnels médicaux employés par les CDS professionnels par grande catégorie de statuts des gestionnaires en 2022, en %

	Nbre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Associations	233	3,2	18,8	32,8	47,5	49,7	65,7	80,7	100,0
Collectivités territoriales	135	7,6	29,9	36,8	45,7	48,7	59,2	76,4	100,0
Organismes de sécurité sociale	105	18,0	40,5	80,0	100,0	85,7	100,0	100,0	100,0
Organismes mutualistes	42	20,3	30,1	36,5	43,8	49,8	67,3	76,7	94,3
Autres organismes et établissements publics	32	5,0	23,8	38,8	47,9	49,9	63,3	70,0	100,0
Autres organismes privés à but non lucratif	18	16,5	17,0	27,2	35,6	36,0	40,9	49,9	78,0
Organismes privés à caractère commercial	12	19,5	25,4	38,5	51,8	56,7	74,3	95,5	100,0
Etablissements publics de santé	8	29,8	30,2	32,1	37,3	41,4	50,6	56,2	60,0
Ensemble des CDS	585	3,2	24,2	36,7	49,3	55,6	74,4	100,0	100,0

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

avertissement : la moyenne est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille³¹ ; elle peut être affectée de manière significative par des valeurs extrêmes reflétant des erreurs de déclarations des centres ;

Si l'emploi des médecins à temps partiel sur l'année par les CDS pluriprofessionnels est très répandu dans la plupart des régions, le recours au temps partiel ou à des quotités de temps de travail annuel limitées sur l'année, est particulièrement répandu en Ile-de-France ainsi qu'en Provence-Côte-d'Azur. A l'inverse plus de la moitié des centres situés respectivement dans les Hauts-de-France et dans le Grand Est emploient leurs médecins à temps complet sur l'année,

³⁰ Ceci explique que la valeur moyenne pour les médecins qui figure dans ce tableau pour l'ensemble des centres (53,9 %) diffère du chiffre de la colonne correspondante du tableau 25 de la partie 3.1 *supra* pour les médecins qui est obtenue sur la base d'une agrégation des ETP annuels des centres (40,5 %).

³¹ Ceci explique que la valeur moyenne pour les professionnels médicaux qui figure dans ce tableau pour l'ensemble des centres (55,6 %) diffère du chiffre de la colonne correspondante du tableau 25 de la partie 3.1 *supra* pour les professionnels médicaux qui est obtenue sur la base d'une agrégation des ETP annuels des centres (44,1 %).

reflétant notamment la norme recherchée et mise en œuvre dans le réseau des centres géré par le groupe FILIERIS dans la première de ces deux régions (tableau 52).

Tableau 52 : Quotité annuelle moyenne de travail en pourcentage d'un ETP annuel pour les médecins employés par les CDS professionnels par régions, en %

	Nbre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Île-de-France	232	4,5	21,6	30,0	38,9	41,4	50,0	62,5	100,0
Hauts-de-France	77	10,0	26,7	63,3	100,0	80,6	100,0	100,0	100,0
Auvergne-Rhône-Alpes	57	5,0	22,2	36,9	60,0	57,6	75,0	92,3	100,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	39	6,2	16,2	25,2	35,7	43,4	56,3	80,7	100,0
Grand Est	39	13,8	44,9	68,3	100,0	82,0	100,0	100,0	100,0
Occitanie	31	6,3	32,8	42,3	66,7	61,3	77,1	88,0	100,0
Nouvelle Aquitaine	26	17,1	34,0	40,9	50,0	54,9	67,7	83,3	100,0
Bourgogne-Franche-Comté	26	9,0	13,8	28,9	59,1	51,1	69,9	74,4	100,0
Pays de la Loire	21	20,0	33,2	44,3	62,5	59,6	77,5	83,3	92,6
Bretagne	15	11,0	16,1	21,4	39,8	41,6	50,5	74,6	98,3
Normandie	10	5,0	14,1	17,8	46,4	49,1	78,8	86,6	100,0
Centre-Val de Loire	5	17,7	25,6	37,5	40,0	48,6	47,7	79,1	100,0
Guadeloupe	2	23,3	23,8	24,4	25,4	25,4	26,5	27,1	27,5
La Réunion	2	37,7	40,9	45,8	53,9	53,9	61,9	66,8	70,0
Corse	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Martinique	1	27,1	27,1	27,1	27,1	27,1	27,1	27,1	27,1
Mayotte	1	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5
Ensemble des CDS	585	4,5	21,1	33,0	47,8	53,9	75,0	100,0	100,0

Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées), hors le CDS LIVI ;
avertissement : la moyenne est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille³² ; elle peut être affectée de manière significative par des valeurs extrêmes reflétant des erreurs de déclarations des centres ;

³² Voir la note de bas de page 30.

Tableau 53 : Quotité annuelle moyenne de travail en pourcentage d'un ETP annuel pour les professionnels médicaux employés par les CDS professionnels par régions, en %

	Nbre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Île-de-France	232	6,4	24,5	34,1	43,3	44,2	53,6	63,6	100,0
Hauts-de-France	77	10,0	36,4	63,3	100,0	80,6	100,0	100,0	100,0
Auvergne-Rhône-Alpes	57	5,0	28,8	40,9	63,6	58,9	76,0	90,2	100,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	39	6,2	20,3	31,1	40,0	45,3	56,0	80,0	100,0
Grand Est	39	13,8	46,2	73,0	100,0	82,7	100,0	100,0	100,0
Occitanie	31	6,3	35,9	45,0	66,7	61,6	76,9	88,0	100,0
Nouvelle Aquitaine	26	21,9	35,9	43,3	51,7	56,1	69,5	80,8	100,0
Bourgogne-Franche-Comté	26	9,0	13,3	33,0	60,6	52,5	71,6	74,4	100,0
Pays de la Loire	21	20,0	32,7	39,2	62,5	59,6	77,5	85,7	92,6
Bretagne	15	11,0	15,7	26,5	39,8	42,7	50,1	75,7	98,3
Normandie	10	3,2	13,9	17,7	46,4	49,8	83,4	86,6	100,0
Centre-Val de Loire	5	24,2	29,5	37,5	40,0	50,6	51,4	80,6	100,0
Guadeloupe	2	23,3	23,8	24,4	25,4	25,4	26,5	27,1	27,5
La Réunion	2	43,5	46,2	50,1	56,8	56,8	63,4	67,4	70,0
Corse	1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Martinique	1	29,6	29,6	29,6	29,6	29,6	29,6	29,6	29,6
Mayotte	1	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5
Ensemble des CDS	585	3,2	24,2	36,7	49,3	55,6	74,4	100,0	100,0

Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées), hors le CDS LIVI ;
avertissement : la moyenne est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille³³; elle peut être affectée de manière significative par des valeurs extrêmes reflétant des erreurs de déclarations des centres ;

3.7 Des activités médicales techniques et des activités médicales et paramédicales particulières dans certains CDS pluriprofessionnels

3.7.1 Près de trois CDS pluriprofessionnels sur dix ayant des équipements de radiologie et près d'un sur sept ayant des équipements d'ophtalmologie

Certains CDS pluriprofessionnels disposent d'un plateau technique ou d'équipements leur permettant d'avoir une activité technique d'imagerie médicale. Selon les données d'e-CDS, 28,0 % et 32,5 % d'entre eux respectivement ont des équipements de radiologie et d'échographie. 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 %) (tableau 54).

Les centres gérés par des organismes mutualistes et ceux gérés par d'autres organismes à but non lucratif offrent plus fréquemment la possibilité d'examens 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

³³ Voir la note de bas de page 31.

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, un tout petit nombre d'entre eux seulement disposent d'un laboratoire de biologie médicale qu'ils opèrent (16 centres, soit un peu moins de 3 % des centres). Par ailleurs, un petit nombre de centres (14, soit près de 2,5 % des centres) ont un laboratoire de prothèse dentaire.

Tableau 54 : Nombre et part des CDS pluriprofessionnels ayant des activités de plateau technique par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres en 2022

	Associations		Collectivités territoriales		Organismes de sécurité sociale		Organismes mutualistes		Autres organismes et établissements publics		Autres organismes privés à but non lucratif		Organismes privés à caractère commercial		Etablissements publics de santé		Total		
	Nbre de	Part en %	Nbre de	Part en %	Nbre de	Part en %	Nbre de	Part en %	Nbre de	Part en %	Nbre de	Part en %	Nbre de	Part en %	Nbre de	Part en %	Nbre de	Part en %	
Imagerie médicale																			
Radiologie	74	31,8	37	27,4	11	10,5	27	64,3	1	3,1	8	44,4	4	33,3	2	25,0	164	28,0	
IRM	2	0,9		0,0	1	1,0	1	2,4		0,0	3	16,7		0,0		0,0	7	1,2	
Scanner	18	7,7	1	0,7	1	1,0	2	4,8		0,0	1	5,6		0,0		0,0	23	3,9	
Echographie	75	32,2	54	40,0	10	9,5	28	66,7	6	18,8	10	55,6	4	33,3	3	37,5	190	32,5	
Ostéodensitométrie	12	5,2	5	3,7	2	1,9	5	11,9		0,0	1	5,6	1	8,3		0,0	26	4,4	
Ophthalmologie																			
Rétinographe	48	20,6	15	11,1	1	1,0	18	42,9		0,0	2	11,1	1	8,3	1	12,5	86	14,7	
Tomographe par cohérence optique (OCT)	66	28,3	1	0,7	3	2,9	24	57,1		0,0	2	11,1	2	16,7		0,0	98	16,8	
Laboratoire et prélèvements de biologie médicale																			
Laboratoire de biologie médicale	8	3,4	4	3,0	2	1,9		0,0		0,0	1	5,6	1	8,3		0,0	16	2,7	
Prélèvements de biologie médicale	114	48,9	77	57,0	28	26,7	22	52,4	13	40,6	10	55,6	5	41,7	3	37,5	272	46,5	
Laboratoire de prothèse dentaire	5	2,1	7	5,2		0,0	2	4,8		0,0		0,0		0,0		0,0	14	2,4	
Autres plateaux techniques	89	38,2	55	40,7	39	37,1	35	83,3	6	18,8	7	38,9	6	50,0	4	50,0	241	41,2	
Total des CDS	233	100,0	135	100,0	105	100,0	42	100,0	32	100,0	18	100,0	12	100,0	8	100,0	585	100,0	

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

3.7.2 Des activités médicales ou paramédicales particulières pour une partie des centres, d'autres activités pratiquées par des personnels n'étant pas considérés comme des professionnels de santé

Une partie des CDS pluriprofessionnels ont des activités médicales particulières. Selon les informations fournies par les centres, près d'un cinquième (20,5 %) ont eu une activité « d'implantologie »³⁴ en 2022, près qu'un quart ont réalisé des interruptions volontaires de grossesses (IVG) médicamenteuses - dont un très petit nombre ayant réalisé des IVG par voie instrumentale (5 centres seulement en 2022, soit 1 % de l'ensemble des centres) tandis que 17 % des centres ont déclaré avoir eu d'autres activités médicales particulières en 2022 (tableau 55).

³⁴ L'implantologie est une branche de la chirurgie dentaire qui consiste à poser des implants. En interrogeant les CDS sur leur pratique éventuelle d'une activité d'implantologie, la plateforme e-CDS ne précise toutefois pas si la question se réfère à la seule pose d'implants dentaires. Celle-ci se contente de rappeler que « (l')implantologie n'est pas une « activité médicale reconnue ».

Près d'une moitié des centres (47 %) ont indiqué avoir eu une « activité paramédicale particulière » en 2022, 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.

Tableau 55 : Nombre et part des CDS pluriprofessionnels ayant des activités médicales et paramédicales particulières et des activités pratiquées par des personnels n'étant pas considérés comme des professionnels de santé par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres en 2022

	Associations		Collectivités territoriales		Organismes de sécurité sociale		Organismes mutualistes		Autres organismes et établissements publics		Autres organismes privés à but non lucratif		Organismes privés à caractère commercial		Etablissements publics de santé		Total		
	Nbre de	Part en %	Nbre de	Part en %	Nbre de	Part en %	Nbre de	Part en %	Nbre de	Part en %	Nbre de	Part en %	Nbre de	Part en %	Nbre de	Part en %	Nbre de	Part en %	
Activités médicales particulières																			
Implantologie	75	32,2	19	14,1	1	1,0	18	42,9	3	9,4	3	16,7		0,0	1	12,5	120	20,5	
IVG par voie médicamenteuse	51	21,9	59	43,7	2	1,9	16	38,1	5	15,6	4	22,2	2	16,7	3	37,5	142	24,3	
IVG par méthode instrumentale		0,0	4	3,0		0,0		0,0		0,0	1	5,6		0,0		0,0	5	0,9	
Autres activités médicales particulières	47	20,2	32	23,7	3	2,9	8	19,0	5	15,6	4	22,2		0,0	3	37,5	102	17,4	
Activités paramédicales particulières	116	49,8	78	57,8	7	6,7	29	69,0	21	65,6	14	77,8	5	41,7	7	87,5	277	47,4	
Activités pratiquées par un non professionnel de la santé	45	19,3	45	33,3	16	15,2	8	19,0	11	34,4	3	16,7	2	16,7	1	12,5	131	22,4	
Total des CDS	233	100,0	135	100,0	105	100,0	42	100,0	32	100,0	18	100,0	12	100,0	8	100,0	585	100,0	

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

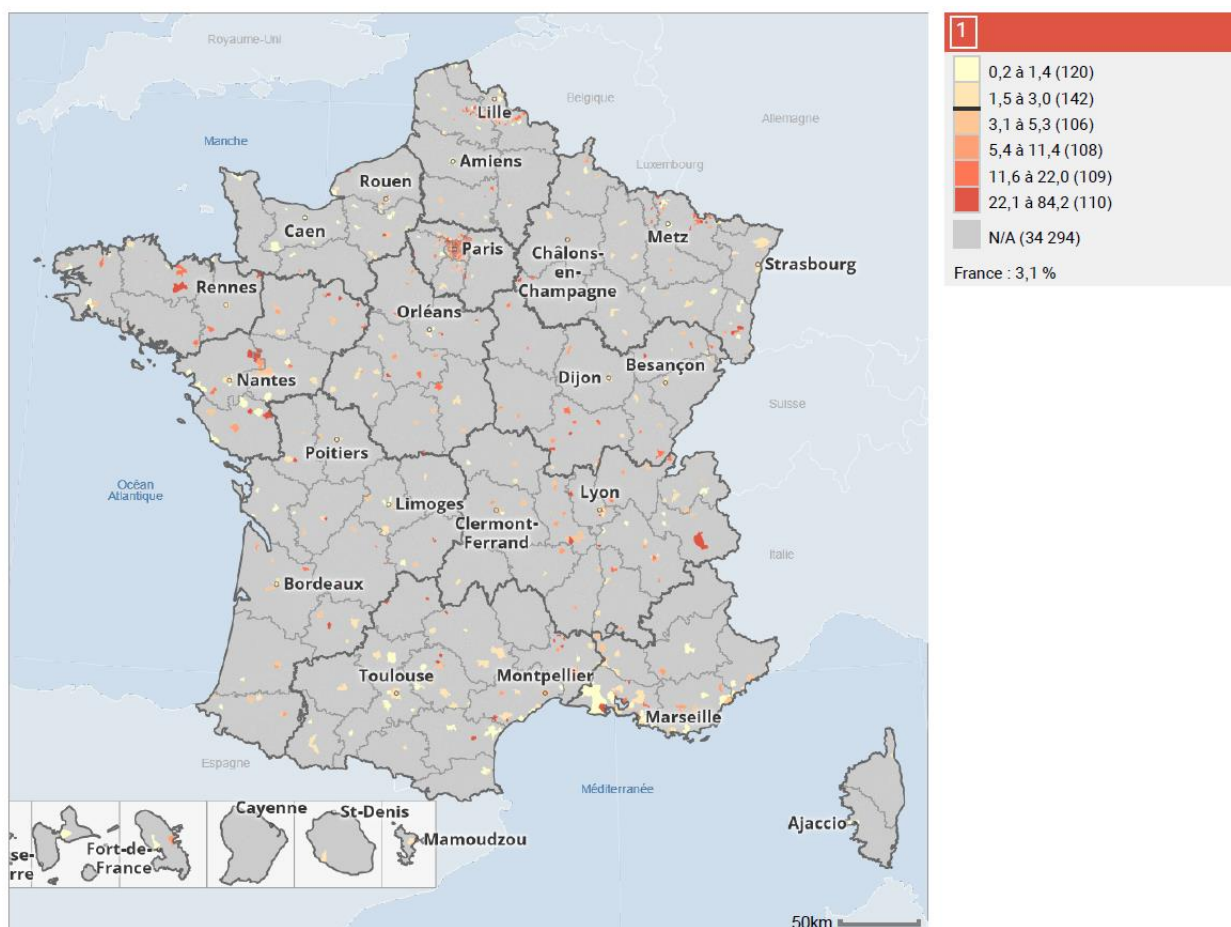
4 Une offre de soins importante dans des territoires et pour des publics défavorisés, un nombre d'actes des médecins variable mais globalement faible

4.1 18 % des CDS pluriprofessionnels implantés dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville en 2022 et 17 % dans des « quartiers vécus »

Si la place des CDS pluriprofessionnels dans l'offre de soins primaire 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.

Au-delà des variations régionales et départementales déjà mises en lumière (dans la partie 2.4 *supra*), les données issues de l'application C©rto Santé font apparaître que 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 (carte 3).

Carte 3 : Part du nombre des actes de médecine générale réalisés par l'ensemble des CDS dans le total des actes des médecins généralistes exerçant en libéral ou en CDS par communes ou arrondissements en 2022, en %



© Atlasanté - IGN GEOFLA®

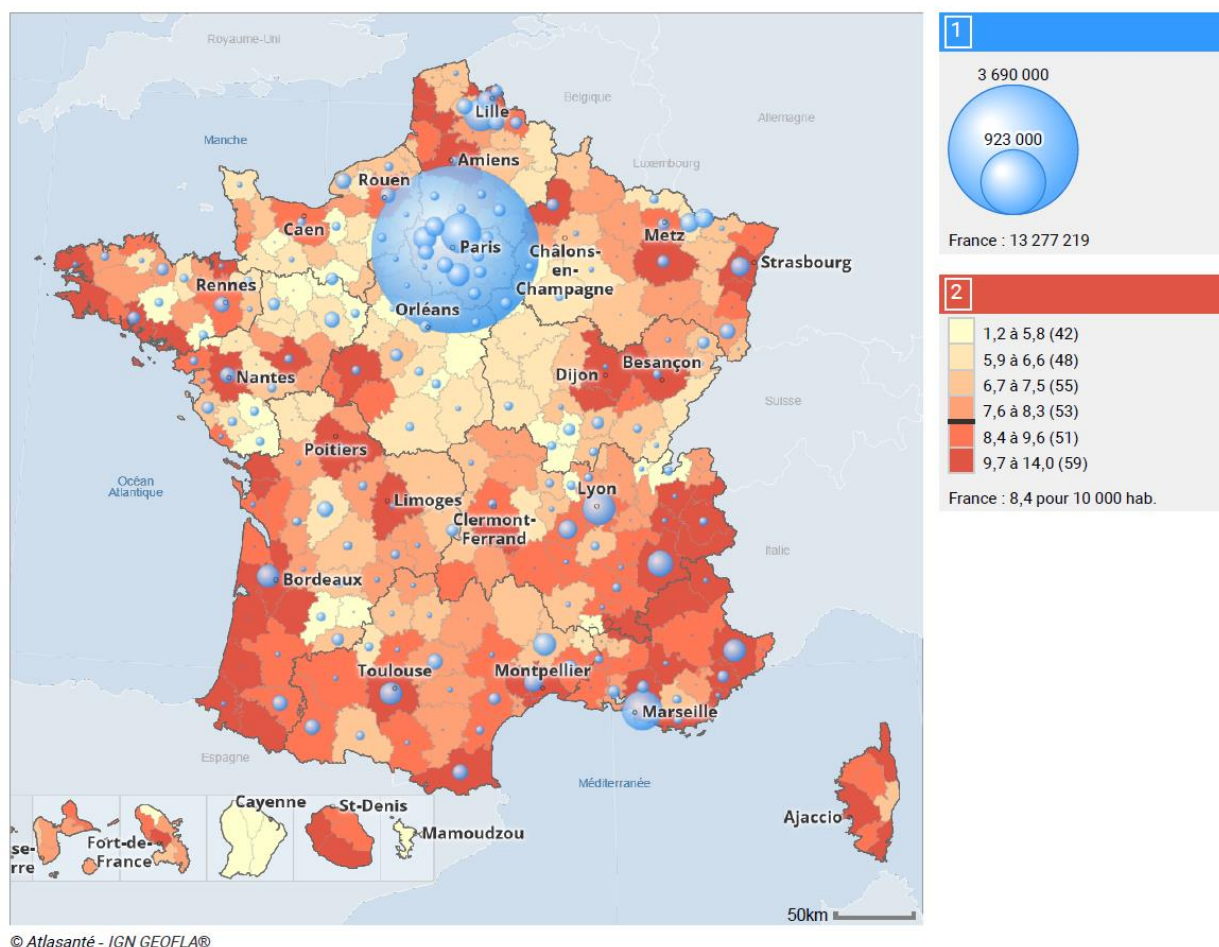
Part des actes de généralistes (en nombre d'actes) réalisés par les centres de santé dans l'activité totale (libérale + CDS)

Source : *Application C@rto Santé, ministère de la santé*

Notes : la carte est réalisée à partir d'un zonage au niveau des communes et arrondissements ; l'indicateur est le ratio entre le nombre d'actes de médecine générale réalisés par l'ensemble des centres de santé (soit essentiellement les centres de santé médicaux et polyvalents) et le total des actes réalisés par des médecins généralistes exerçant en libéral ou employés dans les centres de santé ; les actes considérés sont ceux réalisés par des médecins généralistes, y compris ceux à mode d'exercice particulier (MEP) (acupuncteurs, angiologues ...) ; les données d'actes proviennent du SNDS ; le champ retenu pour les centres de santé est celui des catégories d'établissement du répertoire FINESS dont les codes sont les suivants : 124 (actuel code des CDS depuis la modification des modalités d'enregistrement des CDS dans le répertoire FINESS mise en œuvre à partir de décembre 2013) ainsi que 130 et 439 (anciens codes des CDS médicaux et polyvalents, avant la modification des modalités d'enregistrement précédente) ;

Une analyse territoriale croisée du nombre d'actes de médecine générale 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 (carte 4).

Carte 4 : Nombre d'actes de médecins générale réalisés par l'ensemble des CDS et densité d'omnipraticiens libéraux pour 10 000 habitants en 2022



Source : Application C@rto Santé, ministère de la santé

Notes : cette carte est réalisée à partir d'un zonage au niveau des zones d'emploi ; le premier indicateur est le nombre d'actes de médecine générale réalisés par l'ensemble des centres de santé (soit essentiellement les centres de santé médicaux et polyvalents) sur l'année ; le second indicateur est le nombre moyen de médecins généralistes en activité, y compris ceux à mode d'exercice particulier (MEP) (acupuncteurs, angiologues ...) pour 10 000 habitants ; voir également les notes de la carte précédente ;

S'agissant de l'implantation des CDS pluriprofessionnels stricto sensu au regard de certains types de territoires, les données de la plateforme e-CDS, fournies par les ARS, font ressortir les principaux points suivants (tableau 56) :

- Les CDS pluriprofessionnels sont essentiellement implantés dans des zones urbaines (96 % des centres en activité en 2022).
- Parmi ceux-ci, en 2022, près d'un cinquième étaient implantés dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et un peu moins d'un autre cinquième dans des « quartiers vécus », à savoir des quartiers avoisinant un QPV dont l'action de leurs services publics, équipements publics ou opérateurs associatifs bénéficient aux habitants d'un QPV voisin. D'après les données d'e-CDS, le nombre de CDS implantés dans des QPV a augmenté très

fortement entre 2016 et 2022 (+ 91 %) tandis que le nombre de ceux implantés dans des « quartiers vécus » s’est assez fortement réduit au cours de la période (-43 %).

- Parmi le petit nombre de CDS pluriprofessionnels implantés dans des zones rurales (25 centres sur 586 en 2022), un peu plus d’un tiers étaient situés dans une zone de revalorisation rurale (ZRR) en 2022.
- Enfin, 57 % des CDS pluriprofessionnels situés en zones urbaines et 72 % des centres situés dans des zones rurales étaient implantés dans des zones « sous denses » en 2022, à savoir des zones d’intervention prioritaire (ZIP) et des zones d’action complémentaire (ZAC) définies par l’ARS. Au total, 58 % de l’ensemble des CDS pluriprofessionnels en activité en 2022 étaient ainsi implantés dans de telles zones.

Tableau 56 : Implantation géographique des CDS pluriprofessionnels selon les différents types de territoires en 2022

	Nombre de CDS	Part dans les CDS en zone urbaine en %	Part dans les CDS en zone rurale en %	Part dans l'ensemble des CDS en %
CDS en zone urbaine	561	100,0	...	95,7
Dont QPV	107	19,1	...	18,3
<i>Dont repérage QPV indéterminé (1)</i>	32	5,7	...	5,5
Dont quartier vécu	102	18,2	...	17,4
Dont hors quartier vécu	459	81,8	...	78,3
<i>Dont repérage quartier vécu indéterminé</i>	0	0,0	...	0,0
Dont zone prioritaire du SROS	322	57,4	...	54,9
CDS en zone rurale	25	...	100,0	4,3
Dont ZRR	9	...	36,0	1,5
Dont zone prioritaire du SROS	18	...	72,0	3,1
Total des CDS pluriprofessionnels	586	...	...	100

Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) ; note : (1) les informations de ce tableau relatives à la localisation géographique des CDS sont saisies par les ARS ; certaines saisies, telles l’identification des quartiers prioritaires de la politique de la ville, sont entachées d’erreurs ou sont incomplètes ;

L’analyse de l’implantation des CDS pluriprofessionnels par grandes catégories de gestionnaires révèle en outre les points suivants (tableau 57) :

- 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 des CDS implantés dans des QPV plus élevée (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 %).
- Les organismes de sécurité sociale, à savoir essentiellement le groupe de santé FILIERIS, gèrent une part comparativement élevée de CDS en QPV (21,5 %, contre 18 % de l’ensemble des CDS pluriprofessionnels), mais, dans le même temps, aussi une part marginale des CDS implantés dans des « quartiers vécus » (2 %).

Tableau 57 : Implantation géographique des CDS pluriprofessionnels selon les différents types de territoires et par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres en 2022

	Associations		Collectivités territoriales		Organismes de sécurité sociale		Organismes mutualistes		Autres organismes et établissements publics		Autres organismes privés à but non lucratif		Organismes privés à caractère commercial		Etablissements publics de santé		Total	
	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %	Nbre	Part en %
CDS en zone urbaine	224	39,9	128	22,8	100	17,8	42	7,5	32	5,7	16	2,9	12	2,1	7	1,2	561	100,0
Dont QPV	42	39,3	33	30,8	23	21,5	6	5,6	2	1,9	0	0,0	0	0,0	1	0,9	107	100,0
Dont repérage QPV indéterminé (1)	9	28,1	3	9,4	6	18,8	5	15,6	3	9,4	3	9,4	2	6,3	1	3,1	32	100,0
Dont quartier vécu	42	41,2	52	51,0	2	2,0	0	0,0	2	2,0	1	1,0	3	2,9	0	0,0	102	100,0
Dont zone prioritaire du SROS	127	39,4	115	35,7	34	10,6	13	4,0	9	2,8	9	2,8	9	2,8	6	1,9	322	100,0
CDS en zone rurale	10	40,0	7	28,0	5	20,0	0	0,0	0	0,0	2	8,0	0	0,0	1	4,0	25	100,0
Dont ZRR	4	44,4	2	22,2	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0	1	11,1	9	100,0
Dont zone prioritaire du SROS	7	38,9	5	27,8	3	16,7	0	0,0	0	0,0	2	11,1	0	0,0	1	5,6	18	100,0
Total des CDS pluriprofessionnels	234	39,9	135	23,0	105	17,9	42	7,2	32	5,5	18	3,1	12	2,0	8	1,4	586	100,0

Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) ; note : (1) les informations de ce tableau relatives à la localisation géographique des CDS sont saisies par les ARS ; certaines saisies, telles l'identification des quartiers prioritaires de la politique de la ville, sont entachées d'erreurs ou sont incomplètes ;

4.2 Un degré de précarité sociale de la patientèle très variable selon les centres, mais globalement élevé voire très élevé pour certains centres

Les données fournies dans la plateforme e-CDS par les services de la CNAM sur le nombre de patients prise en charge par les centres de santé qui sont bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) ainsi que le nombre de ceux bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME)³⁵, rapportés à la file active « médecins généralistes » annuelle des centres³⁶, permettent d'appréhender, en première analyse, dans quelle mesure les CDS prennent en charge des publics socialement défavorisés³⁷.

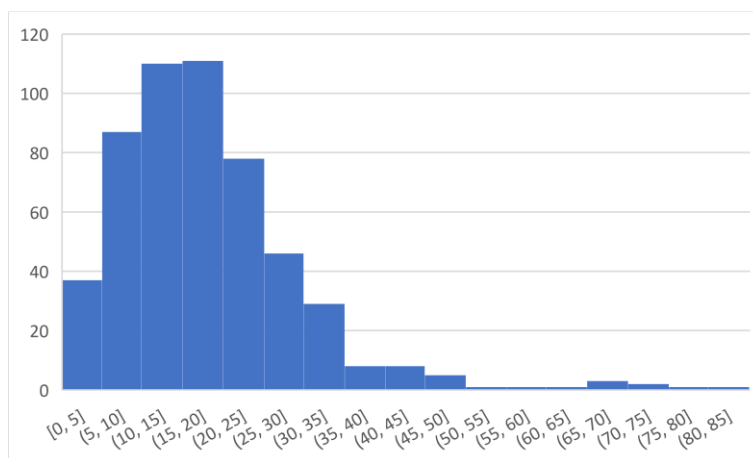
Les graphiques 14, 15, 16 qui suivent montrent comment les CDS pluriprofessionnels en activité en 2022 se répartissent selon la valeur de leur « taux de patientèle C2S » et leur « taux de patientèle AME », ainsi que leur « taux de patientèle (regroupée) C2S et AME » pour l'année 2022.

³⁵ Selon les services de la CNAM, ces données sur le nombre de patients bénéficiaires de la C2S et le nombre de ceux bénéficiaires de l'AME sont issues du SNDS.

³⁶ La notion de file active « médecin généraliste » retenue pour les données collectées dans e-CDS correspond à la définition retenue dans l'accord national des centres de santé.

³⁷ S'agissant des caractéristiques de la patientèle prise en charge par les CDS et de leurs conséquences sur l'activité et la situation économique des centres, la mission a relevé que les données fournies par la CNAM dans e-CDS sur le nombre de patients en affection de longue durée (ALD) pris en charge par les centres sont très parcellaires et franchement erronés pour certains CDS. Les informations qui figurent dans la plateforme suggèrent que ces données ne sont fournies de manière systématique et exploitables que pour les CSI (la mention suivante apparaît dans la sous-rubrique « Patientèle » de la rubrique « Informations à caractère générale : « Le nombre de patients en ALD n'est indiqué que pour les centres de santé infirmiers »).

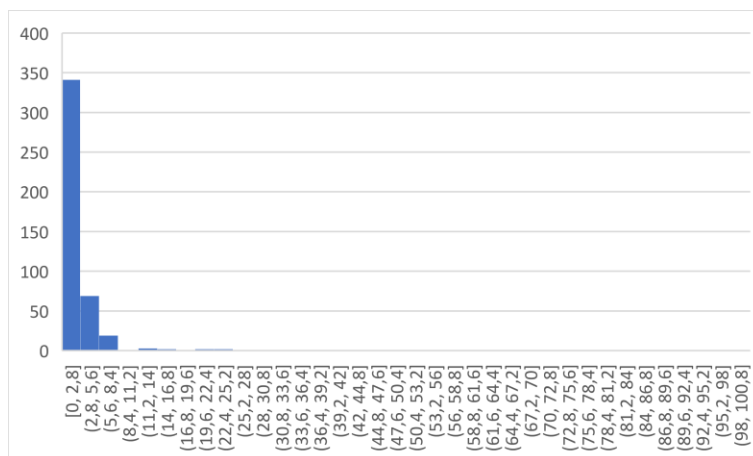
Graphique 14 : Répartition des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé selon le taux de patientèle C2S en 2022 en %



Source : e-CDC ; 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 ;

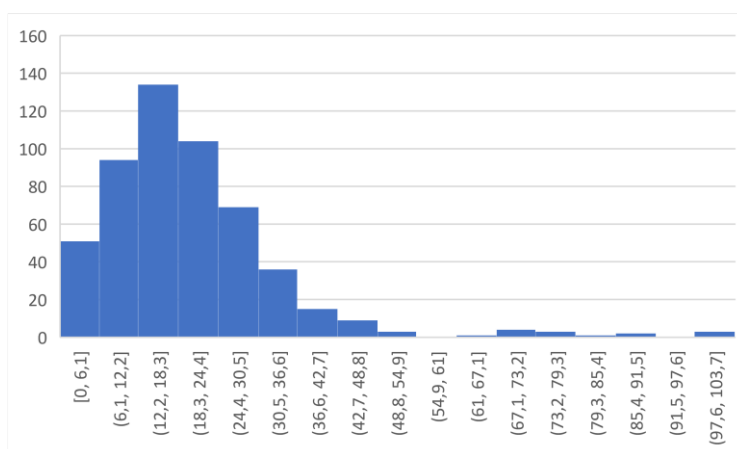
Graphique 15 : Répartition des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé selon le taux de patientèle AME en 2022 en %



Source : e-CDC ; 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 ;

Graphique 16 : Répartition des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé selon le taux de patientèle C2S et AME en % en 2022



Source : e-CDC ; 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 ;

Alors que les taux moyens nationaux de patientèles C2S et AME, à 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, étaient respectivement de 9,6 % et de 0,4 % en 2022³⁸, soit un taux moyen national global de patientèle C2S et AME de 10,0 %, les données issues de la plateforme montrent qu'une part importante des CDS pluriprofessionnels prennent en charge des populations socialement défavorisées au sens où ils ont des taux patientèle C2S et AME nettement supérieurs au taux moyen national.

Ces données montrent en outre que le degré de précarité sociale des populations prises en charge par les CDS pluriprofessionnels – mesuré par cet indicateur de taux de patientèle C2S et AME - varie beaucoup selon les centres avec notamment :

- D'un côté, une part conséquente de centres qui ont un taux de patientèle C2S et AME très élevé, supérieur dans des proportions très importantes au taux moyen national ;
- De l'autre une part modeste, mais non négligeable, des centres qui ont un taux de patientèle C2S et AME inférieur au taux moyen national, une partie d'entre eux ayant un taux très inférieur à ce dernier.

Eu égard à la diversité de la situation des CDS et au fait que certaines données de patientèle C2S de la CNAM, apparaissent pour certaines extrêmement très élevées pour d'autres extrêmement basses, ce qui peut interroger sur la qualité de celles-ci, la mission a procédé à une analyse plus

³⁸ Selon les données de la CNAM, le taux moyen national de patientèle C2S a augmenté nettement ces dernières années : 9,6 % en 2022, contre 7,5 % en 2016, tandis que le taux moyen national de patientèle AME est resté stable à 0,4 %.

fine que des « calculs de moyennes » de la distribution des CDS au regard de leur taux de patientèle C2S et AME (tableaux 58 à 61).

Cette analyse fait ressortir les principaux points suivants (tableau 58).

- En moyenne, les CDS pluriprofessionnels en activité en 2022 avaient un taux de patientèle C2S et AME de 18,2 % (chiffre obtenu sur la base d'une agrégation des patientèles des centres)³⁹, soit un taux près de deux fois supérieur au taux moyen national⁴⁰.
- Au-delà de ces moyennes, l'analyse révèle que le taux médian de patientèle C2S et AME était de 17,2 % en 2022 (une moitié des centres avaient un taux supérieur ou égal à ce seuil, une autre un taux inférieur) et un quart des centres un taux supérieur ou égal à 25,2 % (3^{ème} quartile) ; 10 % des centres avaient même un taux supérieur ou égal à 33,6 % (9^{ème} décile), soit un taux trois fois supérieur au taux moyen national.
- A l'inverse, un quart des centres avaient 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 tel 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.

L'analyse fait en outre apparaître une situation assez contrastée des CDS pluriprofessionnels selon les grandes catégories de gestionnaires de centres (tableaux 58 et 59) :

- Les centres gérés par les associations ont un taux moyen de patientèle C2S et AME voisin de celui de la population totale des centres (18,3 % contre 18,2 %)⁴¹. La distribution de ces centres au regard de l'indicateur de taux de patientèle C2S et AME ne se distingue pas nettement de celle de la population totale des centres, si ce n'est qu'une part d'entre eux ont des taux particulièrement élevés (un quart d'entre eux ont un taux supérieur à 29,3 %, contre 25,2 % pour la population totale des centres).

³⁹ La moyenne arithmétique des taux observés pour l'ensemble des centres, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille, était pour sa part de 20,1 % la même année.

⁴⁰ Ce taux moyen de patientèle C2S et AME des CDS pluriprofessionnels est quasi-identique (18,3 %) si l'on exclut les centres gérés par « d'autres organismes et établissements publics », à savoir essentiellement les « centres de santé universitaires ».

⁴¹ Chiffres moyens obtenus sur la base d'une agrégation des patientèles des centres, comme les autres chiffres moyens qui figurent dans mes paragraphes qui suivent.

- Pami les centres gérés par des associations, il apparait en outre que ceux gérés par des associations reconnues d'utilité publique (telle la Croix-Rouge) ont des taux de patientèle C2S et AME globalement plus élevés que ceux gérés par des associations non reconnues publiques : le taux médian de patientèle C2S et AME des premiers était de 20,1 % en 2022, contre 18,4 % pour les seconds ; en outre, un quart des premiers avaient un taux de patientèle C2S et AME supérieur ou égal à 36,5 % en 2022, ce seuil étant de 28,8 % pour les seconds (tableau 59).
- Les centres gérés par des associations ont un taux moyen de patientèle plus élevé (21,0 %, chiffre calculé sur la base d'une agrégation des patientèles des centres) et leur distribution se distingue plus nettement de celle de la population totale des centres : la moitié d'entre eux avaient un taux de patientèle C2S et AME supérieur à 20,6 % en 2022 (médiane) et 90 % d'entre eux avaient un tel taux supérieur à 9,8 % (1^{er} décile), un seuil voisin du taux moyen national.
- Les centres gérés par des organismes de sécurité sociale ont un taux moyen et un taux médian de patientèle C2S et AME un peu moins élevés que ceux de la population totale des CDS pluriprofessionnels (16,1 % et 15,5 %, contre 18,2 % et 17,2 %). Ils sont moins nombreux (en proportion) à avoir des taux très élevés (un quart d'entre eux avaient un taux supérieur à 20,4 % en 2022, ce seuil étant de 25,2 % pour la population totale des centres).
- Les centres gérés par des organismes mutualistes qui ont aussi un taux moyen de patientèle C2S et AME un peu moins élevé que le taux moyen de la population totale des centres (16,5 % contre 18,2 %) ont une distribution qui diffère de celle de la population totale des centres, en étant plus resserrée. Ils sont un peu moins nombreux (en proportion) à avoir des taux très élevés (un quart d'entre eux ont un taux supérieur à 22,2 %), mais 90 % ont un taux supérieur à 9,4 % contre un tel seuil de 5,9 % pour la population totale des centres.
- Le petit nombre de CDS gérés par des organismes privés à caractère commercial ont un taux moyen et un taux médian de patientèle moins élevés que les catégories (plus nombreuses) précédentes de centres (15,5 % pour les deux taux⁴²), même si la situation de ces centres apparaît également très variable.
- Comme évoqué *supra*, les données confirment enfin que les CDS gérés par d'autres organismes et établissements publics, à savoir essentiellement les « centres universitaires » ont une patientèle particulière, principalement étudiante, avec en conséquence un taux de patientèle C2S et AME comparativement bas par rapport aux autres catégories de centres (12,3 % pour le taux moyen et 13,5 % pour le taux médian).

⁴² Chiffre moyen obtenu sur la base d'une agrégation des patientèles des centres, comme les autres chiffres moyens cités dans les paragraphes précédents

Tableau 58 : Distribution du taux de patientèle C2S et AME des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des CDS par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres en 2022

	Nombre de CDS	Min	Décile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Décile 9	Max
Associations	205	0,0	6,2	11,1	18,4	23,2	29,3	40,3	100,0
Collectivités territoriales	133	2,8	9,8	15,0	20,6	21,7	25,7	35,0	70,1
Organismes de sécurité sociale	93	2,6	5,5	10,0	15,5	15,8	20,4	26,1	44,6
Organismes mutualistes	38	5,1	9,4	12,6	16,3	17,6	22,2	27,8	41,2
Autres organismes et établissements publics	28	2,9	4,5	7,2	13,5	13,8	15,8	26,5	33,5
Autres organismes privés à but non lucratif	16	0,0	0,2	3,2	7,3	11,6	15,8	28,0	37,4
Organismes privés à caractère commercial	11	2,0	5,1	8,0	15,5	14,7	21,8	25,8	26,3
<i>Etablissements publics de santé</i>	7	2,7	3,7	5,8	27,3	21,6	27,7	38,4	53,9
Ensemble des CDS	531	0,0	5,9	11,1	17,2	20,1	25,2	33,6	100,0
Ensemble des CDS hors autres organismes et établissements publics	503	0,0	6,4	11,2	17,8	20,4	25,4	34,1	100,0

Source : e-CDC ; 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 ; définition : le taux de patientèle C2S et AME est défini comme le ratio entre la somme du nombre de patients bénéficiaires de la C2S et du nombre de patients bénéficiaires de l'AME et la file active "médecin généraliste" au sens de l'accord national des centres de santé ;

Lecture : la moitié des CDS de l'échantillon ont un taux de patientèle C2S et AME inférieur ou supérieur à 17,2 % ; un quart de ces CDS ont un ratio supérieur à 25,2 % tandis qu'un quart ont à l'inverse un ratio inférieur à 11,1 % ; avertissement : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les catégories de CDS pour lesquelles le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n'ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

Tableau 59 : Distribution du taux de patientèle C2S et AME des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des CDS par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres en 2022

	Nombre de CDS	Min	Décile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Décile 9	Max
<i>Association de Droit Local</i>	5	12,2	14,5	18,0	19,7	19,2	22,6	23,3	23,7
Association Loi 1901 non Reconnue d'Utilité Publique	165	0,0	6,2	11,0	18,4	22,1	28,8	36,4	100,0
Association Loi 1901 Reconnue d'Utilité Publique	35	2,1	6,3	10,9	20,1	29,1	36,5	77,0	89,0
<i>Autre Collectivité Territoriale</i>	5	4,1	5,8	8,4	9,7	16,5	17,1	32,8	43,3
Autre Etb. Public Local à caractère Administratif	26	2,9	4,5	7,9	13,5	13,4	15,8	21,5	33,5
<i>Autre Organisme Mutualiste</i>	1	8,1	8,1	8,1	8,1	8,1	8,1	8,1	8,1
<i>Autre Société</i>	2	15,5	16,6	18,2	20,9	20,9	23,6	25,2	26,3
Centre Communal Action Sociale	16	5,0	8,6	10,9	16,8	18,5	19,5	33,2	46,7
<i>Comité d'Entreprise et d'Etablissement</i>	3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,4
Commune	98	2,8	12,4	17,9	23,0	22,8	27,1	34,0	46,2
Département	13	7,1	8,1	12,3	14,4	19,0	19,3	24,1	70,1
<i>Etablissement Public Communal d'Hospitalisation</i>	2	2,7	5,2	9,0	15,3	15,3	21,7	25,5	28,0
<i>Etablissement Public Départemental d'Hospitalisation</i>	1	27,4	27,4	27,4	27,4	27,4	27,4	27,4	27,4
<i>Etablissement Public Intercommunal d'Hospitalisation</i>	2	7,2	9,2	12,2	17,2	17,2	22,2	25,3	27,3
<i>Etablissement Public Interdépartemental d'Hospitalisation</i>	1	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4
<i>Etablissement Public Régional d'Hospitalisation</i>	1	53,9	53,9	53,9	53,9	53,9	53,9	53,9	53,9
<i>Etablissement Social et Médico-Social Départemental</i>	1	30,1	30,1	30,1	30,1	30,1	30,1	30,1	30,1
<i>Etb. Public Industriel et Commercial National</i>	1	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
Fondation	13	2,4	4,1	7,0	9,3	14,2	19,3	29,6	37,4
<i>Groupement d'Intérêt Public (G.I.P.)</i>	1	17,1	17,1	17,1	17,1	17,1	17,1	17,1	17,1
<i>Régime Général de Sécurité Sociale</i>	5	14,6	15,3	16,4	24,7	25,3	26,1	37,2	44,6
Régime Spécial de Sécurité Sociale	88	2,6	5,3	9,6	15,2	15,2	20,1	25,2	32,1
Société Mutualiste	37	5,1	9,7	12,8	16,4	17,8	22,2	27,9	41,2
<i>Société par Actions Simplifiée (S.A.S.)</i>	9	2,0	4,5	5,7	11,0	13,4	19,9	24,1	25,8
Ensemble des CDS	531	0,0	5,9	11,1	17,2	20,1	25,2	33,6	100,0
Ensemble des CDS hors autres organismes et établissements publics	503	0,0	6,4	11,2	17,8	20,4	25,4	34,1	100,0

Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent

Les différences précédemment relevées selon les catégories de gestionnaires de centres tiennent naturellement pour partie à l'implantation géographique des centres (Cf les parties 2.4 et 4.1 *infra*).

La distribution des CDS pluriprofessionnels au regard de leur taux de patientèle C2S et AME varie ainsi nettement selon les régions et les départements (tableaux 60 et 61), 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 apparaissent plus élevés dans l'ensemble, en Auvergne-Rhône-Alpes, en Ile-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur, et à l'inverse nettement plus bas en Bourgogne-Franche-Comté, en Bretagne et en Nouvelle Aquitaine, et surtout dans le Grand-Est et la région Pays-de-Loire⁴³.
- Parmi les départements qui comptent le plus de CDS pluriprofessionnels en activité en 2022, 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, avec un taux médian à 15,1 % en 2022, une grande majorité d'entre eux (près des trois quarts) ayant toutefois un taux de patientèle C2S et AME supérieur au taux moyen national pour l'ensemble des médecins généralistes exerçant en libéral ou en centres de santé (10,0 %).

⁴³ Les chiffres concernant un centre implanté à Mayotte apparaissent erronés et à tout le moins ne semblent pas informer sur le degré de précarité sociale de la patientèle prise en charge par le centre en question.

Tableau 60 : Distribution du taux de patientèle C2S et AME des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des CDS par régions en 2022

	Nombre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Île-de-France	226	0,0	9,2	13,2	19,4	20,5	25,3	32,4	100,0
Hauts-de-France	71	2,6	10,5	14,5	17,0	19,9	23,0	26,7	75,0
Auvergne-Rhône-Alpes	42	2,1	5,5	11,1	22,4	23,5	30,5	39,0	86,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	33	0,4	3,7	12,8	19,1	22,2	30,9	38,3	68,5
Occitanie	30	5,1	8,8	11,9	16,2	23,7	26,9	42,0	99,2
Grand Est	30	0,0	3,6	5,5	10,2	12,0	17,5	22,2	28,4
Bourgogne-Franche-Comté	23	3,0	5,0	8,3	13,3	17,3	16,2	20,7	78,3
Nouvelle Aquitaine	22	5,3	7,1	9,3	12,8	15,3	15,9	29,2	37,1
Pays de la Loire	19	2,7	2,9	3,7	7,3	12,1	15,6	28,2	46,7
Bretagne	15	6,2	6,8	7,3	12,8	28,3	38,7	75,0	99,7
<i>Normandie</i>	<i>9</i>	<i>4,6</i>	<i>6,4</i>	<i>7,1</i>	<i>15,7</i>	<i>18,4</i>	<i>23,9</i>	<i>36,6</i>	<i>42,0</i>
<i>Centre-Val de Loire</i>	<i>5</i>	<i>5,7</i>	<i>10,3</i>	<i>17,1</i>	<i>35,9</i>	<i>28,9</i>	<i>39,9</i>	<i>43,4</i>	<i>45,8</i>
<i>Guadeloupe</i>	<i>2</i>	<i>13,3</i>	<i>14,6</i>	<i>16,4</i>	<i>19,6</i>	<i>19,6</i>	<i>22,7</i>	<i>24,6</i>	<i>25,8</i>
<i>La Réunion</i>	<i>2</i>	<i>24,9</i>	<i>25,7</i>	<i>27,0</i>	<i>29,1</i>	<i>29,1</i>	<i>31,2</i>	<i>32,4</i>	<i>33,3</i>
<i>Martinique</i>	<i>1</i>	<i>33,3</i>	<i>33,3</i>	<i>33,3</i>	<i>33,3</i>	<i>33,3</i>	<i>33,3</i>	<i>33,3</i>	<i>33,3</i>
<i>Mayotte</i>	<i>1</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>
Ensemble des CDS	531	0,0	5,9	11,1	17,2	20,1	25,2	33,6	100,0
Ensemble des CDS hors autres organismes et établissements publics	503	0,0	6,4	11,2	17,8	20,4	25,4	34,1	100,0

Source : e-CDC ; 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 ; définition : le taux de patientèle C2S et AME est défini comme le ratio entre la somme du nombre de patients bénéficiaires de la C2S et du nombre de patients bénéficiaires de l'AME et la file active "médecin généraliste" au sens de l'accord national des centres de santé ;

Lecture : la moitié des CDS d'Île-de-France ont un taux de patientèle C2S et AME inférieur ou supérieur à 19,4 % ; un quart de ces CDS ont un ratio supérieur à 25,3 % tandis qu'un quart ont à l'inverse un ratio inférieur à 13,2 % ; avertissement : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les catégories de CDS pour lesquelles le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n'ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

Tableau 61 : Distribution du taux de patientèle C2S et AME des CDS pluriprofessionnels CDS médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des CDS par départements pour les 30 départements comptant le plus grand nombre de CDS en 2022

	Nombre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Paris	68	4,6	7,3	9,9	15,1	16,5	23,0	26,4	43,3
Seine-Saint-Denis	59	12,6	18,1	23,0	25,9	27,6	32,8	38,1	49,1
Pas-de-Calais	37	5,3	10,3	14,3	15,9	16,9	20,0	25,4	27,9
Hauts-de-Seine	35	0,0	9,6	12,0	16,4	15,7	19,5	23,2	26,4
Nord	30	2,6	11,8	15,3	20,1	22,0	25,6	30,2	71,8
Val de Marne	30	5,1	14,8	17,7	20,5	23,4	24,3	30,5	89,0
Bouches-du-Rhône	24	0,4	5,5	12,9	23,6	24,9	34,3	43,1	68,5
Moselle	13	3,6	3,8	6,4	9,7	11,2	16,8	19,3	23,7
Isère	12	4,9	5,7	12,5	28,7	23,7	32,0	34,2	39,2
Val d'Oise	11	5,5	8,4	14,5	16,8	17,3	21,5	24,0	30,8
Rhône	10	10,6	13,0	15,7	23,9	26,2	35,7	42,6	44,6
Yvelines	10	3,8	4,4	10,6	14,1	14,7	20,0	21,6	29,7
Sône-et-Loire	8	4,2	7,7	12,1	13,9	13,7	16,6	19,5	20,7
Gard	8	11,8	14,2	16,5	19,4	22,3	24,7	34,8	41,2
Loire-Atlantique	8	3,0	3,3	3,4	7,1	10,3	11,3	23,3	29,7
Drôme	8	5,6	8,9	12,2	23,1	26,3	24,3	43,9	86,4
Essonne	7	0,0	6,6	15,2	24,6	29,8	26,9	57,3	100,0
Finistère	6	6,6	6,8	8,4	15,0	31,8	53,9	73,5	80,9
Seine-et-Marne	6	2,4	3,3	5,3	10,6	11,7	14,5	21,3	27,4
Haute-Garonne	6	5,1	8,8	12,7	15,1	24,9	25,3	50,8	73,5
Meurthe-et-Moselle	6	0,0	2,5	6,0	10,0	12,4	18,5	24,8	28,4
Ille-et-Vilaine	6	7,4	8,5	10,2	12,8	32,8	44,2	77,1	99,7
Gironde	5	9,1	9,4	9,8	13,9	12,3	14,0	14,3	14,5
Hérault	5	13,4	17,2	22,9	23,3	41,4	48,1	78,8	99,2
Seine-Maritime	5	4,6	9,1	15,7	23,9	24,3	35,3	39,3	42,0
Bas-Rhin	4	7,8	10,3	14,1	17,1	16,2	19,2	21,2	22,6
Doubs	4	3,0	3,6	4,4	5,1	7,1	7,7	12,1	15,0
Vendée	4	2,7	2,7	2,7	3,3	3,3	3,9	3,9	4,0
Alpes-Maritimes	4	13,2	13,4	13,9	16,6	19,9	22,6	28,9	33,1
Sarthe	4	9,6	9,6	9,7	16,1	17,4	23,8	26,2	27,8
Ensemble des CDS	531	0,0	5,9	11,1	17,2	20,1	25,2	33,6	100,0
Ensemble des CDS hors autres organismes et établissements publics	503	0,0	6,4	11,2	17,8	20,4	25,4	34,1	100,0

Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent

4.3 La pratique du tiers payant sur la partie complémentaire pour 83 % des CDS pluriprofessionnels en 2022, un chiffre qui varie toutefois selon les types de gestionnaires

Selon les informations fournies par les centres dans la plateforme e-CDS, une très grande majorité des CDS pluriprofessionnels (près de 82 % en 2022) apportent une aide à l'ouverture des droits à la sécurité sociale pour les patients qui en ont besoin (tableau 62). C'est le cas de la totalité des centres gérés par des organismes de sécurité sociale et la quasi-totalité des centres gérés par des organismes mutualistes, mais d'un peu moins des trois quart seulement des centres gérés par des

associations et des deux tiers seulement des entres gérés par des organismes privés à but non lucratif.

Parallèlement, une très grande majorité des centres assurent également le tiers payant sur la partie des frais devant être pris en charge par les organismes complémentaires (83 % en 2022) – ils pratiquent ainsi le « tiers payant intégral ». C’est le cas de la totalité des centres gérés par des organismes mutualistes, de 85 % des centres gérés par des organismes de sécurité sociale et de 84 % des centres gérés respectivement par des collectivités territoriales et des associations, mais d’une part nettement moins élevée des centres gérés par des organismes privés : une moitié du petit nombre de centres gérés par des organismes privés à caractère commercial et les deux tiers des centres gérés par d’autres organismes privés à caractère non lucratif.

Tableau 62 : Nombre et part des CDS pluriprofessionnels assurant une aide à l’ouverture de droits et le tiers payant sur la part complémentaire par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres en 2022

	Associations		Collectivités territoriales		Organismes de sécurité sociale		Organismes mutualistes		Autres organismes et établissements publics		Autres organismes privés à but non lucratif		Organismes privés à caractère commercial		Etablissements publics de santé		Total	
	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %
Aide à l'ouverture des droits	173	74,2	107	79,3	105	100,0	41	97,6	26	81,3	12	66,7	8	66,7	6	75,0	478	81,7
Gestion du tiers payant complémentaire	195	83,7	113	83,7	89	84,8	42	100,0	25	78,1	12	66,7	6	50,0	4	50,0	486	83,1
Total des CDS	233	100,0	135	100,0	105	100,0	42	100,0	32	100,0	18	100,0	12	100,0	8	100,0	585	100,0

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

4.4 Des plages horaires d’ouverture des CDS pluriprofessionnels étendues, en lien avec les exigences de l’accord national des centres de santé, mais d’une amplitude variable selon les centres

Les CDS pluriprofessionnels 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 »).

Les données issues d’e-CDS montrent que la part des centres qui disposent d’une dérogation de l’ARS à cet égard est limitée : de l’ordre d’un cinquième en 2022 (tableau 63). Cette part est comparativement élevée pour les CDS gérés par des organismes de sécurité sociale (55 %), à savoir essentiellement ceux gérés par le groupe de santé FILIERIS qui sont généralement de petite taille. A l’inverse, cette part était nulle en 2022 pour les CDS gérés par des organismes mutualistes et relativement basse pour ceux gérés par des associations (11 % en 2022).

Tableau 63 : Nombre et part des CDS pluriprofessionnels ayant une dérogation pour le respect de la condition relative aux horaires d'ouverture et par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres en 2022

	Nbre de CDS	CDS ayant une dérogation de l'ARS	
		Nbre	Part en %
Associations	232	26	11,2
Collectivités territoriales	135	24	17,8
Organismes de sécurité sociale	105	58	55,2
Organismes mutualistes	42	0	0,0
Autres organismes et établissements publics	31	5	16,1
Autres organismes privés à but non lucratif	18	4	22,2
Organismes privés à caractère commercial	12	0	0,0
Etablissements publics de santé	8	2	25,0
Total	583	119	20,4

Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées), hors le CDS LIVI et deux centres pour lesquels les informations relatives à la dérogation ne sont pas fournies ;

Selon les données issues d'e-CDS, la durée médiane d'ouverture des centres par semaine était de 53 heures en 2022, un quart des centres étant ouverts plus de 60 heures par semaine tandis qu'un autre quart étaient ouverts moins de 44 heures par semaine (tableau 64). En lien avec les constats précédents, les plages d'ouverture hebdomadaire des centres apparaissent comparativement réduites pour les centres gérés par des organismes de sécurité sociale et comparativement étendues pour ceux gérés par les organismes mutualistes et ceux gérés par des associations.

Tableau 64 : Distribution des CDS pluriprofessionnels selon le nombre d'heures d'ouverture par semaine et par grandes catégories de statut juridique de gestionnaires de centres en 2022

	Nbre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Associations	233	0,0	42,6	50,0	59,0	58,0	65,0	73,9	101,5
Collectivités territoriales	135	17,0	42,9	48,5	52,5	52,8	57,6	61,3	106,4
Organismes de sécurité sociale	105	8,5	40,0	44,0	44,0	44,4	45,0	53,6	70,0
Organismes mutualistes	42	45,0	49,6	55,0	57,5	57,6	60,8	64,0	86,3
Autres organismes et établissements publics	32	0,0	37,5	40,0	42,5	45,8	45,0	54,2	167,9
Autres organismes privés à but non lucratif	18	19,0	21,6	41,8	53,0	49,5	60,9	65,9	68,0
Organismes privés à caractère commercial	12	43,5	44,8	48,3	51,3	54,5	56,9	64,9	80,5
<i>Etablissements publics de santé</i>	8	35,0	36,8	45,0	59,0	53,5	61,2	64,5	65,5
Ensemble des CDS	585	0,0	41,0	44,0	53,0	53,3	60,0	66,0	167,9

Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées), hors le CDS LIVI ;
Lecture : la moitié des CDS ouvrent au moins (ou au plus) 53 heures chaque semaine ; un quart ouvrent plus de 60 heures tandis qu'un autre quart ouvrent moins de 44 heures par semaine ; avertissement : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les catégories de CDS pour lesquelles le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n'ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

En lien également avec les dispositions de l'accord national des centres de santé qui conditionnent le versement de la rémunération forfaitaire à l'organisation d'un accès à des soins non programmés, la quasi-totalité des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national déclarent offrir un accès à des soins non programmés chaque jour ouvré (98 % en 2022) (tableau 65). Un cinquième des centres ont déclaré avoir participé à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre de la régulation du service d'accès aux soins (SAS) en 2022⁴⁴. Un cinquième des centres ont également déclaré s'être organisés pour participer au SAS et prendre en charge toutes les sollicitations de son régulateur en 2022. Ces pourcentages varient toutefois selon les grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres (tableau 65).

Tableau 65 : Nombre et part des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé assurant une prise en charge de soins non programmés par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres en 2022

	Nbre de CDS	Offre d'un accès à des SNP chaque jour ouvré		Participation à une organisation proposant la prise en charge de SNP dans le cadre de la régulation du SAS		Participation au SAS et prise en charge toutes les sollicitations du régulateur du SAS	
		Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %
Associations	212	204	96,2	56	26,4	63	29,7
Collectivités territoriales	133	132	99,2	18	13,5	30	22,6
Organismes de sécurité sociale	105	105	100,0	1	1,0		0,0
Organismes mutualistes	38	38	100,0	24	63,2	6	15,8
Autres organismes et établissements publics	30	29	96,7	4	13,3	3	10,0
Autres organismes privés à but non lucratif	16	16	100,0	4	25,0	4	25,0
Organismes privés à caractère commercial	12	12	100,0	5	41,7	7	58,3
Etablissements publics de santé	7	6	85,7	2	28,6	3	42,9
Total	553	542	98,0	114	20,6	116	21,0

Source : e-CDS, 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, hors le CDS LIVI ;

⁴⁴ Selon les indications fournies par la plateforme e-CDS : « (l) centre de santé doit avoir un agenda ouvert au public ou partagé avec le SAS permettant la réservation de RDV en ligne de patients non connus par le médecin, avec un minimum de 2 heures ouvertes/ETP médecin généraliste par semaine et être inscrit sur la plateforme nationale SAS dans un territoire où le SAS est opérationnel ou participer à un SAS opérationnel ».

4.5 Une organisation avec des antennes territoriales pour certains CDS pluriprofessionnels, des actions innovantes, une participation peu fréquente à la permanence des soins

4.5.1 6 % des CDS pluriprofessionnels organisés avec une ou plusieurs antennes locales en 2022

Selon les données issues d'e-CDS, 6 % des CDS pluriprofessionnels en activité en 2022 (35 centres parmi les 585 centres pluriprofessionnels identifiés, hors le CDS LIVI) disposaient d'une ou plusieurs antennes locales pour offrir des soins au plus près des populations (tableau 66). Ces centres avaient le plus souvent une seule antenne locale, mais un très petit nombre de centres gérés par des collectivités territoriales en comptaient entre 3 et 6. Parmi ceux-ci, les centres territoriaux composant le centre départemental de santé de Saône-et-Loire avaient un total de 20 antennes en 2022, 4 de ces centres ayant au moins 3 antennes et 2 ayant jusqu'à 6 antennes locales.

La part des centres disposant d'une ou plusieurs antennes locales varie selon les grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres et selon les régions (tableaux 66 et 67).

Tableau 66 : Nombre et part des CDS pluriprofessionnels ayant des antennes locales par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres en 2022

	Nbre de CDS	Nbre de CDS ayant une antenne	Part des CDS ayant une antenne en %	Nbre de CDS selon le nombre d'antennes					
				1	2	3	4	5	6
Associations	233	6	2,6	5	1				
Collectivités territoriales	135	10	7,4	3	1	1	2	3	3
Organismes de sécurité sociale	105	10	9,5	8	2				
Organismes mutualistes	42	3	7,1	3					
Autres organismes et établissements publics	32	2	6,3	1	1				
Autres organismes privés à but non lucratif	18	2	11,1	1	1				
Organismes privés à caractère commercial	12	1	8,3	1					
Etablissements publics de santé	8	1	12,5	1					
Total	585	35	6,0	23	6	1	2	3	3

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

Tableau 67 : Nombre et part des CDS pluriprofessionnels ayant des antennes locales par régions en 2022

	Nbre de CDS	Nbre de CDS ayant une antenne	Part des CDS ayant une antenne en %	Nbre de CDS selon le nombre d'antennes					
				1	2	3	4	5	6
Île-de-France	232	6	2,6	5			1		
Hauts-de-France	77	8	10,4	6	2	0	0		
Auvergne-Rhône-Alpes	57	2	3,5	2	0	0	0		
Grand Est	39	1	2,6	1	0	0	0		
Provence-Alpes-Côte d'Azur	39	0	0,0	0	0	0	0		
Occitanie	31	5	16,1	4	1	0	0		
Nouvelle Aquitaine	26	3	11,5	1	1	0	0		1
Bourgogne-Franche-Comté	26	7	26,9	3	0	1	1		2
Pays de la Loire	21	2	9,5	1	1	0	0		
Bretagne	15	0	0,0	0	0	0	0		
Normandie	10	1	10,0	0	1	0	0		
Ensemble des régions	585	35	6,0	23	6	1	2	0	3

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

4.5.2 Une activité de télémédecine dans un peu plus de la moitié des centres, un très petit nombre de centres participant à des projets de recherche en soins primaires

Un peu plus de la moitié des CDS pluriprofessionnels (55,4 % en 2022) avaient une activité de télémédecine 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 (tableau 68).

Le nombre de centres participant à un projet de recherche en soins primaires est pour sa part limité : 32 centres, soit 5,5 % de l'ensemble des CDS pluriprofessionnels en activité en 2022.

Tableau 68 : Nombre et part des CDS pluriprofessionnels mettant en œuvre des actions innovantes en 2022, par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres

	Associations		Collectivités territoriales		Organismes de sécurité sociale		Organismes mutualistes		Autres organismes et établissements publics		Autres organismes privés à but non lucratif		Organismes privés à caractère commercial		Etablissement s publics de santé		Total	
	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %
Télémédecine																		
Activité déjà présente	102	43,8	70	51,9	96	91,4	30	71,4	6	18,8	11	61,1	6	50,0	3	37,5	324	55,4
En cours de mise en œuvre	20	8,6	8	5,9	2	1,9	1	2,4	1	3,1	0	0,0	4	33,3	0	0,0	32	5,5
En projet	20	8,6	11	8,1	2	1,9	3	7,1	5	15,6	1	5,6	2	16,7	2	25,0	48	8,2
Participation à un programme de recherche en soins primaires																		
	7	3,0	20	14,8	0	0,0	0	0,0	1	3,1	0	0,0	2	16,7	2	25,0	32	5,5
Total des CDS	233	100,0	135	100,0	105	100,0	42	100,0	32	100,0	18	100,0	12	100,0	8	100,0	585	100,0

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

4.5.3 Une participation à la permanence des soins ambulatoires médicale pour un tiers seulement des CDS pluriprofessionnels

Selon les données d'e-CDS, un tiers seulement des CDS pluriprofessionnels ont déclaré avoir participé à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) - la nuit, les week-ends et les jours fériés - en 2022 (tableau 69). La PDSA était organisée au sein du centre pour 20 % des CDS et en dehors de celui-ci pour près de 14 % des CDS.

Ces chiffres varient toutefois fortement selon les grandes catégories de gestionnaires de centre. Si près de 9 centres sur 10 gérés par des organismes de sécurité sociale ont déclaré avoir participé à la PDSA en 2022, c'est le cas d'un quart seulement de ceux gérés respectivement par des associations et des collectivités territoriales et d'une très faible part de ceux gérés par des organismes mutualistes (7 %).

Selon leurs déclarations, seuls 3,5 % des CDS pluriprofessionnels avaient un statut de maison médicale de garde en 2022⁴⁵.

Dans le même temps, 11,5 % de l'ensemble des CDS pluriprofessionnels ont déclaré avoir participé à la permanence des soins dentaires en 2022, soit 30 % des 224 centres ayant dispensé des soins dentaires en 2022 (Cf. la partie 2.6 supra).

Tableau 69 : Nombre et part des CDS pluriprofessionnels participant à la permanence des soins la nuit, le week-end et les jours fériés en 2022, par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres

	Associations		Collectivités territoriales		Organismes de sécurité sociale		Organismes mutualistes		Autres organismes et établissements publics		Autres organismes privés à but non lucratif		Organismes privés à caractère commercial		Etablissements publics de santé		Total	
	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %
Participant à la PDSA	57	24,5	35	25,9	92	87,6	3	7,1	2	6,3	0	0,0	4	33,3	5	62,5	198	33,8
Organisée au sein du centre	44	18,9	9	6,7	58	55,2	0	0,0	2	6,3	0	0,0	3	25,0	2	25,0	118	20,2
Organisée en dehors du centre	13	5,6	26	19,3	34	32,4	3	7,1	0	0,0	0	0,0	1	8,3	3	37,5	80	13,7
Participant à la PDS dentaire	34	14,6	8	5,9	6	5,7	14	33,3	0	0,0	3	16,7	2	16,7	0	0,0	67	11,5
Organisée au sein du centre	32	13,7	3	2,2	6	5,7	14	33,3	0	0,0	3	16,7	2	16,7	0	0,0	60	10,3
Organisée en dehors du centre	2	0,9	5	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,2
Maison médicale de garde	5	2,1	10	7,4	2	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7	1	12,5	20	3,4
Total des CDS	233	100,0	135	100,0	105	100,0	42	100,0	32	100,0	18	100,0	12	100,0	8	100,0	585	100,0

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

⁴⁵ Une maison médicale de garde est un lieu fixe de consultations aux horaires de permanence des soins. Son accès est régulé, c'est-à-dire accessible seulement après un appel au n°15 ou au numéro spécifique de permanence des soins et d'un échange avec un médecin régulateur. Elle fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractualisé avec l'ARS.

4.6 La mise en œuvre de visites à domicile dans une moitié des CDS pluriprofessionnels et des facilités d'accueil pour les personnes en situation de handicap

Selon les déclarations des centres dans la plateforme e-CDS, un peu plus de la moitié des CDS pluriprofessionnels (52,5 %) ont assuré des visites de médecins au domicile de certains patients en 2022 et près de quatre sur dix des visites à domicile d'infirmières (près de 37,5 %) (tableau 70).

Ces chiffres varient toutefois fortement selon les grandes catégories de gestionnaires de centres. Si la quasi-totalité des centres gérés par des organismes de sécurité sociale (près de 93,5 %) et une très grande majorité de centres gérés par des collectivités territoriales (70,5 %) assurent de telles visites à domicile de médecins, seule une minorité de centres gérés par des associations en assuraient en 2022 (30,5 %). Alors que 9 centres sur 10 gérés par des organismes de sécurité sociale et que près de 4 centres sur 10 gérés par des collectivités territoriales assuraient des visites à domicile d'infirmières en 2022, un peu moins d'un quart des CDS gérés par des associations en assuraient la même année.

Tableau 70 : Nombre et part des CDS pluriprofessionnels assurant des visites à domicile par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres en 2022

	Associations		Collectivités territoriales		Organismes de sécurité sociale		Organismes mutualistes		Autres organismes et établissements publics		Autres organismes privés à but non lucratif		Organismes privés à caractère commercial		Etablissements publics de santé		Total	
	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %
Visites à domicile de médecins	71	30,5	95	70,4	98	93,3	19	45,2	2	6,3	7	38,9	8	66,7	7	87,5	307	52,5
Visites à domicile d'infirmières	54	23,2	53	39,3	96	91,4	8	19,0	1	3,1	3	16,7	3	25,0	1	12,5	219	37,4
Visites à domiciles de kinés	11	4,7	12	8,9		0,0	1	2,4		0,0		0,0	1	8,3		0,0	25	4,3
Visites à domicile d'autres professionnels	49	21,0	28	20,7	6	5,7	8	19,0	1	3,1	2	11,1	2	16,7	1	12,5	97	16,6
Total des CDS	233	100,0	135	100,0	105	100,0	42	100,0	32	100,0	18	100,0	12	100,0	8	100,0	585	100,0

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

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. Un peu plus de la moitié des centres ont déclaré avoir un dispositif de consultations adapté aux personnes en situation de handicap physique en 2022 et près de trois sur dix un dispositif adapté respectivement au handicap sensoriel et au handicap mental (tableau 71). Quatre sur dix ont indiqué disposer 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 respectivement un handicap sensoriel ou un handicap mental, et un peu plus d'un quart pour la prise en charge de celles ayant un handicap psychique ou cognitif. Ces proportions varient sensiblement selon les grandes catégories de gestionnaires de centres.

Tableau 71 : Nombre et part des CDS pluriprofessionnels ayant des dispositifs adaptés et des personnels formés à la prise en charge des personnes en situation de handicap par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres en 2022

	Associations		Collectivités territoriales		Organismes de sécurité sociale		Organismes mutualistes		Autres organismes et établissements publics		Autres organismes privés à but non lucratif		Organismes privés à caractère commercial		Etablissements publics de santé		Total	
	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %	Nbre de CDS	Part en %
<u>Existence d'un dispositif de consultation adapté aux différents types de handicap</u>																		
Handicap physique	138	59,2	55	40,7	83	79,0	20	47,6	16	50,0	10	55,6	0,0	0,0	0,0	0,0	325	55,6
Handicap sensoriel	97	41,6	41	30,4	0,0	0,0	14	33,3	14	43,8	6	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	175	29,9
Handicap mental	92	39,5	37	27,4	0,0	0,0	11	26,2	14	43,8	5	27,8	1	8,3	1	12,5	163	27,9
<u>Personnels formés à la prise en charge des différents types de handicap</u>																		
Handicap physique	121	51,9	54	40,0	16	15,2	13	31,0	17	53,1	6	33,3	2	16,7	2	25,0	231	39,5
Handicap sensoriel	99	42,5	44	32,6	2	1,9	14	33,3	14	43,8	6	33,3	1	8,3	1	12,5	182	31,1
Handicap mental	94	40,3	47	34,8	16	15,2	10	23,8	15	46,9	7	38,9	1	8,3	1	12,5	192	32,8
Handicap psychique	72	30,9	42	31,1	16	15,2	12	28,6	15	46,9	7	38,9	1	8,3	1	12,5	167	28,5
Handicap cognitif	71	30,5	39	28,9	16	15,2	10	23,8	15	46,9	7	38,9	1	8,3	1	12,5	162	27,7
Total des CDS	233	100,0	135	100,0	105	100,0	42	100,0	32	100,0	18	100,0	12	100,0	8	100,0	585	100,0

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

4.7 Une file active « médecin généraliste » et un volume de patientèle « médecin traitant » très variables selon les centres

Une exploitation des données d'e-CDS de file active « médecin généraliste »⁴⁶ (« MG »), rapportées aux données d'ETP annuels de médecins généralistes (hors les médecins à exercice particulier, MEP)⁴⁷ fait apparaître une file active « médecin généraliste » par ETP annuel de médecins généralistes très variable selon les CDS pluriprofessionnels (tableau 72).

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 médecins employés dans l'année, la file active des centres qui reçoivent un plus grand nombre de patients de manière ponctuelle ou relativement ponctuelle dans l'année est mécaniquement rehaussée par rapport à ceux qui peuvent jouer un rôle de médecin traitant pour une plus grande part de leurs patients, ce qui les amène à accueillir ceux-ci à plusieurs reprises dans l'année.

Selon les calculs de la mission, le ratio moyen de file active MG par ETP annuel de médecins généralistes s'est établi à 2 197 pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé, pris de manière agrégée⁴⁸, et à 2 289 hors ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics, à savoir essentiellement les « centres universitaires » qui ont un objet et des modalités de fonctionnement particuliers. Ces chiffres sont

⁴⁶ A savoir le nombre de patients différents (tout âge confondu) vus dans l'année par les médecins salariés généralistes de chaque centre.

⁴⁷ Dans e-CDS, les données de file active sont fournies par la CNAM tandis que les données d'ETP annuels des professionnels employés par les centres sont fournies par ceux-ci.

⁴⁸ Pour l'ensemble des centres pour lesquels les données de file active « MG » sont fournies et non nulles.

toutefois affectés, dans une mesure que la mission n’a pu évaluer, par certaines valeurs extrêmes pouvant refléter des erreurs de déclaration de certains centres (concernant leurs ETP annuels).

Le ratio médian de file active MG par ETP annuel de médecins généralistes pour les CDS pluriprofessionnels du même champ s’est établi pour sa part à 1 415 en 2022 et à 1 481 hors ceux gérés par d’autres organismes et établissements publics (tableau 72). Un quart des centres (hors les centres universitaires) avaient une file active MG supérieure ou égale à 2 655 en 2022 et un quart une file active inférieure à 972 la même année. Hormis la particularité des « CDS universitaires », les données d’e-CDS révèlent, dans l’ensemble, une file active MG médiane plus élevée pour les CDS gérés par des organismes mutualistes et, dans une moindre mesure, pour ceux gérés par des associations, des organismes privés à caractère commercial et des organismes privés ou à but non lucratif. A l’inverse, celle-ci est plus basse pour les CDS gérés par des organismes de sécurité sociale et par des collectivités territoriales. Les données varient toutefois fortement au sein de chaque catégorie.

Tableau 72 : Distribution du ratio de la file active « médecin généraliste » rapportée au nombre d’ETP de médecins généralistes employés pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l’accord national des centres de santé par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres en 2022

	Nombre de CDS	Min	Décile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Décile 9	Max
Associations	205	2	413	974	2 103	3 358	4 179	7 072	30 404
Collectivités territoriales	133	412	848	1 012	1 250	1 458	1 595	2 143	11 667
Organismes de sécurité sociale	93	348	662	803	1 048	1 275	1 477	2 145	5 456
Organismes mutualistes	38	1 033	1 616	1 959	2 822	3 132	3 667	4 722	12 099
Autres organismes et établissements publics	28	27	116	358	564	780	967	1 470	3 180
Autres organismes privés à but non lucratif	16	585	1 076	1 549	1 848	2 056	2 543	3 339	3 536
Organismes privés à caractère commercial	11	520	891	1 075	2 031	2 013	2 629	3 816	4 114
<i>Etablissements publics de santé</i>	<i>7</i>	<i>728</i>	<i>740</i>	<i>760</i>	<i>1 045</i>	<i>1 073</i>	<i>1 242</i>	<i>1 450</i>	<i>1 737</i>
Ensemble des CDS	531	2	575	909	1 415	2 268	2 610	4 441	30 404
Ensemble des CDS hors autres organismes et établissements publics	503	2	667	972	1 481	2 351	2 655	4 549	30 404

Source : e-CDC ; 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 ;

Lecture : la moitié des CDS de l’échantillon hors ceux gérés par d’autres organismes et établissements publics ont un ratio de file active « médecin généraliste » rapporté au nombre d’ETP de médecin généralistes employés inférieur ou supérieur à 1 481 ; un quart de ces CDS ont un ratio supérieur à 2 655 tandis qu’un quart ont à l’inverse un ratio inférieur à 972 ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l’ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio pour certaines catégories de centres sont fortement affectées par des données extrêmes reflétant manifestement pour certaines d’entre elles des erreurs de déclaration des centres ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes sont aussi significativement affectées, voire dans certains cas, fortement affectées, par de telles valeurs extrêmes ; par ailleurs, les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les catégories de CDS pour lesquelles le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n’ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

Les comparaisons avec les données 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 2022⁴⁹, à la suite semble-t-il d'une hausse enregistrée ces dernières années⁵⁰. 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 année⁵¹.

Alors que le ratio médian de file active « MG » par ETP annuel de médecins généralistes pour l'ensemble des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé, hors les « centres universitaires, apparaît inférieur de près de 5 % à la valeur médiane de la file active des médecins généralistes installés en 2022, il convient d'interpréter cet écart avec beaucoup de précaution, pour différentes raisons, notamment le caractère imparfait des données d'ETP annuels saisies dans e-CDS, le fait qu'une part des médecins libéraux travaillent à temps partiel ou sur une durée limitée dans l'année et, à l'inverse, le fait que certains d'entre eux peuvent avoir une file active rehaussée par l'intervention régulière de remplaçants.

Les données issues d'e-CDS révèlent également un nombre de patients adultes « médecin traitant »⁵² (« MT ») par ETP annuel de médecins généralistes très variable selon les centres, mais globalement faible, par rapport aux nombres observés pour les médecins exerçant en libéral.

- Selon les calculs de la mission, la valeur moyenne du nombre de patients adultes « MT » rapporté au nombre d'ETP de médecins généralistes employés pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé, hors les CDS universitaires, s'est établi à 658⁵³ et la valeur médiane de ce ratio à 607 en 2022 (tableau 73). Un quart de ces CDS avait un nombre de patients adultes MT supérieur à 878 la même année, tandis qu'un quart avait un nombre inférieur au seuil très bas de 315.
- Pour les médecins libéraux en activité (selon le champ précisé *supra*), le nombre moyen de patients adultes MT était de 997 en 2022, à la suite d'une hausse enregistrée ces dernières années (967 en 2019 et 919 en 2016).

⁴⁹ 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

⁵⁰ 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.

⁵¹ 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).

⁵² Cette variable mesure le nombre total de patients de plus de 16 ans ayant choisi un des médecins généralistes du centre de santé comme médecin traitant.

⁵³ Cette moyenne est 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.

Tableau 73 : Distribution du ratio de la patientèle adulte « médecin traitant » au nombre d’ETP de médecins généralistes employés pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l’accord national des centres de santé par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres en 2022

	Nombre de CDS	Min	Décile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Décile 9	Max
Associations	186	0	27	92	321	468	665	1 171	3 035
Collectivités territoriales	133	4	326	486	666	746	861	1 141	7 111
Organismes de sécurité sociale	93	3	362	552	691	819	1 007	1 353	2 924
Organismes mutualistes	38	190	493	660	887	1 040	1 240	1 727	3 444
Autres organismes et établissements publics	24	0	2	8	17	175	210	579	1 039
Autres organismes privés à but non lucratif	16	44	256	318	680	789	1 081	1 621	2 075
Organismes privés à caractère commercial	11	131	275	391	712	603	767	865	905
<i>Etablissements publics de santé</i>	<i>7</i>	<i>136</i>	<i>144</i>	<i>204</i>	<i>276</i>	<i>338</i>	<i>501</i>	<i>525</i>	<i>541</i>
Ensemble des CDS	508	0	61	263	589	645	855	1 277	7 111
Ensemble des CDS hors autres organismes et établissements publics	484	0	75	315	607	668	878	1 279	7 111

Source : e-CDC ; 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 pour lesquels le volume de patientèle « médecin traitant » est non nul ;

Lecture : la moitié des CDS de l’échantillon hors ceux gérés par d’autres organismes et établissements publics ont un ratio de patientèle adulte « médecin traitant » rapporté au nombre d’ETP de médecin généralistes employés inférieur ou supérieur à 607 ; un quart de ces CDS ont un ratio supérieur à 878 tandis qu’un quart ont à l’inverse un ratio inférieur à 315 ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l’ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio pour certaines catégories de centres sont fortement affectées par des données extrêmes reflétant manifestement pour certaines d’entre elles des erreurs de déclaration des centres ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes sont aussi significativement affectées, voire dans certains cas, fortement affectées par de telles valeurs extrêmes ; par ailleurs, les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les catégories de CDS pour lesquelles le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n’ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

Les constats sont semblables pour le nombre total de patients (adultes et enfants) « médecin traitant » par ETP annuel de médecins généralistes :

- La valeur moyenne du nombre total de patients MT (adultes et enfants) rapporté au nombre d’ETP annuel de médecins généralistes employés par les CDS pluriprofessionnels du même champ s’est établi à 755 en 2022⁵⁴ et la valeur médiane de ce ratio à 689 la même année. Un quart de ces CDS avait un nombre total de patients MT (adultes et enfants) supérieur à 997, alors qu’un quart avait un nombre inférieur à 399 (tableau 74).
- 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. 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.

⁵⁴ 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.

Tableau 74 : Distribution du ratio de la patientèle totale (adultes + enfants) « médecin traitant » au nombre d’ETP de médecins généralistes employés pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l’accord national des centres de santé par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres en 2022

	Nombre de CDS	Min	Décile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Décile 9	Max
Associations	186	1	64	162	438	588	829	1 398	3 715
Collectivités territoriales	133	35	409	564	752	853	986	1 270	7 211
Organismes de sécurité sociale	93	4	393	634	791	906	1 180	1 505	3 170
Organismes mutualistes	38	203	536	722	973	1 119	1 305	1 793	3 861
Autres organismes et établissements publics	24	1	2	8	17	184	210	579	1 168
Autres organismes privés à but non lucratif	16	48	266	370	731	888	1 275	1 868	2 223
Organismes privés à caractère commercial	11	167	349	486	779	702	913	1 014	1 023
<i>Etablissements publics de santé</i>	<i>7</i>	<i>164</i>	<i>167</i>	<i>235</i>	<i>318</i>	<i>378</i>	<i>538</i>	<i>575</i>	<i>616</i>
Ensemble des CDS	508	1	98	351	664	745	980	1 417	7 211
Ensemble des CDS hors autres organismes et établissements publics	484	1	139	399	689	773	997	1 441	7 211

Source : e-CDC ; calculs mission ;

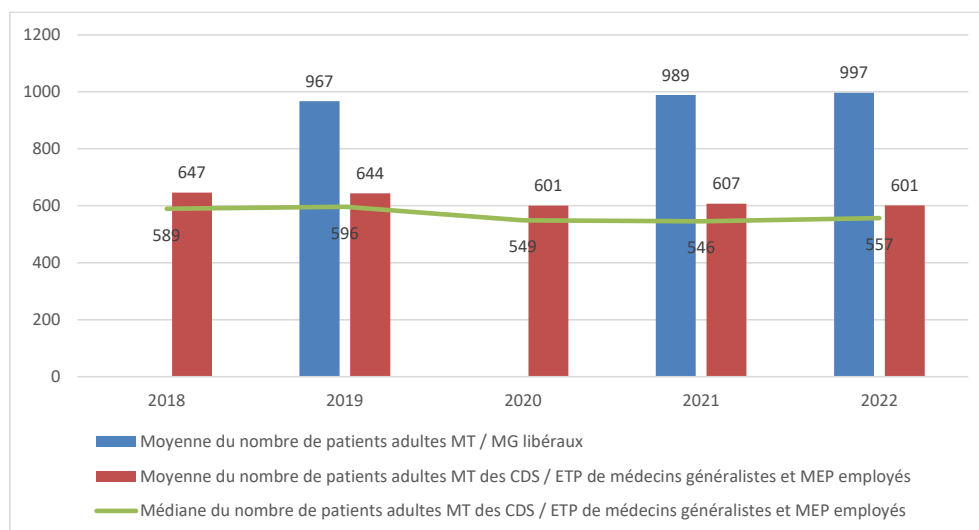
Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) médicaux et polyvalents adhérant à l’accord national des centres de santé, pour lesquels des données dans e-CDS permettent de calculer l’indicateur considéré et pour lesquels le volume de patientèle « médecin traitant » est non nul ;

Lecture : la moitié des CDS de l’échantillon hors ceux gérés par d’autres organismes et établissements publics ont un ratio de patientèle totale (adulte et enfants) « médecin traitant » rapporté au nombre d’ETP de médecin généralistes employés inférieur ou supérieur à 689 ; un quart de ces CDS ont un ratio supérieur à 997 tandis qu’un quart ont à l’inverse un ratio inférieur à 399 ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l’ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio pour certaines catégories de centres sont fortement affectées par des données extrêmes reflétant manifestement pour certaines d’entre elles des erreurs de déclaration des centres ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes sont aussi significativement affectées, voire dans certains cas, fortement affectées par de telles valeurs extrêmes ; par ailleurs, les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les catégories de CDS pour lesquelles le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n’ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

Les écarts constatés pour la patientèle adulte ou la patientèle totale MT entre les CDS et les médecins libéraux doivent toutefois être interprétés avec beaucoup de prudence. Les investigations de la mission montrent en effet que la faiblesse des chiffres constatée pour les CDS pourrait s’expliquer, pour une part potentiellement importante, par des dysfonctionnements de la procédure de déclaration d’un médecin traitant dans les centres ayant persisté jusqu’à peu (voire la partie 2.2.3 du rapport).

Les données tirées directement d’e-CDS ou transmises par la CNAM à la mission font par ailleurs apparaître que les valeurs moyenne et médiane de la patientèle adulte MT par ETP annuel de médecin des généralistes des CDS ont nettement diminué en 2020, année marquée par la crise sanitaire, sans se redresser par la suite en 2021 et 2022, alors que les données enregistrées pour les libéraux en activité ont plutôt augmenté au cours des dernières années (graphique 17).

Graphique 17 : Éléments de comparaison relatifs au volume de patientèle « médecin traitant » des CDS pluriprofessionnels et des médecins généralistes exerçant en libéral de 2018 à 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 ;

4.8 Un nombre d'actes moyen par médecin généraliste en équivalent temps plein très variable selon les centres, mais très inférieur le plus souvent à celui des médecins libéraux

En complément des données issues d'e-CDS, la mission a exploité des données sur les actes cliniques réalisés par les centres de santé mises à sa disposition par les services de la CNAM, en les appariant avec les données issues d'e-CDS. La mission a notamment analysé les données relatives aux actes cliniques de médecine générale réalisés par les centres, ou du moins ceux identifiés comme étant les plus susceptibles d'être réalisés par des médecins généralistes, qu'elle a repéré comme les actes côtés comme suit par les médecins (en lien avec les services de la CNAM) :

- Les « consultations médecine générale » et les « consultations spécialistes médecine générale », ainsi que les « consultations obligatoires enfant », les « consultations prévention », les « consultations prévention santé sexuelle », les « consultations protocole coopératif », les « consultations complexes », les « consultations très complexes enfant »⁵⁵ ;
- Les « téléconsultations » et « téléconsultations toutes spécialités » ;

⁵⁵ Une partie des « consultations enfant » et des « consultations très complexes enfant » sont aussi réalisées par des pédiatres.

- Les « visites médecine générale », les « visites longues et complexes », les « visites spécialiste médecine générale »

Sur la base de la définition retenue, il ressort de l'analyse que le nombre d'actes cliniques de médecine générale réalisés par les CDS pluriprofessionnels rapportés au nombre d'ETP annuels de médecins généralistes (MG) employés par ceux-ci est très variable selon les centres et globalement faible en moyenne par rapport au nombre annuel d'actes réalisés par les médecins généralistes exerçant en libéral qui apparaissent également très variables d'un praticien à l'autre.

Le nombre moyen d'actes cliniques de médecine générale s'est établi à 4 050 en 2022 pour l'ensemble des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national, pris de manière agrégée⁵⁶ et à 4 226 hors ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics - à savoir essentiellement les « CDS universitaires » - pour lesquels les chiffres apparaissent très bas. Ces chiffres sont toutefois affectés, dans une mesure que la mission n'a pu évaluer, par certaines valeurs extrêmes pouvant refléter des erreurs de déclaration de certains centres (concernant leurs ETP annuels).

La valeur médiane du nombre médian d'actes cliniques de médecine générale rapporté aux ETP annuels de MG employés par les centres s'est établie pour sa part à 3 350 en CDP pour l'ensemble des CDS pluriprofessionnels en 2022 et à 3 396 pour l'ensemble des centres hors les CDS universitaires (tableau 75). Parmi l'ensemble des centres hors ces derniers, un quart avaient un tel ratio inférieur à 2 191 (1^{er} quartile) et un quart avaient un tel ratio supérieur à 4 940 (3^{ème} quartile) la même année.

Outre la variabilité du nombre d'actes de médecine générale par ETP annuels de médecins généralistes employés, l'analyse fait ressortir des différences notables selon les grandes catégories de gestionnaires de centres. 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.

Une analyse de la distribution du ratio du nombre d'actes cliniques de médecine générale réalisés par les CDS pluriprofessionnels rapportés au nombre d'ETP annuels de médecins généralistes (MG) et de médecins à exercice particuliers (MEP)⁵⁷ employés par ceux-ci, permet de tirer des constats très proches (tableau 76).

⁵⁶ Moyenne calculée en agrégeant les données d'actes cliniques de médecine générale et les données d'ETP annuels des centres, hors ceux qui font l'objet d'un regroupement par la CNAM pour la détermination de la rémunération forfaitaire spécifique et pour lesquels les données d'actes de médecine générale sont fournies.

⁵⁷ Ceux-ci peuvent effectuer certains des actes cliniques de médecine générale comptabilisés par la mission.

Tableau 75 : Distribution des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé selon le nombre d'actes cliniques de médecine générale réalisés par ETP de médecins généralistes employés en 2022 et par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres

	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
<i>Etablissements publics de santé</i>	<i>7</i>	<i>1 845</i>	<i>1 915</i>	<i>2 330</i>	<i>2 849</i>	<i>2 781</i>	<i>2 992</i>	<i>3 527</i>	<i>4 126</i>
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, ne faisant pas partie d'un regroupement de CDS par la CNAM pour l'attribution de la rémunération forfaitaire spécifique prévue par cet accord et pour lesquels les données d'actes fournies par la CNAM sont disponibles (hors le CDS LIVI) ;

Lecture : la moitié des CDS de l'échantillon hors ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics ont un ratio du nombre d'actes de médecine générale rapporté au nombre d'ETP de médecin généralistes employés inférieur ou supérieur à 3 396 ; un quart de ces CDS ont un ratio supérieur à 4 940 tandis qu'un quart ont à l'inverse un ratio inférieur à 2 191 ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio pour certaines catégories de centres sont fortement affectées par des données extrêmes reflétant manifestement pour certaines d'entre elles des erreurs de déclaration des centres ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes sont aussi significativement affectées, voire dans certains cas, fortement affectées par de telles valeurs extrêmes ; par ailleurs, les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les catégories de CDS pour lesquelles le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n'ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

Tableau 76 : Distribution des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé selon le nombre d'actes cliniques de médecine générale réalisés par ETP de médecins généralistes et de médecins à mode d'exercice particulier employés en 2022 et par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres

	Nombre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Associations	199	-2	540	1 530	2 670	3 289	4 688	6 670	26 699
Collectivités territoriales	132	451	1 457	2 167	2 988	3 176	3 544	4 320	41 411
Organismes de sécurité sociale	85	304	2 927	3 739	4 923	5 006	5 749	7 392	13 025
Organismes mutualistes	37	1 992	3 082	3 556	4 368	4 787	5 156	7 616	8 897
Autres organismes et établissements publics	27	30	174	568	902	1 280	1 561	3 441	4 008
Autres organismes privés à but non lucratif	15	768	1 445	2 394	3 336	3 444	4 687	5 265	6 441
Organismes privés à caractère commercial	11	515	1 010	1 648	2 898	2 860	3 732	4 364	6 321
<i>Etablissements publics de santé</i>	<i>7</i>	<i>1 845</i>	<i>1 915</i>	<i>2 330</i>	<i>2 703</i>	<i>2 759</i>	<i>2 989</i>	<i>3 527</i>	<i>4 126</i>
Ensemble des CDS	513	-2	812	1 902	3 127	3 535	4 676	6 056	41 411
Ensemble des CDS hors autres organismes et établissements publics	486	-2	1 075	2 045	3 269	3 660	4 747	6 162	41 411

Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent

A titre de comparaison, selon des données de la CNAM :

- Le nombre moyen d'actes cliniques réalisés par les médecins généralistes⁵⁸ installés en libéral - à savoir par les 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 – dont une part a dû travailler à temps partiel ou sur une durée limitée dans l'année – s'est établi à 4 951 en 2022⁵⁹.
- La valeur médiane de ce ratio s'est établie à 4 614 en 2022. Pour un quart d'entre eux, 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.

La valeur médiane du nombre d'actes cliniques réalisés par les CDS rapporté aux ETP annuels de médecins généralistes employés, s'est ainsi avéré inférieur de 26 % à la valeur médiane du nombre d'actes de médecine générale réalisés par les médecins généralistes libéraux en activité en 2022. Cet écart doit être interprété avec prudence pour plusieurs raisons : le caractère imparfait des données d'ETP annuels déclarées par les centres, le fait qu'une part des médecins libéraux exercent à temps partiel ou sur une durée limitée dans l'année, le fait que les données d'actes des libéraux incluent ceux réalisés par les médecins remplaçants.

Ces considérations ne semblent toutefois pas de nature à mettre en cause le constat principal selon lequel la production d'actes des médecins généralistes employés par les CDS pluriprofessionnels est, en moyenne, très nettement inférieure à celles des médecins libéraux. Ceci semble s'expliquer, en partie au moins, par le fait qu'une grande partie des médecins ont une durée annuelle de travail plus élevée que l'équivalent d'un temps plein à 35 heures sur l'année⁶⁰.

Un simple examen des données suggère qu'un taux de patientèle C2S et AME plus élevé pour un CDS, s'accompagne, en moyenne, d'un nombre d'actes cliniques de médecine générale réalisés par ETP annuels de MG employés, plus faible (graphique 18). En première analyse, cette mesure du degré de précarité sociale de la patientèle n'est toutefois susceptible d'expliquer qu'une faible part de la forte dispersion observée de la productivité (en termes d'actes) des médecins généralistes selon les centres.

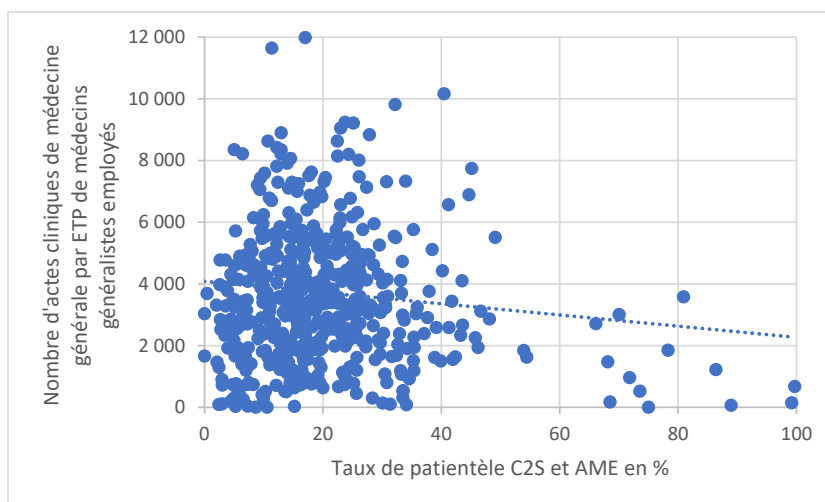
⁵⁸ La CNAM a retenu pour les médecins libéraux une définition des actes cliniques de médecine générale différente, un peu plus large et toutefois très proche (sur le champ des CDS pluriprofessionnels) de celle que la mission a retenue pour l'analyse de l'activité des CDS.

⁵⁹ 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

⁶⁰ Comme mentionné *supra*, selon une enquête de la DREES menée début 2019 auprès de 3 300 praticiens, les médecins généralistes libéraux déclaraient alors travailler 54 heures en moyenne, en passant 44 heures 30 auprès de leurs patients

Graphique 18 : Nombre d'actes cliniques de médecine générale réalisés par ETP de médecins généralistes employés et taux de patientèle C2S et AME pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé en 2022



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 cliniques fournies par la CNAM et les données dans e-CDS permettant le calcul du taux de patientèle C2S et AME sont disponibles (hors le CDS LIVI) ; le champ de ce graphique est par ailleurs limité aux CDS ayant un ratio du nombre d'actes cliniques de médecine générale réalisés par ETP de médecins généralistes employés ayant un ratio de résultat d'exploitation estimé sur les dépenses d'exploitation compris inférieur à 12 000 ;

4.9 Une pratique intense de la téléconsultation pour certains CDS pluriprofessionnels, en particulier pour certains centres de grande taille gérés par des associations

La mission a exploité en outre les données d'actes cliniques transmises par la CNAM, en vue d'informer sur la pratique des téléconsultations par les centres.

Selon les calculs de la mission, la part moyenne des téléconsultations dans le total des actes de médecine générale des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé s'élevaient à 20,5 % en 2022⁶¹. Cette part moyenne varie très nettement selon les grandes catégories de gestionnaires : elle s'élevait à 40,1 % pour les centres gérés par des associations et à 5,1 % pour ceux gérés par des organismes mutualistes en 2022. Elle se limitait à 2,9 % et 2,6 % pour ceux gérés par des organismes privés à caractère commercial et ceux gérés par d'autres organismes privés à but non lucratif ainsi qu'à 2,0 % pour ceux gérés par des collectivités territoriales et 1,8 % pour ceux gérés par des organismes de sécurité sociale.

⁶¹ Moyenne calculée en agrégeant les données de téléconsultations et d'actes cliniques pour les centres hors ceux qui font l'objet d'un regroupement par la CNAM pour l'attribution de la rémunération forfaitaire spécifique et pour lesquels des données d'actes sont fournies.

L'analyse montre en outre que le recours des CDS aux téléconsultations est à nouveau très variable selon les centres (tableau 77). Pour la moitié des CDS pluriprofessionnels, la pratique des téléconsultations en médecine générale est inexistante ou très faible : les téléconsultations représentent moins de 0,2 % des actes cliniques de médecine générale réalisées par ces centres en 2022 (tableau 77). Pour un quart des centres, toutefois, cette part a été supérieure ou égale à 2,8 % en 2022 et pour un centre sur dix cette part s'est élevée à plus de 9,0 %. Il apparaît en outre que pour 10 % des centres gérés par des associations, soit une vingtaine de centres, cette part s'est élevée à plus de 19,9 % en 2022.

Tableau 77 : Distribution des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé selon la part des téléconsultations dans le total des actes cliniques de médecine générale réalisés par ETP de médecins généralistes employés en 2022 et par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres, en %

	Nombre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Associations	199	0,0	0,0	0,0	0,1	7,1	3,3	19,9	100,0
Collectivités territoriales	132	0,0	0,0	0,0	0,3	1,7	2,2	5,8	13,2
Organismes de sécurité sociale	85	0,0	0,0	0,0	0,2	2,8	2,0	4,9	98,1
Organismes mutualistes	37	0,0	0,0	0,0	1,9	3,7	4,8	11,0	17,1
Autres organismes et établissements publics	27	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,1	2,1	12,2
Autres organismes privés à but non lucratif	15	0,0	0,0	0,4	2,7	2,5	4,1	5,3	6,6
Organismes privés à caractère commercial	11	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,0	6,4	9,7
Etablissements publics de santé	7	0,0	0,0	0,0	0,6	2,9	4,7	7,4	10,1
Ensemble des CDS	513	0,0	0,0	0,0	0,2	4,1	2,8	9,0	100,0
Ensemble des CDS hors autres organismes et établissements publics	486	0,0	0,0	0,0	0,2	4,3	2,9	9,2	100,0

Source : e-CDC ; 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) ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille⁶² ;

Il apparaît en outre que certains centres ont une pratique de la téléconsultation intense ou très intense. Outre le CDS LIVI repéré par la mission comme étant essentiellement une plateforme de téléconsultation, il apparaît que certains autres CDS pluriprofessionnels de très grande taille, en particulier le CDS Mediksanté situé formellement dans le 17^{ème} arrondissement de Paris et le CDS Hygie situé formellement à Aubervilliers s'apparentaient aussi essentiellement à des plateformes de téléconsultations en 2022 (tableau 78). Le centre médical et dentaire Europe situé dans le 17^{ème} arrondissement de Paris qui constitue, par la taille de ses effectifs médicaux, l'un des principaux CDS pluriprofessionnels, se distingue également par une part de téléconsultations dans les actes

⁶² Ces chiffres diffèrent ainsi des chiffres moyens présentés dans le corps du texte qui sont obtenus sur la base d'une agrégation des téléconsultations et des actes pour l'ensemble des centres : 4,1 % dans le tableau contre 20,5 % dans le texte pour le total des centres, 40,1 % contre 7,1 % pour ceux gérés par des associations, en lien avec le fait que quelques centres de grande taille gérés par des associations réalisent de manière intense des téléconsultations.

de médecine générale élevée (XXX%). (Élément occulté en application de l'article L.311-6 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA))

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a créé un nouveau statut spécifique adapté pour les établissements privés réalisant essentiellement des téléconsultations, le statut de « société de téléconsultation » qui a pour objet de permettre à ce type d'établissement de demander à l'assurance maladie la prise en charge des actes réalisés à distance par les médecins qu'ils salarient, après l'obtention d'un agrément des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Un décret fixant les modalités de cet octroi ainsi que sa durée était encore en attente lors de la réalisation de la présente mission.

Tableau 78 : Éléments d'information relatifs aux 30 CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé dont la part des téléconsultations dans le total des actes cliniques de médecine générale était la plus élevée en 2022

(Tableau occulté en application de l'article L.311-6 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA))

Source : e-CDC ; 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) ;

5 Une situation économique et financière des CDS pluriprofessionnels globalement dégradée en 2022, mais très variable selon les centres

5.1 Evaluer de manière satisfaisante la situation économique et financière des centres de santé pluriprofessionnels : un exercice difficile, la démarche de la mission

L'analyse de la situation économique et financière des CDS, notamment des CDS pluriprofessionnels, est compliquée en premier lieu par le fait que certains gestionnaires de centres de santé ne semblent pas en capacité d'établir des comptes propres à l'activité du centre ou de chaque centre qu'ils gèrent, en particulier lorsque leur objet est plus large que la gestion du centre ou des centres en question.

L'article L 6323-1-4 du code de la santé publique (CSP) qui encadre formellement la gestion des centres de santé dispose que :

- *« Les bénéfices issus de l'exploitation d'un centre de santé ne peuvent pas être distribués.*
- *Ils sont mis en réserve ou réinvestis au profit 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. »*⁶³

Selon l'appréciation de la mission, ces dispositions impliquent que les gestionnaires de centres – au-delà des obligations de tenue de comptes qui s'appliquent à eux du fait de leur statut – doivent établir des comptes propres à l'activité de chaque centre de santé qu'ils gèrent, à l'exception, par dérogation, des collectivités territoriales qui ne sont pas des entités à but lucratif et qui sont soumises aux règles de la comptabilité publique.

La mission a pu constater dans le cadre de ses investigations de terrain et en exploitant les données de la plateforme e-CDS, que certains gestionnaires de centres ne sont pas en capacité d'établir les principaux éléments sur lesquels pourraient reposer de tels comptes propres à l'activité de chaque centre qu'ils gèrent. C'est notamment le cas d'une part importante des centres gérés par des collectivités territoriales, notamment des communes, qui ne fournissent pas dans la plateforme e-CDS de données sur les principales charges d'exploitation du centre ou de chacun des centres qu'ils gèrent (Cf. *infra*).

⁶³ Depuis l'adoption de l'article 9 de la loi n° 2023-378 du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé, cet article dispose aussi que « *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* ». Le décret cité n'avait pas encore été pris lors de la réalisation de la présente mission.

Cette situation peut se comprendre, dans une certaine mesure, eu égard à la difficulté pour certaines collectivités territoriales d'isoler les charges et les recettes 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 (Cf. le rapport principal), la mission a entrepris d'exploiter de manière approfondie les données de financement des centres qui sont collectées chaque année dans e-CDS, notamment celles relatives à l'année 2022, transmises pour une part par les centres et les ARS (en janvier et février 2023) et pour une autre part par la CNAM (en mai 2023).

Des données sont en effet saisies en nombre chaque année dans la plateforme e-CDS sur les dépenses et les financements des centres de santé, par les CDS eux-mêmes, par la CNAM et par les ARS dans une moindre mesure. S'agissant des centres, l'article 7 de l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé dispose en particulier qu'ils doivent fournir chaque année :

- « 1° Les éléments relatifs aux charges de personnel, amortissements et autres charges permettant d'établir les dépenses des centres et de leurs antennes, lorsqu'elles existent ;
- 2° Les sources de financements publics ou privés autres que les financements accordés par l'assurance maladie ou les agences régionales de santé. »

Des données de charges et de financements des CDS sont ainsi saisies chaque année par les CDS eux-mêmes, par les services de la CNAM et par ceux des ARS dans 6 sous-rubriques de la rubrique « Financement » de la plateforme e-CDS (Cf. l'encadré qui suit).

Données de charges et de recettes des centres de santé dans la plateforme e-CDS

Les données suivantes de charges et de financements sont saisies chaque année par les CDS eux-mêmes, par les services de la CNAM et par ceux des ARS dans les 6 sous-rubriques suivantes de la rubrique « Financement », dont l'une correspond aux charges d'exploitation du centre et les 5 autres correspondent aux différentes recettes ou financements perçus ou à percevoir par le centre au titre de l'année considérée.

Sous-rubrique « Dépenses » :

Les CDS doivent fournir dans la plateforme des données sur les charges d'exploitation sur l'année considérée (N-1) ainsi que sur l'année précédente (N-2), en distinguant les charges de personnel, les amortissements et les autres charges d'exploitation. La demande portant sur les deux années s'explique par le fait qu'en janvier et février de l'année N certains gestionnaires de centre ne peuvent fournir que des estimations provisoires de ces grandeurs pour l'année N-1, ces estimations étant susceptibles d'être actualisées dans les mois suivant, notamment lors de l'établissement de leurs comptes.

Sur la plateforme, il est indiqué que « *Ce formulaire doit être rempli sur la base des informations fournies par l'expert-comptable auquel le centre a recours (en interne ou en externe)* » ; le centre doit indiquer s'il est « *un CDS municipal et, (qu)'en l'absence de comptabilité analytique, (il) ne dispose pas des informations nécessaires pour remplir ces informations* », et la plateforme précise que « *À l'exclusion des centres de santé municipaux tous les autres centres sont tenus de remplir ce formulaire* ».

Les indications suivantes sont fournies sous forme de « bulle » pour aider les centres à saisir les données :

- pour les charges de personnel : « *Salaires dont charges sociales et fiscales (taxe sur salaire + cotisations formation continue)* » ;
- pour les charges d'amortissement : « *Ils permettent d'étaler le coût d'un bien sur sa durée d'utilisation. C'est une constatation annuelle de la perte de la valeur de certains biens acquis par le centre de santé* » ;
- pour les autres charges d'exploitation : « *Elles traduisent les coûts liés à l'activité du centre de santé autres que les charges de personnel et d'amortissements. Il peut s'agir des achats, du loyer, des dépenses d'énergie, du transport, des services extérieurs, frais divers de formation, impôts et taxes diverses* » ;

Financement par l'assurance maladie - CNAM (année N-1) :

Les services de la CNAM fournissent, au mois de mai de l'année N pour l'année considérée N-1 un ensemble de données concernant :

- les « *financements des actes* » (hors permanence des soins), à savoir le montant des honoraires, en distinguant le montant de « *financement au titre des actes professionnels sans dépassement* » et celui de « *financement au titre des actes professionnels avec dépassement d'honoraires* » correspondant aux facturations d'actes liquidées au cours de l'année considérées (N-1) ;
- les « *financements forfaitaires* » : en distinguant le montant de « *financement au titre de la rémunération forfaitaire spécifique* » issue de l'accord national des centres de santé, le montant de « *financement au titre des autres forfaits (MPA, FMT, RMT, RST)* » (« *MPA : montant personnes âgées ; FMT : forfait médecin traitant ; RMT : rémunération médecins traitants pour patients ALD ; RST rémunération suivi médecin traitant patients en post ALD* »), le montant de « *financement au titre de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP)* » ; et celui du « *financement au titre des aides démographiques (contrat incitatif)* » (« *le montant concerné concerne l'aide forfaitaire (hors prise en charge des cotisations sociales)* ») ;
- le « *financement au titre de la permanence des soins* » (« *forfait et acte avec majoration* ») ;

Comme mentionné sur la plateforme e-CDS et comme les services de la CNAM ont pu le préciser à la mission : au cours des années récentes, certains centres, de petite taille ou de taille modeste, gérés par le même gestionnaire et présentant une grande proximité les uns avec les autres, ont été autorisés par la CNAM à être considérés de manière regroupée pour l'attribution et le calcul de la rémunération forfaitaire spécifique issue de l'accord national, celle-ci étant alors versée à un des centres (dit « porteur ») de chaque groupe (ce montant ayant vocation à être réparti ensuite entre les centres du groupe). Dans la plateforme e-CDS, pour ces groupes de centres, seul le montant global de cette rémunération forfaitaire est saisi par les services de la CNAM, pour le centre « porteur » seulement.

Financement par l'assurance maladie - CDS (année N-1) :

Les CDS doivent fournir des données sur les montants des autres financements suivants, également issus de l'assurance maladie, perçus l'année considérée (N-1) :

- la « *Subvention versée au titre des cotisations sociales (Loi Teulade)* », à savoir la « *subvention Teulade* » ;
- le « *Financement de la prévention (hors financement au titre de la rémunération forfaitaire spécifique)* », « *Financement de l'éducation thérapeutique (hors financement au titre de la rémunération forfaitaire spécifique)* »⁶⁴, « *Financement de l'éducation et de la promotion pour la santé par la Cnam (hors financement au titre de la rémunération forfaitaire spécifique)* », « *Financement des protocoles entre professionnels (hors financement au titre de la rémunération forfaitaire spécifique)* » ;

Financements autres (année N-1) :

Les CDS doivent aussi fournir des données sur les autres montants de financements suivants, perçus l'année considérée (N-1) :

- « *Paiements effectués par les patients ou par l'organisme complémentaire au titre des actes non remboursables (actes hors nomenclature ou non pris en charge)* » ;
- « *Autres recettes liées à l'activité non financées directement par l'assurance maladie* » ; il est indiqué sous forme de « bulle » qu'il s'agit des « *autres recettes issues de l'activité déployée dans le cadre d'un conventionnement avec un SSIAD, un HAD, un EHPAD, etc ; SSIAD : service de soins infirmiers à domicile ; HAD : hospitalisation à domicile ; EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* » ;

Financements ARS (année N-1) :

L'ARS doit fournir les données relatives aux financements qu'elle a alloués au CDS l'année considérée (N-1) au titre des différents motifs suivants : « *financement de l'ingénierie* », « *financement d'aide aux équipements* », « *financement du système d'information* », « *financement du fonctionnement* », « *financement de la prévention par l'ARS* », « *financement de l'éducation thérapeutique par l'ARS* », « *financement de l'éducation et de la promotion pour la santé par l'ARS* », « *financement des protocoles entre professionnels par l'ARS* ».

⁶⁴ L'indication suivante figure sous forme de « bulle » sur la plateforme « *Vise uniquement l'éducation thérapeutique ou les actions d'accompagnement réalisées dans le cadre de programmes conformes au cahier des charges nationaux (Cf. article L 1161-1 et suivants du code de la santé publique)* ».

Autres sources de financements (année N-1) :

Enfin, les CDS doivent fournir des données sur les financements qu'ils ont reçus au titre de l'année considérée (N-1) émanant d'autres sources que l'assurance maladie, les organismes complémentaires, les patients et l'ARS, à savoir les autres financements émanant respectivement : de « l'agence nationale de rénovation urbaine » (ANRU) ; la « Caisse des dépôts et consignation » ; des « crédits nationaux déconcentrés », des « crédits communautaires (Union européenne) », des « financements du conseil départemental », des « financements du conseil régional », des « financements par la commune gestionnaire ou l'EPCI gestionnaire », des « financements par la commune ou la communauté de commune du lieu du centre » et le cas échéant « d'autres financements publics » et « d'autre(s) source(s) de financement privées ».

Pour chacune de ces « autres sources de financement », le CDS doit indiquer le montant total perçu au cours de l'année considérée (N-1), ainsi que les montants perçus aux titres des différentes raisons ou finalités suivantes : « Investissement immobilier », « Etude de faisabilité », « Aide au démarrage »⁶⁵, « Aide au fonctionnement »⁶⁶, « Aide aux charges non couvertes par l'assurance maladie, ni par l'Etat »⁶⁷, « autre objet ».

La mission a pu ainsi s'appuyer sur ces données pour calculer des indicateurs relatifs à la situation économique et financière des CDS pluriprofessionnels.

Par nature :

- La portée de l'analyse conduite ainsi par la mission est limitée par le degré de complétude / renseignement de ces données par les différents acteurs renseignant la plateforme (CDS, CNAM et ARS). Alors que tous les CDS ne sont pas tenus de fournir des données sur leurs charges d'exploitation, les communes étant explicitement dispensées de cette obligation (selon les indications qui figurent sur la plateforme), le champ des analyses portant sur la situation économique et financière des CDS est nécessairement réduit, ne pouvant porter sur les centres ne fournissant pas ces données.
- L'analyse est également dépendante de la qualité des données fournies (lorsque celles-ci sont fournies) notamment de celles fournies par les centres. La mission est fondée à cet égard à penser que la qualité des données fournies par les centres est loin d'être parfaite. Elle a noté que certains centres ont fourni des données de charges d'exploitation curieuses, reflétant parfois une structure de charges curieuse, parfois incohérentes en apparence avec les données d'honoraires fournis par les services de la CNAM et/ou parfois incohérentes en apparence avec les données d'ETP de professionnels médicaux déclarés par les centres eux-mêmes. Si certaines de ces données peuvent refléter la situation très particulière de certains centres (centres très récemment créés ou en cours de fermeture, restructurations ...), il

⁶⁵ La précision suivante est apportée sur la plateforme sous forme de « bulle » : « Financement d'accompagnement entre l'étude de faisabilité et l'ouverture du centre, à l'exclusion des aides apportées par les ARS ».

⁶⁶ La précision suivante est apportée sous forme de « bulle » : « Toutes les aides de dépenses de fonctionnement qui interviennent après l'ouverture du centre, à l'exclusion des aides apportées par les ARS ».

⁶⁷ La précision suivante est apportée sous forme de « bulle » : « à l'exclusion des financements apportés pour la prise en charge des personnes handicapées et des actions de santé publique (prévention / ETP / protocoles de coopération entre professionnels / éducation et promotion pour la santé) ».

apparaît toutefois que certaines données financières saisies par certains centres sont manifestement erronées, reflétant parfois des erreurs de grande ampleur.

Face à cette situation et compte tenu de la diversité des caractéristiques et situations des centres (Cf. les parties 2, 3 et 4 *infra*), outre l'analyse de la structure des charges d'exploitation et des recettes des centres à laquelle elle a procédé, la mission a été conduite à examiner plusieurs indicateurs informant à titre intermédiaire ou plus fondamentale de la situation économique et financière des centres, sur des champs couvrant le plus grand nombre possible de centres (hormis ceux n'ayant pas fourni les données essentielles de charges ou ayant fourni des données très vraisemblablement erronées). La mission a en outre été conduite à analyser ces indicateurs, sans se limiter à des calculs usuels de moyennes - susceptibles d'être affectées par des données, notamment extrêmes, reflétant des erreurs de déclaration de certains centres - mais à privilégier des analyses rendant compte des principaux éléments relatifs à la distribution des centres (médiane, 1^{er} et 3^{ème} quartiles, voire 1^{er} et 9^{ème} déciles) de la distribution des centres au regard de chaque indicateur, 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 extrêmes reflétant des erreurs de déclaration des centres, d'autre part. Pour un échantillon comptant de nombreux centres, les valeurs relatives à la médiane et aux principaux quartiles n'ont pas vocation à être sensiblement affectées par de telles données extrêmes, à la condition que leur nombre soit réduit.

Pour son analyse, la mission a ainsi étudié quatre indicateurs informant à titre intermédiaire ou partiel sur la situation économique et financière et deux autres informant de manière fondamentale de cette situation.

Parmi les indicateurs informant de manière partielle sur la situation économique et financière des centres, la mission a retenu :

- Le ratio du montant des honoraires sans dépassement (par rapport à la base de remboursement retenue par l'assurance maladie) perçus ou à percevoir par le centre au titre de l'année considérée rapporté au montant déclaré de ses charges de personnel ;
- Le ratio du montant des honoraires totaux (avec ou sans dépassement par rapport à la base de remboursement retenue par l'assurance maladie) perçus ou à percevoir par le centre au titre de l'année considérée rapporté au montant déclaré de ses charges de personnel ;
- Le ratio du montant des honoraires sans dépassement perçus ou à percevoir par le centre au titre de l'année considérée rapporté au montant déclaré de ses charges d'exploitation ;
- Le ratio du montant des honoraires totaux (avec ou sans dépassement) perçus ou à percevoir par le centre au titre de l'année considérée rapporté au montant déclaré de ses charges d'exploitation ;

La mission a retenu en outre deux indicateurs informant plus globalement de la situation économique et financière des centres :

- 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.
 - Cet indicateur est calculé en tenant compte de l'ensemble des recettes collectées dans e-CDS (Cf. l'encadré *infra*) à l'exception, d'une part, des financements apportés par l'ARS (qui sont le plus souvent inexistantes ou marginaux et qui, surtout, sont très rarement liés à l'exploitation des centres), et, d'autre part, des financements issus « d'autres sources » que l'assurance maladie, les organismes complémentaires et les patients eux-mêmes, dont on peut raisonnablement considérer qu'ils ne sont pas étroitement liés à l'exploitation du centre (Cf. l'encadré *infra*) ;
 - Centré sur l'exploitation et/ou l'activité des centres, cet indicateur présente l'avantage d'être comparable sur 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 dépenses.
 - Cet indicateur, à la différence du précédent, tient compte des financements apportés par l'ARS et des financements issus « d'autres sources » déclarés par le centre.
 - S'il tient compte de l'ensemble des financements du centre, selon l'appréciation de la mission, cet indicateur rend moins bien compte que le précédent de la capacité propre de chaque centre à équilibrer ses comptes, certains centres bénéficiant de financements issus de telles autres sources. C'est notamment le cas de certains centres gérés par des collectivités territoriales qui déclarent dans e-CDS de tels autres financements de la collectivité qui les gère ou d'autres collectivités du même territoire.
 - La mission a par ailleurs noté que les modalités de collecte de ces données relatives aux financements issus « d'autres sources de financement » sont relativement complexes, qu'elles induisent dans certains cas des données saisies incomplètes ou erronées et qu'elles peuvent éventuellement donner lieu à des interprétations différentes de certains centres (en particulier s'agissant des centres gérés par des collectivités territoriales et de leur façon de rendre compte des financements apportés par les collectivités qui les gèrent). Face à certaines saisies complètes ou incohérentes, la mission a été amenée à procéder à des redressements⁶⁸.

La mission tient à souligner que les indicateurs retenus, y compris les deux derniers, n'ont pas vocation à rendre compte de la situation économique et financière des centres aussi finement que ne pourraient le faire des comptes propres à chaque centre établis sur des bases satisfaisantes. S'agissant des charges, les indicateurs étudiés par la mission ne tiennent pas

⁶⁸ Lorsque certaines données ont été saisies pour les financements dans la rubrique « Autres sources de financements » au titre des motifs suivants - « Investissement immobilier », « Etude de faisabilité », « Aide au démarrage », « Aide au fonctionnement », « Aide aux charges non couvertes par l'assurance maladie, ni par l'Etat », « Autre objet » - et que la somme des montants ainsi saisis était différente du montant saisi pour l'ensemble de ces financements (variable « Autre N-1 ») ou que ce dernier n'a pas fait l'objet d'une saisie par le centre, la mission a retenu comme estimation de l'ensemble de ces financements, le maximum entre le montant total saisi et la somme des montants saisis au titre des différents motifs de financements.

compte des charges autres que celles liées à l'exploitation, à savoir les éventuelles charges financières et exceptionnelles. S'agissant des produits, le dernier indicateur étudié par la mission ne tient pas nécessairement compte de l'ensemble des éventuels produits exceptionnels perçus par le centre. Il convient en outre de noter les points suivants :

- Les montants de financement liés aux actes, à savoir les honoraires, fournis par les services de la CNAM qui correspondent à l'ensemble des montants facturés par le centre (concept de « liquidation »), ne se traduisent pas nécessairement en totalité par des recettes effectives pour les centres, pour la partie des frais destinée à être remboursée par les organismes complémentaires, en cas de problème d'affiliation des patients ou de mauvaise identification par le centre de leurs conditions d'affiliation, d'une part, et pour la partie devant être éventuellement prise en charge à titre résiduelle par les patients eux-mêmes, selon les pratiques des centres, d'autre part.
- Les montants d'honoraires fournis (concept de liquidation) ne donnent en outre pas lieu, pour une partie d'entre eux, à des recettes perçues en trésorerie au cours de l'année considérée. Les montants de rémunérations forfaitaires versées par la CNAM sont par ailleurs des montants à percevoir au titre de l'année considérée, et non pas les montants effectivement perçus, en trésorerie au cours de l'année considérée.

Pour toutes ces raisons, la mission qualifie par la suite les deux derniers indicateurs de la façon suivante :

- Ratio du « résultat d'exploitation estimé rapporté aux charges d'exploitation », exprimé en % ;
- Ratio du « total des financements estimés nets des charges d'exploitation rapporté aux charges d'exploitation », exprimé en %.

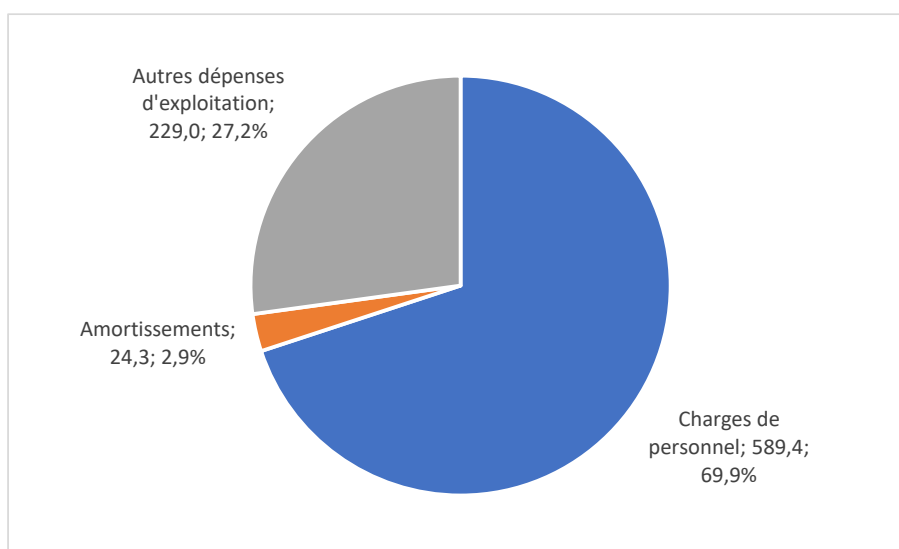
5.2 Une part élevée des charges de personnel dans les charges d'exploitation, une forte hausse des charges au cours des années récentes, une structure des charges très variable selon les centres

5.2.1 70 % de charges de personnel dans les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels hors ceux gérés par des collectivités territoriales

Considérant dans un premier temps les charges d'exploitation des CDS pluriprofessionnels pris dans leur ensemble, la mission note que, selon les données de la base e-CDS, le total des charges d'exploitation des CDS pluriprofessionnels hors ceux gérés par des collectivités territoriales (dont une très grande part ne fournissent pas de données de charges dans la plateforme) et hors le CDS LIVI (qui a un caractère très particulier du fait qu'il s'apparente essentiellement à une plateforme de téléconsultation et emploie un très grand nombre de médecins, Cf. la partie 2.7 *supra*) se serait élevé à 842,6 M€ en 2022 (graphique 19 et tableau 79).

Selon ces données agrégées, reflétant pour une part, vraisemblablement limitée, de CDS des données incomplètement saisies ou le cas échéant erronées, 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 en 2022 (graphique 19).

Graphique 19 : Structure des charges d’exploitation des CDS pluriprofessionnels pris de manière agrégée hors ceux gérés par des collectivités territoriales en 2022, en M€ et en %



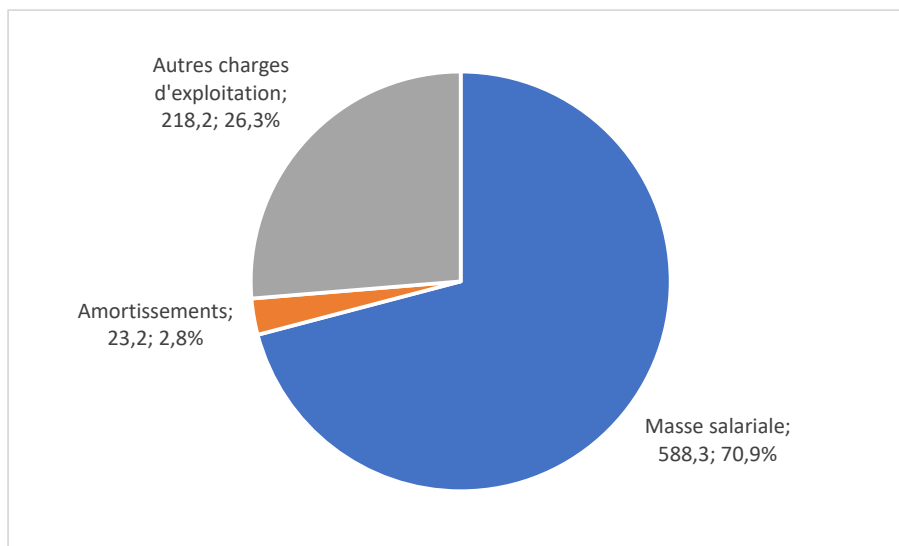
Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) hors ceux gérés par des collectivités territoriales et hors le CDS LIVI ; cet échantillon comprend 450 CDS ;

La structure des charges apparaît très proche (71 % de charges de personnel, près de 3 % de charges d’amortissement et un peu plus de 26 % d’autres charges d’exploitation en 2022) sur un champ quelque peu différent, à savoir l’ensemble des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l’accord national des centres de santé, ne faisant pas partie d’un regroupement de CDS par la CNAM pour l’attribution de la rémunération forfaitaire spécifique prévue par cet accord, et pour lesquels les données de charges de personnel, d’autres charges d’exploitation et de recettes d’honoraires totaux (avec ou sans dépassement) sont fournies et non nulles (graphique 20)⁶⁹.

⁶⁹ La mission a étudié par la suite la distribution des CDS au regard des principaux indicateurs économiques et financiers précédemment définis pour cet échantillon de centres en particulier.

Graphique 20 : Structure des charges d'exploitation des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des CDS pour un échantillon de CDS ayant fourni des données de charges non nulles et pour lesquels les montants d'honoraires totaux sont non nuls dans e-CDS 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) de catégories médicaux et polyvalents, adhérant à l'accord national des CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; cet échantillon comprend 406 CDS ;

5.2.2 Une augmentation respective des charges de personnel et des autres charges d'exploitation de 78 % et 96 % entre 2016 et 2022 pour les CDS pluriprofessionnels hors ceux gérés par des collectivités territoriales

Les charges d'exploitation des CDS pluriprofessionnels pris de manière agrégée hors ceux gérés par des collectivités territoriales ont augmenté très fortement au cours des années récentes : +26,5 % en 2021 et +21,8 % en 2022, portant la hausse à +49,6 % de 2019 à 2022 et à un total de +81,7 % de 2016 à 2022 (tableau 79). Cette augmentation apparaît légèrement supérieure à la très forte augmentation du nombre de CDS pluriprofessionnels hors ceux gérés par des collectivités territoriales sur la période (+78,6 % de 2016 à 2022), mais nettement plus prononcée que la forte augmentation du nombre d'ETP annuels de l'ensemble des professionnels employés par les CDS du même champ sur la période (+59,2 % de 2016 à 2022) (tableau 80).

Tableau 79 : Evolution des charges d'exploitation des CDS pluriprofessionnels pris de manière agrégée hors ceux gérés par des collectivités territoriales de 2016 à 2022, en M€

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %			
								Part en 2022 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 charges 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	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 ; avertissement : les données de ce tableau doivent être interprétées avec prudence, compte tenu du caractère imparfait des données saisies par certains centres ;

Dans un contexte général de forte hausse récente de l'inflation (les prix à la consommation en France ont augmenté de 2,8 % et 6,7 % en glissement annuel en 2021 et en 2022, après une stagnation en 2020 et avant une hausse de 3,7 % en 2023⁷⁰) - à la suite de la crise sanitaire et en lien avec la crise énergétique résultant de la guerre en Ukraine - et, en conséquence, d'une forte revalorisation récente du SMIC⁷¹, la très forte augmentation récente des charges d'exploitation reflète une très forte hausse des charges de personnel et une augmentation plus vive encore des autres charges d'exploitation.

- Les charges de personnel ont augmenté +23,0 % en 2021 et de +21,7 % en 2022, portant leur augmentation à 44,7 % de 2019 à 2022 et à un total de 77,7 % de 2016 à 2022.
- Les autres charges d'exploitation (hors charges d'amortissement) ont augmenté pour leur part de +31,5 % en 2021 et de +26,6 % en 2022, portant leur hausse à +62,5 % de 2019 à 2022 et à un total de +95,7 % de 2016 à 2022.

L'augmentation très forte en 2021 et 2022 des charges de personnel des CDS pluriprofessionnels, pris de manière agrégée hors ceux gérés par les collectivités territoriales, s'explique pour partie par l'augmentation du nombre d'ETP annuels des personnels employés par ces centres, mais aussi par une forte augmentation du montant des charges de personnel rapporté aux ETP des personnels employés (+8,1 % en 2021 et +11,2 % en 2022). Si la hausse de ce dernier enregistrée en 2021 doit s'interpréter avec précaution, en lien avec la chute apparente de celui-ci enregistrée en 2022 (-9,1%), la forte augmentation enregistrée en 2022 semble témoigner de fortes augmentations salariales moyennes (pour certains des personnels déjà employés ou en lien avec des embauches de personnels à des niveaux supérieurs) alors que la structure de la main d'œuvre

⁷⁰ Les prix à la consommation ont ainsi augmenté de 5,2 % en moyenne annuelle en 2022, après 1,6 % en 2021. La hausse a été ensuite de 4,9 % en moyenne annuelle en 2023.

⁷¹ Le SMIC horaire a été relevé 5 fois au cours des années 2021 et 2022, portant sa hausse globale à 9,0 % entre la fin décembre 2020 et le mois d'août 2022.

ne s'est pas déformée dernièrement au profit des professionnels les mieux rémunérés (médecins et chirurgiens-dentistes) (tableau 80).

Tableau 80 : Evolution des charges de personnel et des ETP annuels des professionnels employés par les CDS pluriprofessionnels pris de manière agrégée hors ceux gérés par des collectivités territoriales de 2016 à 2022, en M€

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	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	22,8	44,7	77,7
<i>Taux d'évolution annuelle en %</i>	...	7,5%	10,1%	3,8%	-3,3%	23,0%	21,7%	...	...	...
Nombre d'ETP de l'ensemble des professionnels employés	4 827,1	5 156,3	5 579,0	5 806,7	6 172,3	7 024,6	7 683,8	20,3	32,3	59,2
<i>Taux d'évolution annuelle en %</i>	...	6,8%	8,2%	4,1%	6,3%	13,8%	9,4%	...	...	...
Charges de personnel/Nombre d'ETP de l'ensemble des professionnels employés en K€	68,7	69,1	70,3	70,1	63,8	69,0	76,7	2,1	9,3	11,7
<i>Taux d'évolution annuelle en %</i>	...	0,6%	1,7%	-0,3%	-9,1%	8,1%	11,2%	...	...	...
Pour information :										
Nombre d'ETP de médecins	1 147,2	1 220,1	1 336,6	1 396,9	1 506,9	1 669,5	1 838,0	21,8	31,6	60,2
<i>Taux d'évolution annuelle en %</i>	...	6,3%	9,6%	4,5%	7,9%	10,8%	10,1%	...	...	...
Nombre d'ETP de chirurgiens-dentistes	504,7	557,3	560,1	559,3	559,9	658,3	676,0	10,8	20,9	33,9
<i>Taux d'évolution annuelle en %</i>	...	10,4%	0,5%	-0,1%	0,1%	17,6%	2,7%	...	...	...

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 ; avertissement : les données de ce tableau doivent être interprétées avec prudence, compte tenu du caractère imparfait des données saisies par certains centres ;

Les données issues d'e-CDS font en outre apparaître des évolutions récentes du montant des charges de personnel rapporté au nombre d'ETP annuels des personnels employés par les CDS pluriprofessionnels, pris de manière agrégée, contrastées selon les grandes catégories de gestionnaires de centres⁷² (tableau 81). Elles suggèrent notamment une augmentation récente moyenne très forte de la masse salariale rapportée au nombre d'ETP annuels des personnels employés dans les CDS gérés par des associations, qui ne reflète pas une déformation de la structure de leur main d'œuvre au profit des médecins et des chirurgiens-dentistes.

⁷² Hors les CDS gérés par les collectivités territoriales pour lesquels on ne dispose que de rares données de charges.

Tableau 81 : Evolution des charges de personnel et des ETP annuels de l'ensemble des personnels employés par les CDS pluriprofessionnels par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres de 2016 à 2022, en M€

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016
Charges de personnel, en M€ :										
Associations	115,0	140,3	149,7	164,7	166,5	239,6	349,3	43,2	112,1	203,8
Collectivités territoriales	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Organismes mutualistes	109,8	107,7	114,8	106,6	96,5	110,6	97,8	-2,9	-8,2	-10,9
Organismes de sécurité sociale	72,1	72,1	77,6	79,7	79,7	78,7	75,9	10,5	-4,8	5,2
Autres organismes et établissements publics	5,9	4,6	17,0	17,4	15,1	15,7	21,9	193,5	25,8	269,2
Autres organismes privés à but non lucratif	23,5	25,6	27,4	31,1	27,0	28,3	28,9	32,5	-6,8	23,4
Organismes privés à caractère commercial	2,1	1,8	1,7	4,3	4,1	6,8	9,7	102,4	126,8	359,1
Etablissements de santé public	3,2	4,4	4,2	3,6	4,7	4,8	5,9	13,2	61,3	82,7
Ensemble hors collectivités territoriales	331,6	356,4	392,4	407,3	393,7	484,4	589,4	22,8	44,7	77,7
ETP de l'ensemble des personnels employés :										
Associations	2 281,2	2 638,6	2 660,2	2 900,5	3 248,8	4 080,0	4 824,7	27,1	66,3	111,5
Collectivités territoriales	2 546,2	2 615,5	2 601,0	2 638,7	2 667,7	2 863,7	2 842,9	3,6	7,7	11,7
Organismes mutualistes	1 312,0	1 224,6	1 365,1	1 305,7	1 277,3	1 307,1	1 143,1	-0,5	-12,5	-12,9
Organismes de sécurité sociale	626,3	692,4	781,0	762,5	735,8	755,3	723,1	21,7	-5,2	15,4
Autres organismes et établissements publics	211,3	194,5	337,2	342,6	357,1	369,6	411,6	62,1	20,1	94,8
Autres organismes privés à but non lucratif	318,1	316,0	330,4	365,4	378,0	350,2	363,0	14,9	-0,7	14,1
Organismes privés à caractère commercial	29,9	29,9	44,6	81,3	85,2	104,8	133,7	172,4	64,4	347,7
Etablissements de santé public	48,3	60,4	60,5	48,7	90,1	57,5	84,7	0,9	73,9	75,5
Ensemble hors collectivités territoriales	4 827,1	5 156,3	5 579,0	5 806,7	6 172,3	7 024,6	7 683,8	20,3	32,3	59,2
Charges de personnel / ETP de l'ensemble des personnels employés, en K€ :										
Associations	50,4	53,2	56,3	56,8	51,3	58,7	72,4	12,6	27,5	43,6
Collectivités territoriales	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Organismes mutualistes	83,7	87,9	84,1	81,6	75,6	84,6	85,6	-2,4	4,8	2,3
Organismes de sécurité sociale	115,2	104,1	99,4	104,5	108,3	104,2	104,9	-9,2	0,4	-8,9
Autres organismes et établissements publics	28,1	23,8	50,5	50,8	42,4	42,4	53,2	81,0	4,7	89,6
Autres organismes privés à but non lucratif	73,7	81,0	82,9	85,0	71,4	80,9	79,8	15,3	-6,2	8,2
Organismes privés à caractère commercial	70,5	59,9	38,8	52,4	48,6	64,9	72,3	-25,7	38,0	2,5
Etablissements de santé public	66,4	72,8	68,7	74,5	52,1	82,9	69,1	12,3	-7,3	4,1
Ensemble hors collectivités territoriales	68,7	69,1	70,3	70,1	63,8	69,0	76,7	2,1	9,3	11,7
ETP de médecins et chirurgiens-dentistes / ETP de l'ensemble des personnels employés, en % :										
Associations	33,5	33,4	33,9	33,4	33,4	33,0	32,3	...	...	...
Collectivités territoriales	26,0	26,6	26,8	27,2	28,1	27,7	27,0	...	...	...
Organismes mutualistes	37,8	38,1	37,1	36,9	36,6	35,7	36,0	...	...	...
Organismes de sécurité sociale	34,7	35,9	34,6	34,6	34,3	34,3	33,6	...	...	...
Autres organismes et établissements publics	22,4	22,2	21,8	21,9	21,4	21,9	22,4	...	...	...
Autres organismes privés à but non lucratif	31,0	33,4	33,9	32,7	32,8	33,6	34,9	...	...	...
Organismes privés à caractère commercial	33,1	33,1	27,1	35,4	35,8	32,6	35,5	...	...	...
Etablissements de santé public	40,4	36,3	34,4	38,1	35,1	42,2	42,4	...	...	...
Ensemble hors collectivités territoriales	34,2	34,5	34,0	33,7	33,5	33,1	32,7	...	...	...

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 ;
avertissement : les données de ce tableau doivent être interprétées avec prudence, car certains CDS du champ considéré ne fournissent pas certaines des données ou fournissent potentiellement des données erronées ;

5.2.3 Une structure des charges d'exploitation qui varie fortement selon les centres

Les grandeurs relatives à la structure des charges des CDS pluriprofessionnels pris dans leur ensemble pour l'année 2022 reflètent par ailleurs une grande diversité de situations selon les centres (tableau 82).

L'analyse de la distribution des indicateurs de parts des différents types de charges dans le total des charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national du champ précédent⁷³ révèle en premier lieu l'existence de centres présentant des parts de charges de personnel ou d'autres charges d'exploitation dans le total de leurs charges d'exploitation extrêmement élevées pour certains centres et extrêmement basses pour d'autres ce qui interroge sur les particularités de ces centres et/ou sur la robustesse des données qu'ils ont saisies dans la plateforme e-CDS.

L'analyse relève en outre que, d'après les données issues d'e-CDS, la part médiane de la part des charges de personnel dans le total des charges d'exploitation des centres pluriprofessionnels du champ retenu s'élève à 78,9 % (une moitié des centres ont une telle part supérieure ou égale à ce seuil, une autre moitié ayant une part inférieure), cet indicateur étant supérieur ou égal à 85,2 % pour un quart des centres (3^{ème} quartile) tandis qu'il était inférieur à 66,8 % pour un quart des centres (1^{er} quartile). La part médiane des charges d'amortissement dans le total des charges d'exploitation était pour sa part de 1,1 % en 2022. La part médiane des autres charges d'exploitation dans le total des charges d'exploitation était pour sa part de 18,7 % en 2022, la moitié des centres ayant une telle part comprise entre 13,2 % et 30,2 % (tableau 82).

Tableau 82 : Distribution des parts des principales catégories de charges dans le total des charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des CDS en 2002 en %

	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Charges de personnel	0,4	57,7	66,8	78,9	75,2	85,2	90,2	99,0
Amortissements	0,0	0,0	0,3	1,1	2,4	3,0	6,3	32,8
Autres charges d'exploitation	0,0	8,6	13,2	18,7	22,5	30,2	39,2	85,6

Source : e-CDS, 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 CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; cet échantillon comprend 406 centres ;

⁷³ A savoir les CDS pluriprofessionnels de catégories médicaux et polyvalents, adhérant à l'accord national des CDS 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, et 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 (hors le CDS LIVI).

Lecture : la moitié des CDS de l'échantillon ont une part de charges de personnel dans le total des charges d'exploitation inférieure ou supérieure à 78,9 % ; pour un quart des CDS, cette part est supérieure à 85,2 % alors que pour 10 % des CDS elle est inférieure à 57,7 % ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales de certaines parts calculées sont très fortement affectées par des données extrêmes pouvant refléter pour certaines des erreurs de déclaration des CDS ; la moyenne et les mesures relatives aux déciles extrêmes des parts calculées peuvent être aussi significativement affectées par de telles valeurs extrêmes ;

5.3 Des financements des CDS pluriprofessionnels principalement constitués des honoraires, une forte hausse récente de la part des rémunérations forfaitaires, une structure de financement variable selon les centres

5.3.1 Une part prépondérante des paiements liés aux actes dans les recettes, une forte hausse récente des rémunérations forfaitaires

Selon les données de la base e-CDS, le total des financements des CDS pluriprofessionnels, hors le CDS LIVI, s'élevait à 910,1 M€ en 2022 (tableau 83, graphique 21), dont un total de 859,0 M€ hors ceux issus des ARS et des autres sources de financement que l'assurance maladie, les organismes complémentaires et les patients.

Les financements liés aux actes à savoir les honoraires avec ou sans dépassement représentent de loin la plus grande part de ces financements (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€ (9,3 %), en lien selon toute vraisemblance en grande partie avec les activités de soins dentaires d'une part des centres.

Viennent ensuite, 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 objectif de santé publique (4,2 M€, 0,5 %). Selon les données saisies, les montants de subvention Teulade perçus par les centres se sont limités à 34,9 M€ en 2022 (3,8 % des financements), 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).

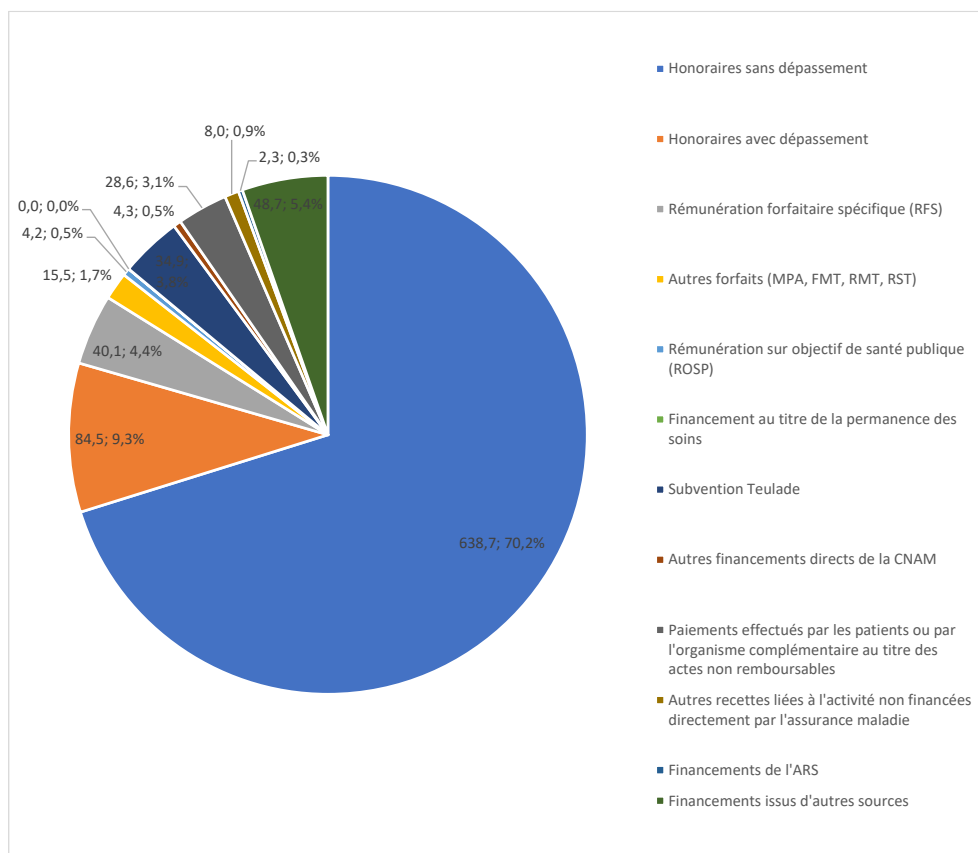
Tableau 83 : Evolution des financements des CDS pluriprofessionnels de 2016 à 2022, en M€

	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 ;
avertissement : les données de ce tableau doivent être interprétées avec prudence, compte tenu de la possibilité d'erreurs de déclaration de certains centres pour certains des financements qu'ils doivent saisir dans e-CDS ;

Graphique 21 : Structure des financements des CDS pluriprofessionnels pris de manière agrégée en 2022, en M€ et en %



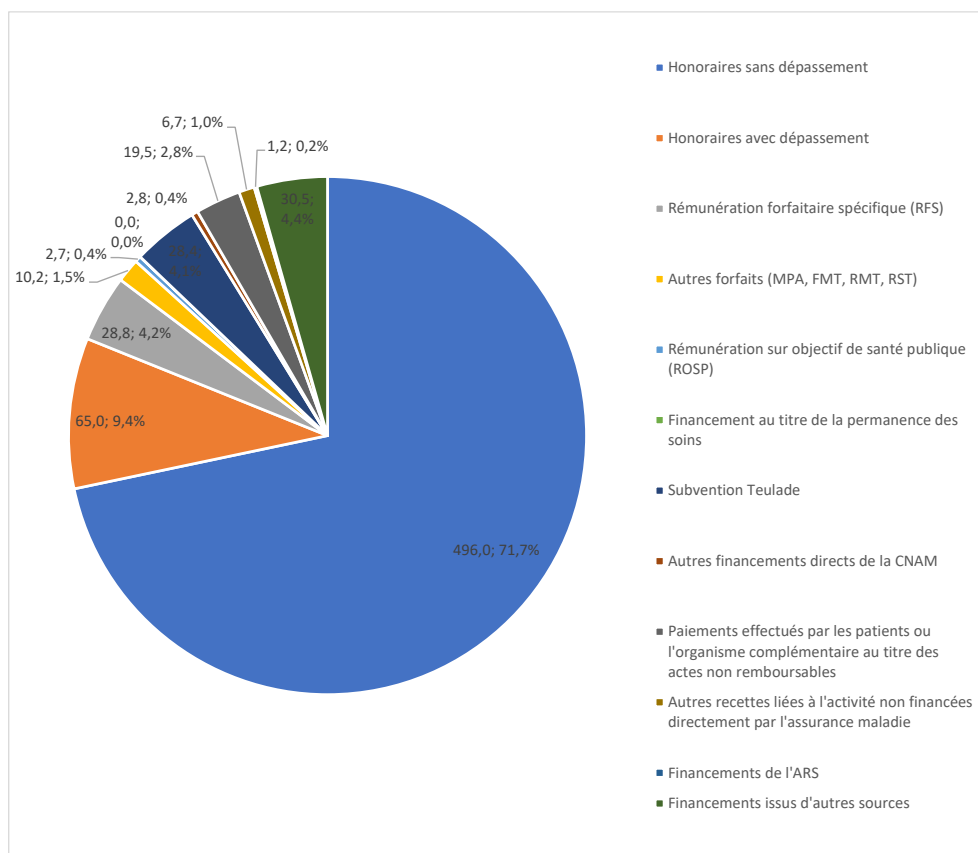
Source : e-CDS, calculs mission ;

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

Sur la base de données agrégées, la structure des financements des centres sur un champ quelque peu différent déjà retenu *supra* - à savoir l'ensemble des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé, ne faisant pas partie d'un regroupement de CDS par la CNAM pour l'attribution de la rémunération forfaitaire spécifique prévue par cet accord, et pour lesquels les données de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux (avec ou sans dépassement) sont fournies et non nulles⁷⁴ - apparaît voisine de celle de l'ensemble des CDS pluriprofessionnels (hors le CDS, LIVI) avec notamment une part des honoraires totaux de 81,1 % - 71,7 % pour les honoraires sans dépassement et 9,4 % pour les honoraires avec dépassements -, une part de la rémunération forfaitaire spécifique issue de l'accord national des centres de santé de 4,2 % et une part pour les montants de subvention Teulade perçus de 4,1 % (graphique 22).

⁷⁴ Comme indiqué *supra*, la mission a étudié par la suite la distribution des CDS au regard des principaux indicateurs économiques et financiers précédemment définis pour cet échantillon de centres en particulier.

Graphique 22 : Structure des recettes agrégées des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des CDS pour un échantillon de CDS ayant fourni des données de charges non nulles et pour lesquels les montants d'honoraires totaux sont non nuls dans e-CDS en 2022, en M€ et en %



Source : e-CDS, calculs mission ;

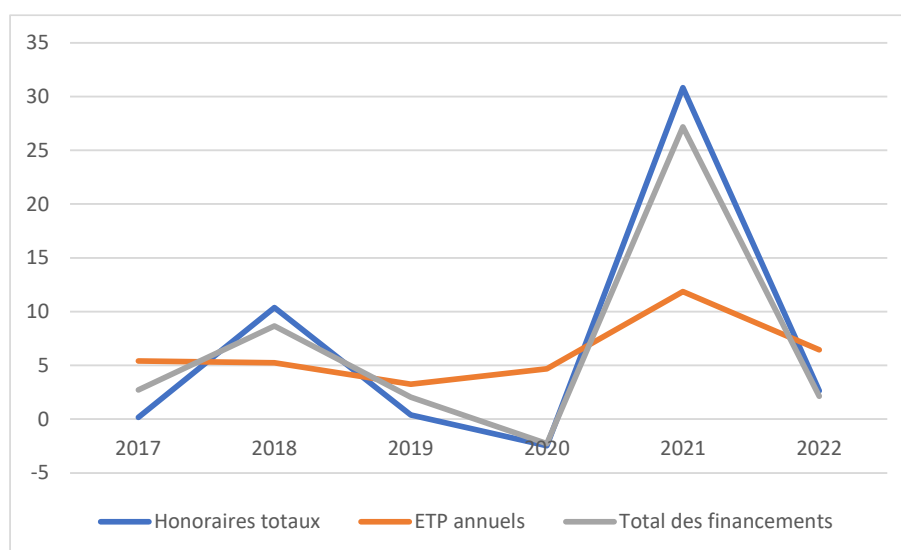
Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) de catégories médicaux et polyvalents, adhérant à l'accord national des CDS et ne faisant pas partie d'un regroupement de CDS par la CNAM pour l'attribution de la rémunération forfaitaire spécifique prévue par cet accord, pour lesquels les données de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux avec dépassement sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; cet échantillon comprend 406 centres ;

Les données agrégées pour l'ensemble des CDS pluriprofessionnels (hors le CDS LIVI) font en outre apparaître 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 un total de +44,6 % de 2016 à 2022). Cette forte augmentation s'explique par une forte hausse de l'ensemble des différents types de financement, à 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 sur la période⁷⁵.

⁷⁵ La baisse des financements issus des ARS s'est principalement observée de 2021 à 2022 ; les chiffres du tableau 65 sont affectés, dans une faible mesure, par le fait que les services de ARS Bourgogne-Franche-Comté ont omis début 2023 de saisir et de valider leurs données pour l'année 2022.

Le montant des honoraires totaux a augmenté de +45 % de 2016 à 2022 (+11 % entre 2016 et 2019 et +31 % entre 2019 à 2022), soit une hausse un peu plus forte que celle des ETP annuels de personnels employés par les centres sur la période (+43 % entre 2016 et 2022, à la suite d'une hausse de l'ordre de 14,5 % entre 2016 et 2019 et de 24,5 % entre 2019 et 2022) (graphique 23). 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 pour leur part de manière spectaculaire (+266 % et +236 % de 2016 à 2022), en lien avec les dispositions de l'accord et la mise en oeuvre de ces quatre premiers avenants⁷⁶.

Graphique 23 : Taux de croissance annuels des financements et des ETP annuels des CDS pluriprofessionnels pris de manière agrégée de 2016 à 2022 en %



Source : e-CDS, 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 ; avertissement : les données de ce tableau doivent être interprétées avec prudence, compte tenu de la possibilité d'erreurs de déclaration de certains centres ;

5.3.2 Les financements alloués par les ARS aux CDS pluriprofessionnels : une part très faible du total de leurs financements

Les financements apportés par les ARS aux CDS pluriprofessionnels ont constitué une part très faible du total de leurs financements au cours des années récentes.

Selon les données d'e-CDS, le montant des financements apportés par les ARS aux CDS pluriprofessionnels s'est limité à 2,3 M€ en 2022, après 6,4 M€ en 2021 (tableau 84)⁷⁷. Seules 6

⁷⁶ Les effets du 4^{ème} avenant signé le 14 avril 2022 ne se sont fait ressentir que partiellement sur les montants de recettes de l'année 2022.

⁷⁷ Les données agrégées pour l'année 2022 sont affectées, dans une faible mesure, par le fait que les services de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté ont omis début 2023 de saisir et de valider leurs données de financement pour l'année 2022.

régions ont alloué des financements à des CDS pluriprofessionnels en 2022, à un total des 43 CDS seulement (dont 22 en Ile-de-France) (tableau 85).

Tableau 84 : Evolution des financements alloués par les ARS aux CDS pluriprofessionnels selon le type d'actions soutenues de 2016 à 2022, en M€

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Part en 2022 en %	Taux de croissance, en %		
									2019/2016	2022/2019	2022/2016
Financement de l'ingénierie	5,0	15,0	57,9	169,9	7,5	18,5	0,0	0,0	3297,9	-100,0	-100,0
Financement d'aide aux équipements	92,0	125,0	85,6	136,2	67,4	13,0	21,2	0,9	48,1	-84,4	-77,0
Financement du système d'information	319,4	0,0	97,6	81,1	135,5	109,8	12,5	0,5	-74,6	-84,6	-96,1
Financement du fonctionnement	264,5	302,1	293,1	645,5	1 067,6	527,5	744,4	31,9	144,1	15,3	181,5
Financement de la prévention par l'ARS	4 785,2	1 680,8	3 195,9	4 183,2	1 490,4	1 092,2	1 004,2	43,0	-12,6	-76,0	-79,0
Financement de l'éducation thérapeutique par l'ARS	620,9	458,6	312,8	322,8	416,4	386,3	17,0	0,7	-48,0	-94,7	-97,3
Financement de l'éducation pour la santé par l'ARS	136,1	1 274,0	13,0	270,6	864,8	4 298,9	535,6	22,9	98,9	97,9	293,7
Financement des protocoles entre professionnels par l'ARS	0,0	0,0	0,0	8,9	0,0	0,0	0,0	0,0	...	-100,0	...
Total des financements issus des ARS	6 223,1	3 855,5	4 055,9	5 818,1	4 049,6	6 446,2	2 334,9	100,0	-6,5	-59,9	-62,5

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 ;
avertissement : l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté n'a pas fourni de données concernant ses financements pour l'année 2022 ;

Tableau 85 : Financements alloués par les ARS aux CDS pluriprofessionnels en 2022, par régions et par types d'actions financées en M€

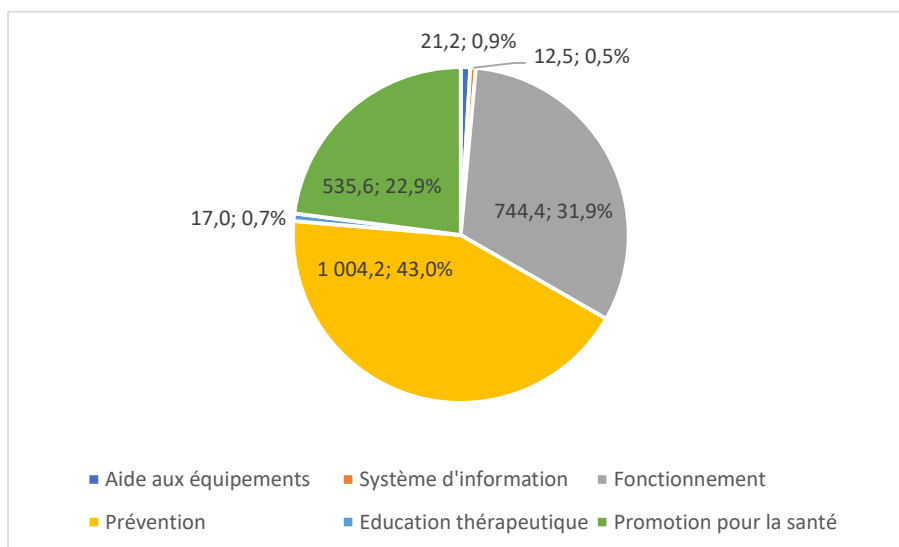
	Nbre de CDS bénéficiaires de financements	Total des financements alloués, en K€	Dont financements au titre des motifs suivants, en K€ :							Promotion pour la santé	Protocoles entre professionnels
			Ingénierie	Aide aux équipements	Système d'information	Fonctionnement	Prévention	Educations thérapeutiques			
Île-de-France	22	552,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	17,0	535,6	0,0	
Auvergne-Rhône-Alpes	9	1 409,2	0,0	0,0	0,0	405,0	1 004,2	0,0	0,0	0,0	
Bretagne	5	125,3	0,0	0,0	0,0	125,3	0,0	0,0	0,0	0,0	
Pays de la Loire	4	198,6	0,0	0,0	0,0	198,6	0,0	0,0	0,0	0,0	
Grand Est	2	24,2	0,0	8,7	0,0	15,5	0,0	0,0	0,0	0,0	
Occitanie	1	25,0	0,0	12,5	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Ensemble des régions	43	2 334,9	0,0	21,2	12,5	744,4	1 004,2	17,0	535,6	0,0	

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 ;
avertissement : l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté n'a pas fourni de données concernant ses financements pour l'année 2022 ;

En 2022, les financements alloués par les ARS aux CDS pluriprofessionnels ont été constitués principalement d'aides au financement d'actions de prévention (43 %) et d'aides au financement d'actions de promotion de la santé (23 %) ainsi que d'aides au fonctionnement (32 %) (graphique 24).

Graphique 24 : Financements alloués par les ARS aux CDS pluriprofessionnels par types d'actions financées en 2022, en K€



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 ;
avertissement : l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté n'a pas fourni de données concernant ses financements pour l'année 2022 ;

5.3.3 Près de 5,5 % du total des financements des CDS pluriprofessionnels issus d'autres sources que l'assurance maladie, les mutuelles, les patients et les ARS en 2022

Selon les données issues d'e-CDS, les CDS pluriprofessionnels ont bénéficié de 48,7 M€ de financements issus d'autres sources que l'assurance maladie, les organismes complémentaires, les patients et l'ARS en 2022, soit un représentant 5,4 % du total de leurs financements⁷⁸.

Ces financements issus d'autres sources émanent principalement des communes gestionnaires de centres (24,7 % du total en 2022), de communes ou communautés de communes bénéficiant des services des centres (10,6 %), de conseils départementaux (11,8 %), mais aussi d'autres sources de financements publics (30,6 %) et d'autres sources de financements privées (15,0 %) (tableau 86, graphique 25).

Le montant total de ces financements a augmenté de 24 % de 2016 à 2022, en enregistrant toutefois des fluctuations importantes d'une année à l'autre sur la période. Il a notamment augmenté fortement en 2020, avant d'augmenter à nouveau en 2021 et de se replier nettement en 2022.

⁷⁸ Comme indiqué *supra*, face au caractère incomplet ou incohérent des saisies de données effectuées par certains centres, la mission a été amenés à procéder à des redressements de ces données.

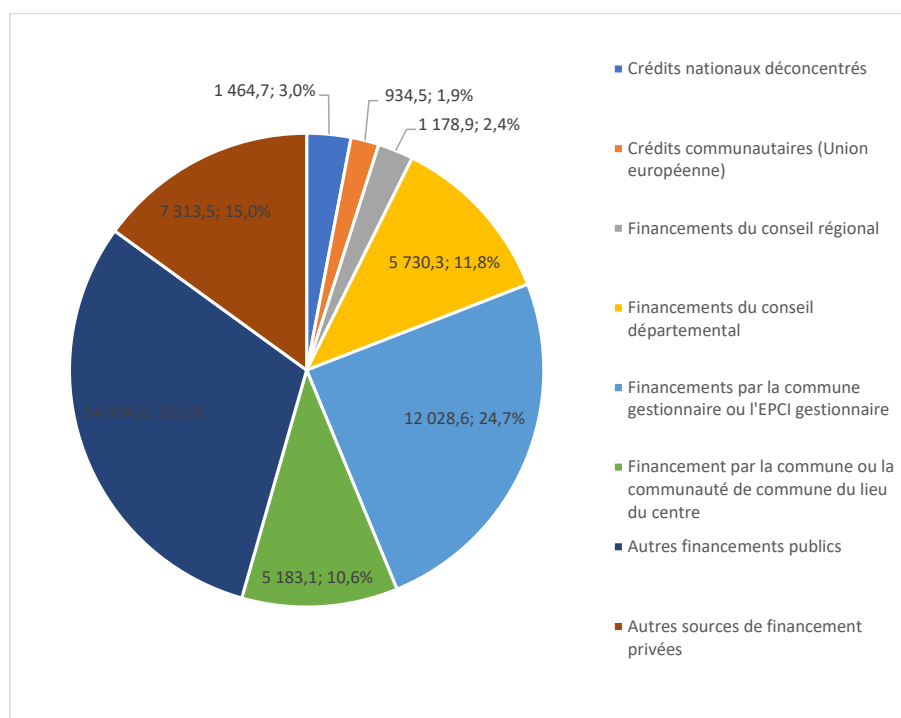
Tableau 86 : Evolution des financements des CDS pluriprofessionnels issus d'autres sources que l'assurance-maladie, les organismes complémentaires, les patients et l'ARS par grands types de financeurs de 2016 à 2022, en K€

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Part en 2022 en %	Taux de croissance, en %		
									2019/2016	2022/2019	2022/2016
ANRU	1 118,6	2,0	0,0	520,0	0,0	35,6	0,0	0,0	-53,5	-100,0	-100,0
Caisse des dépôts et consignation	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	...	...	...
Crédits nationaux déconcentrés	947,5	857,5	731,3	1 136,8	1 013,0	1 239,5	1 464,7	3,0	20,0	28,8	54,6
Crédits communautaires (Union européenne)	703,3	583,9	649,5	905,2	1 039,9	972,2	934,5	1,9	28,7	3,2	32,9
Financements du conseil régional	941,7	654,2	316,1	729,6	582,9	930,0	1 178,9	2,4	-22,5	61,6	25,2
Financements du conseil départemental	3 117,3	3 418,7	3 604,7	3 960,8	4 165,8	5 507,7	5 730,3	11,8	27,1	44,7	83,8
Financements par la commune gestionnaire ou l'EPCI gestionnaire	9 494,2	8 285,7	9 679,3	8 848,2	12 612,5	13 443,2	12 028,6	24,7	-6,8	35,9	26,7
Financement par la commune ou la communauté de commune du lieu du centre	4 343,2	3 961,9	8 155,2	5 932,5	3 705,8	8 668,5	5 183,1	10,6	36,6	-12,6	19,3
Autres financements publics	8 541,0	7 707,9	10 779,6	11 375,7	20 438,0	15 885,1	14 904,6	30,6	33,2	31,0	74,5
Autres sources de financement privées	10 086,8	6 817,9	6 333,2	11 116,6	11 803,8	9 775,0	7 313,5	15,0	10,2	-34,2	-27,5
Total	39 293,6	32 289,7	40 248,9	44 525,5	55 361,7	56 456,7	48 738,0	100,0	13,3	9,5	24,0

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 ;
avertissement : les données de ce tableau doivent être interprétées avec prudence, compte tenu de la possibilité d'erreurs de déclaration de certains centres, non corrigées par la mission (voir supra) ;

Graphique 25 : Financements des CDS pluriprofessionnels issus d'autres sources que l'assurance-maladie, les organismes complémentaires, les patients et l'ARS par grands types de financeurs en 2022, en K€



Source : e-CDC ; calculs mission ;

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

En 2022, 29 % des CDS pluriprofessionnels ont bénéficié de tels financements (tableau 87). L'importance de ces financements varie nettement selon les grandes catégories de gestionnaires de centres :

- Les centres gérés par des collectivités territoriales ont été les principaux bénéficiaires de tel financements : près de 55 % de ces centres ont déclaré en avoir perçu et, pris dans leur ensemble, ils ont perçu 47 % de ces financements en 2022 (tableau 87 et 88). Outre les financements issus des communes gestionnaires de centres, les centres gérés par des collectivités territoriales ont perçu la plus grande part des autres financements issus des communes et de ceux issus des conseils départementaux.
- Près d'un quart des associations (24,5 %) ont déclaré avoir perçu de tels autres financements en 2022, pour un total représentant un peu plus d'un quart aussi (26,7 %) du total de ces financements.
- Seuls 2 % des CDS gérés par des organismes de sécurité sociale - soit essentiellement ceux gérés par le groupe de santé FILIERIS - ont déclaré avoir perçu de tels financements en 2022. Ils n'ont perçu que 3,5 % du total de ces financements cette année-là.
- Près de 20 % des CDS gérés par des organismes mutualistes ont déclaré avoir perçu de tels financements en 2022. Mais ils n'ont perçu que 2,6 % du total de ces financements.

Tableau 87 : Nombre de CDS pluriprofessionnels bénéficiant de financements issus d'autres sources que l'assurance-maladie, les organismes complémentaires, les patients et l'ARS en 2022, par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centre en 2022

	Nbre de CDS en en 2022	Nbre de CDS ayant perçu un tel financement en 2022	Part des CDS ayant perçu un tel financement en 2022, en %
Associations	233	57	24,5
Collectivités territoriales	135	74	54,8
Organismes de sécurité sociale	105	2	1,9
Organismes mutualistes	42	8	19,0
Autres organismes et établissements publics	32	18	56,3
Autres organismes privés à but non lucratif	18	5	27,8
Organismes privés à caractère commercial	12	4	33,3
Etablissements publics de santé	8	4	50,0
Total	585	172	29,4

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 ;
avertissement : les données de ce tableau doivent être interprétées avec prudence, compte tenu de la possibilité d'erreurs de déclaration de certains centres, non corrigées par la mission (voir *supra*) ;

Tableau 88 : Financements des CDS pluriprofessionnels issus d'autres sources que l'assurance-maladie, les organismes complémentaires, les patients et l'ARS par grandes catégories de statut juridique des gestionnaires de centres en 2022, en K€

	Associations		Collectivités territoriales		Organismes de sécurité sociale		Organismes mutualistes		Autres organismes et établissements publics		Autres organismes privés à but non lucratif		Organismes privés à caractère commercial		Etablissements publics de santé		Total	
	Fint. en K€	Part en %	Fint. en K€	Part en %	Fint. en K€	Part en %	Fint. en K€	Part en %	Fint. en K€	Part en %	Fint. en K€	Part en %	Fint. en K€	Part en %	Fint. en K€	Part en %	Financement	Part en %
Crédits nationaux déconcentrés	720,0	49,2	587,7	40,1	0,0	0,0	30,0	2,0	127,0	8,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1 464,7	100,0
Crédits communautaires (Union européenne)	934,5	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	934,5	100,0
Financements du conseil régional	233,1	19,8	260,1	22,1	0,0	0,0	97,0	8,2	244,1	20,7	0,0	0,0	344,5	29,2	0,0	0,0	1 178,9	100,0
Financements du conseil départemental	993,4	17,3	4 586,4	80,0	0,0	0,0	37,1	0,6	41,8	0,7	71,5	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	5 730,3	100,0
Financements par la commune gestionnaire ou l'EPCI gestionnaire	0,0	0,0	11 792,2	98,0	0,0	0,0	0,0	0,0	236,4	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12 028,6	100,0
Financement par la commune ou la communauté de commune du lieu du centre	1 543,7	29,8	3 291,2	63,5	0,0	0,0	23,5	0,5	0,0	0,0	4,6	0,1	131,4	2,5	188,6	3,6	5 183,1	100,0
Autres financements publics	4 945,4	33,2	2 044,3	13,7	19,8	0,1	815,6	5,5	6 862,4	46,0	178,2	1,2	0,0	0,0	38,9	0,3	14 904,6	100,0
Autres sources de financement privées	3 636,5	49,7	256,3	3,5	1 688,8	23,1	256,6	3,5	1 222,8	16,7	94,4	1,3	21,0	0,3	137,1	1,9	7 313,5	100,0
Total des financements	13 006,6	26,7	22 818,2	46,8	1 708,6	3,5	1 259,8	2,6	8 734,5	17,9	348,7	0,7	497,0	1,0	364,6	0,7	48 738,0	100,0

Source : e-CDC ; calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées), hors le CDS LIVI ;
avertissement : les données de ce tableau doivent être interprétées avec prudence, compte tenu de la possibilité d'erreurs de déclaration de certains centres, non corrigées par la mission (voir supra) ;

5.3.4 Une structure des financements qui varie assez fortement selon les centres

Comme pour les charges, les grandeurs relatives à la structure des financements des CDS pluriprofessionnels, pris dans leur ensemble, reflètent une grande diversité de situations selon les centres (tableau 89).

L'analyse de la distribution des indicateurs de parts des différents types de financements dans le total des financements des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national⁷⁹ révèle elle aussi l'existence de centres présentant des données extrêmes qui interrogent sur les particularités de ces centres et/ou sur la robustesse des données saisies dans la plateforme e-CDS par les centres et la CNAM.

Cette analyse fait en outre ressortir la diversité des situations des centres. La part médiane des honoraires totaux s'élève sur ce champ à 78,6 %. Un quart des centres ont une telle part supérieure ou égale à 86,7 % tandis qu'un quart à l'inverse ont une telle part inférieure à 67,6 % (tableau 89). De même alors que la part médiane de la rémunération forfaitaire spécifique est de 6,6 %, un quart des centres ont une part supérieure ou égale à 10,2 % et un quart ont une part inférieure à 3,4 %. Outre le fait que tous les centres n'ont pas perçu un montant de subvention Teulade en 2022 et que les financements des ARS n'ont concerné qu'un petit nombre de centres (Cf. infra), l'analyse révèle par ailleurs qu'une petite partie des centres bénéficient de recettes conséquentes versées par les patients ou les organismes complémentaires au titre des actes non remboursables ou d'autres recettes liées à l'activité. Une petite partie des centres bénéficient

⁷⁹ L'analyse a porté plus précisément sur ceux d'entre eux qui ne font 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 recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (et hors le CDS LIVI) et pour lesquels l'ARS a fourni des données (notamment de financement) qu'elle a validées.

enfin de financements importants, voire très importants pour certains, émanant d'autres sources que l'assurance maladie, les organismes complémentaires, les patients et l'ARS.

Tableau 89 : Distribution des part des principales catégories de financements des CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des CDS en 2002 en %

	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Honoraires totaux	0,5	41,1	67,6	78,6	73,2	86,7	91,9	100,0
Honoraires sans dépassement	0,5	39,8	60,0	72,2	68,0	80,3	87,2	100,0
Honoraires avec dépassement	-0,4	0,0	0,0	0,0	5,2	7,2	19,9	42,3
Rémunération forfaitaire spécifique	0,0	0,0	3,4	6,6	8,3	10,2	14,9	99,5
Autres financements forfaitaires de la CNAM	0,0	0,0	0,4	2,3	3,3	5,4	7,5	22,1
Financement au titre de la PDS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Subvention Teulade	0,0	0,0	1,5	4,1	4,3	5,6	7,4	91,8
Autres financements de la CNAM	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,3	25,5
Autres financements au titre des actes non remboursables ou liés à l'activité	0,0	0,0	0,0	0,1	3,0	1,9	7,5	89,5
Financements ARS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	75,9
Financements issus d'autres sources	0,0	0,0	0,0	0,0	7,2	3,0	27,2	90,9

Source : e-CDS, 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 CDS 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 l'ARS a validé les données qu'elle a fournies (notamment les données de financement) et pour lesquels les données de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; cet échantillon comprend 498 centres ;

Lecture : la moitié des CDS de l'échantillon ont une part des honoraires sans dépassement dans le total de leurs financements inférieure ou supérieure à 72,2 % ; pour un quart des CDS, cette part est supérieure à 80,3 % alors que pour 10 % des CDS elle est inférieure à 39,8 % ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales de certaines parts calculées sont très fortement affectées par des données extrêmes pouvant refléter pour certaines des erreurs de déclaration des CDS ; la moyenne et les mesures relatives aux déciles extrêmes des parts calculées peuvent être aussi significativement affectées par de telles valeurs extrêmes ;

5.4 Une forte dégradation apparente du résultat d'exploitation estimé des CDS pluriprofessionnels, pris de manière agrégée, en 2022

L'analyse des données issues d'e-CDS portant sur les CDS pluriprofessionnels hors ceux gérés par les collectivités territoriales (pour lesquels les données ne sont fournies que pour une minorité d'entre eux), dont le nombre a fortement augmenté au cours des années récentes, fait apparaître une dégradation de la situation financière des centres, pris de manière agrégée, de 2016 à 2019 ou 2020 (selon les indicateurs retenus, Cf. *supra*), suivie d'une amélioration en 2021, puis d'une forte dégradation en 2022. Ces données agrégées doivent toutefois être considérées avec prudence eu égard aux erreurs de déclaration de données de certains centres (dont certains peuvent être de taille importante).

Le résultat d'exploitation estimé des CDS pluriprofessionnels hors ceux gérés par les collectivités territoriales, pris de manière agrégée, s'est dégradée de manière sensible entre 2016 et 2020, en raison d'une croissance des charges d'exploitation un peu plus forte que celle des recettes d'exploitation entre 2018 et 2020, après une croissance nettement plus forte en 2017. Le fort rebond des recettes, dépassant nettement celui des dépenses, s'est traduit par une nette

amélioration du résultat d'exploitation des centres en 2021, en lien vraisemblablement pour partie avec la crise sanitaire (tableaux 90 et 91, graphique 26).

Par la suite, les honoraires totaux ont augmenté de 4,4 % de 2021 à 2022, soit à un rythme très inférieur à celui des ETP annuels des personnels employés par les centres (9,4 %). Compte tenu par ailleurs notamment de l'inflation et des évolutions salariales (Cf. la partie 5.2.1), les recettes d'exploitation des centres, pris de manière agrégée, ont augmenté beaucoup moins que leurs charges d'exploitation en 2022 (5,4 %, contre 21,8 %).

Les CDS pluriprofessionnels hors ceux gérés par les collectivités territoriales, pris de manière agrégée, auraient ainsi enregistré un déficit d'exploitation estimé représentant environ 13 % de leurs charges d'exploitation en 2022, après un léger excédent d'exploitation en 2021⁸⁰. Ces estimations doivent toutefois être considérées avec beaucoup de prudence, pour les raisons mentionnées *supra*.

Comme indiqué *supra*, il convient toutefois de rester prudent dans l'interprétation de ces données agrégées, notamment de leurs évolutions, en raison des erreurs vraisemblables de déclaration de certains centres, y compris de certains centres de taille importante.

Tableau 90 : Evolution des financements et des dépenses des CDS pluriprofessionnels hors ceux gérés par des collectivités territoriales pris de manière agrégée de 2016 à 2022 en %

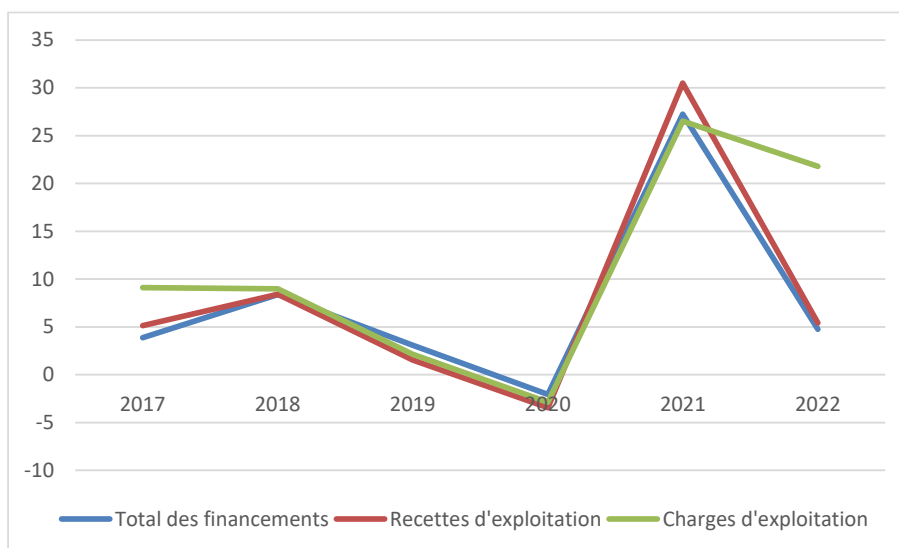
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Taux de croissance, en %		
								2019/2016	2022/2019	2022/2016
Total des financements	502,6	522,0	565,8	583,1	571,0	726,6	761,2	16,0	30,5	51,5
Recettes d'exploitation estimées	477,4	501,9	544,0	552,3	533,2	695,8	733,5	15,7	32,8	53,6
Honoraires totaux	411,6	415,5	459,7	462,9	454,6	600,1	626,6	12,4	35,4	52,2
Honoraires sans dépassement	342,8	345,9	388,4	395,8	399,8	519,0	548,2	15,5	38,5	59,9
Honoraires avec dépassement	68,8	69,6	71,4	67,1	54,8	81,1	78,4	-2,6	16,8	13,8
Rémunération forfaitaire spécifique (RFS)	7,3	14,6	14,2	16,5	18,8	21,0	28,6	127,5	73,4	294,4
Autres forfaits (MPA, FMT, RMT, RST)	3,3	4,7	8,1	8,6	8,8	9,6	10,1	158,4	18,0	204,9
Rémunération sur objectif de santé publique (ROSP)	1,4	1,5	1,9	2,1	2,1	2,4	2,6	43,2	24,2	77,8
Financement au titre des aides démographiques	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	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	22,5	27,1	55,7
Subvention Teulade	17,2	19,6	20,9	22,0	21,9	26,5	28,9	27,5	31,4	67,5
Autres financements directs de la CNAM	1,0	1,9	1,9	1,7	3,1	5,1	3,4	81,7	97,3	258,5
Paievements au titre des actes non remboursables	31,5	38,8	31,7	31,2	18,8	27,9	25,7	-0,9	-17,9	-18,6
Autres recettes liées à l'activité	3,9	5,3	5,4	7,4	5,0	3,3	7,7	87,8	4,2	95,8
Financements ARS	3,7	2,8	2,2	3,5	2,6	2,8	1,8	-7,0	-48,9	-52,5
Financements issus d'autres sources	21,4	17,4	19,6	27,3	35,3	27,9	25,9	27,7	-5,2	21,0
Charges d'exploitation	463,8	506,0	551,4	563,1	546,8	691,8	842,6	21,4	49,6	81,7
Charges de personnel	331,6	356,4	392,4	407,3	393,7	484,4	589,4	22,8	44,7	77,7
Amortissements	15,2	16,2	15,2	14,9	15,6	26,5	24,3	-2,1	63,1	59,7
Autres charges d'exploitation	117,0	133,4	143,7	140,9	137,5	180,9	229,0	20,4	62,5	95,7

Source : e-CDS, 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 ; avertissement : les données de ce tableau doivent être interprétées avec prudence, compte tenu de la possibilité d'erreurs de déclaration de certains centres ;

⁸⁰ Le solde entre le total des financements des centres (après prise en compte des financements issus des ARS et surtout des autres sources que l'assurance maladie, les organismes complémentaires et les patients) aurait été pour sa part déficitaire à hauteur d'environ 10 % des charges en 2022.

Graphique 26 : Taux de croissance annuels des financements et des charges d'exploitation des CDS pluriprofessionnels hors ceux gérés par des collectivités territoriales pris de manière agrégée de 2016 à 2022 en %



Source : e-CDS, 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 ; avertissement : les données de ce tableau doivent être interprétées avec prudence, compte tenu de la possibilité d'erreurs de déclaration de certains centres ;

Tableau 91 : Principaux ratios relatifs à la situation économique et financière des CDS pluriprofessionnels hors ceux gérés par des collectivités territoriales pris de manière agrégée de 2016 à 2022 en %

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ratio des honoraires sans dépassement sur charges de personnel en %	103,4	97,0	99,0	97,2	101,5	107,1	93,0
Ratio des honoraires totaux sur charges de personnel en %	124,2	116,6	117,2	113,6	115,5	123,9	106,3
Ratio des honoraires sans dépassement sur charges d'exploitation en %	73,9	68,4	70,4	70,3	73,1	75,0	65,1
Ratio des honoraires totaux sur charges d'exploitation en %	88,8	82,1	83,4	82,2	83,1	86,7	74,4
Ratio du résultat d'exploitation estimé sur charges d'exploitation en %	2,9	-0,8	-1,3	-1,9	-2,5	0,6	-12,9
Ratio du total des financements estimés nets des charges d'exploitation sur charges d'exploitation en %	8,4	3,2	2,6	3,6	4,4	5,0	-9,7

Source : e-CDS, 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 ; avertissement : les données de ce tableau doivent être interprétées avec prudence, compte tenu de la possibilité d'erreurs de déclarations de certains centres ;

5.5 Une situation financière des CDS pluriprofessionnels globalement dégradée en 2022 mais qui varie fortement selon les centres

Au-delà des données agrégées, une analyse de la distribution des centres au regard des quatre indicateurs intermédiaires et des deux indicateurs plus fondamentaux définis *supra* révèle une situation économique et financières des CDS pluriprofessionnels globalement dégradée en 2022, mais très variable d'un centre à l'autre (tableau 92).

Outre un certain nombre de valeurs très élevées ou très faibles qui interrogent sur la situation particulière de certains centres et/ou la qualité données, notamment de charges d'exploitation qu'ils ont saisies dans la plateforme e-CDS, l'analyse fait ressortir les principaux points suivants pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé⁸¹ :

- La part médiane des recettes d'honoraires hors dépassement rapportées aux charges de personnel des centres pluriprofessionnels de ce champ n'était que de 87,1 % en 2022 (une moitié des centres avaient un ratio supérieur ou égal à ce seuil et une autre moitié avaient un ratio inférieur), un quart des centres ayant un tel ratio supérieur ou égal à 107,3 % (3^{ème} quartile) alors qu'un autre quart avait à l'inverse un tel ratio inférieur à 63,3 % (1^{er} quartile).
- Après prise en compte des honoraires incluant un dépassement par rapport à la base remboursable, la part médiane des recettes d'honoraires totaux dans la masse salariale des centres pluriprofessionnels de ce champ n'était pour sa part que de 95,4 % - plus d'une moitié des centres n'avaient pas un montant d'honoraires totaux couvrant leurs charges de personnel - un quart des centres ayant un tel ratio supérieur ou égal à 120,0 % (3^{ème} quartile) alors qu'un autre quart avait un tel ratio inférieur à 70,3 % (1^{er} quartile).
- La part médiane des recettes d'honoraires totaux y compris ceux avec dépassement rapportées à l'ensemble des charges d'exploitation des centres n'était que de 71,8 % en 2022 (66,6 % en se limitant aux honoraires sans dépassement), un quart des centres ayant un tel ratio supérieur ou égal à 87,2 % (3^{ème} quartile) alors qu'un autre quart avait un tel ratio inférieur à 53,8 % (80,2 % et 47,0 % respectivement en se limitant aux honoraires sans dépassement).

De manière plus fondamentale, en tenant compte de l'ensemble des recettes d'exploitation recensées dans e-CDS, le ratio médian du résultat d'exploitation estimé rapporté aux charges d'exploitation des centres sur un champ voisin⁸² était de -9,8 % en 2022 : une moitié des centres avait un déficit d'exploitation supérieur ou égal à 9,8 % de leurs charges d'exploitation cette année-là, une moitié des centres ayant un résultat d'exploitation supérieur à ce seuil. Un quart des centres ont enregistré un déficit d'exploitation estimé supérieur à 30,4 % de leurs charges (1^{er} quartile) cette année-là, une part notable des centres enregistrant des déficits bien plus

⁸¹ Les données qui suivent portent sur ceux de ces centres 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). Cet échantillon comporte 427 centres.

⁸² A savoir ceux du champ précédent ne faisant pas partie d'un regroupement de CDS par la CNAM pour l'attribution de la rémunération forfaitaire spécifique prévue par cet accord.

importants encore⁸³. A l'inverse toutefois, d'après les données, un quart des centres ont dégagé un excédent d'exploitation supérieur ou égal à 4,7 % de leurs charges d'exploitation (3^{ème} quartile), une partie des centres ayant dégagé des excédents d'exploitation bien plus élevés (tableau 92, graphiques 27 et 28)⁸⁴. Au total, 33,3 % des centres de l'échantillon considéré ont dégagé un résultat d'exploitation excédentaire (Cf. tableau 99 *infra*).

Après prise en compte de l'ensemble des financements recensés dans e-CDS – y compris ceux émanant des ARS, le plus souvent inexistantes ou marginaux, et surtout ceux issus d'autres sources de financement que l'assurance maladie, les organismes complémentaires et les patients, qui sont conséquents pour une partie des centres, notamment pour ceux gérés par des collectivités territoriales - le ratio médian du total des financements nets des charges d'exploitation rapporté aux charges d'exploitation s'est établi à -5,7 % en 2022 sur un champ proche du précédent⁸⁵ : 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 avaient un tel déficit financier représentant plus de 22,5 % de leurs charges d'exploitation, un autre quart ont dégagé à l'inverse un excédent financier représentant plus de 11,1 % de leurs charges la même année (tableau 92, graphiques 29 et 30). Au total, 41,1 % des centres de l'échantillon avaient un tel ratio positif en 2022 (Cf. tableau 101 *infra*).

⁸³ 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.

⁸⁴ D'après les données, de l'ordre de 10 % des centres ont enregistré un excédent d'exploitation supérieur à 23,0 % de leurs charges (9^{ème} décile) ; ce chiffre peut toutefois être affecté par des données extrêmes, pour partie erronées, de certains centres.

⁸⁵ A savoir les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé, 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 pour lesquels, de surcroît, l'ARS a fourni des données qu'elle a formellement validées (et hors le CDS LIVI).

Tableau 92 : 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 %

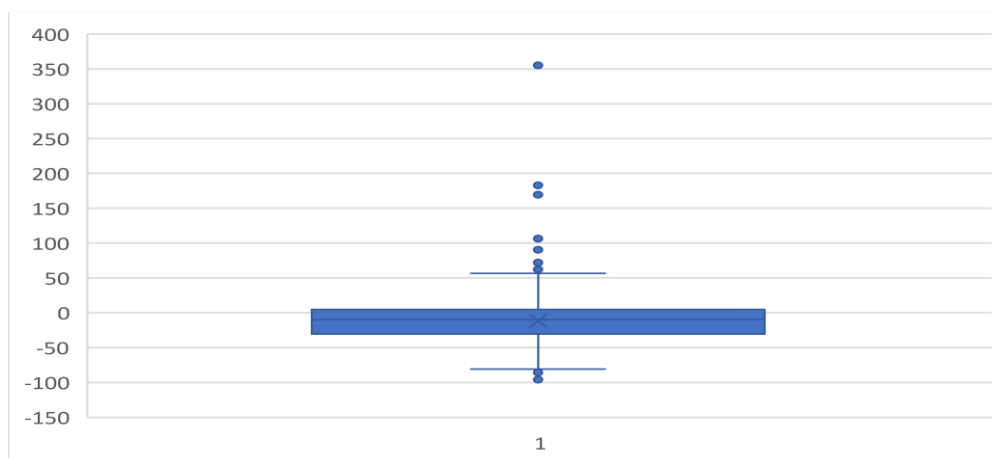
	Nombre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Ratio des honoraires sans dépassement sur charges de personnel en %	427	0,1	39,2	63,3	87,1	138,8	107,3	135,1	19586,4
Ratio des honoraires totaux sur sur charges de personnel en %	427	0,1	40,7	70,3	95,4	164,6	120,0	148,2	27592,9
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 : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) médicaux et polyvalents, adhérant à l'accord national des CDS, pour lesquels les données de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; pour le ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation et le ratio du total des financements estimés nets des charges d'exploitation sur les charges d'exploitation, le champ des CDS est par ailleurs limité à ceux 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 ce dernier ratio, le champ des CDS est restreint en outre à ceux pour lesquels l'ARS a fourni et validé les données qu'elle doit fournir, notamment de financement ; définitions : les recettes d'exploitation sont définies ici comme la somme des financements apportés par l'assurance-maladie au titre des actes ou de l'activité des CDS, des financements apportés par les organismes complémentaires ou attendus d'eux, des paiements effectués par les patients et les organismes complémentaires au titre des actes hors nomenclature ou non pris en charge par l'assurance-maladie et des autres recettes liées à l'activité non financées directement par l'assurance maladie ; le total des financements estimés est obtenu en ajoutant aux recettes d'exploitation ainsi définies les financements apportés par l'ARS et ceux issus d'autres sources (ces derniers étant estimés sur la base des données issues d'e-CDS et d'un jeu d'hypothèses retenu par la mission en vue de les consolider) ; les charges d'exploitation sont calculées comme la somme des charges de personnel, des amortissements et des autres charges d'exploitation ;

Lecture : la moitié des CDS de l'échantillon considéré ont un ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation inférieur ou supérieur à -9,8 % ; pour un quart des CDS, ce ratio est supérieur à 4,7 % alors que pour 10 % des CDS ce ratio est inférieur à -56,9 % ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales des ratios sont très fortement affectées par des données extrêmes reflétant pour certaines des erreurs de déclaration des CDS ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes peuvent être aussi significativement affectées par de telles valeurs extrêmes ;

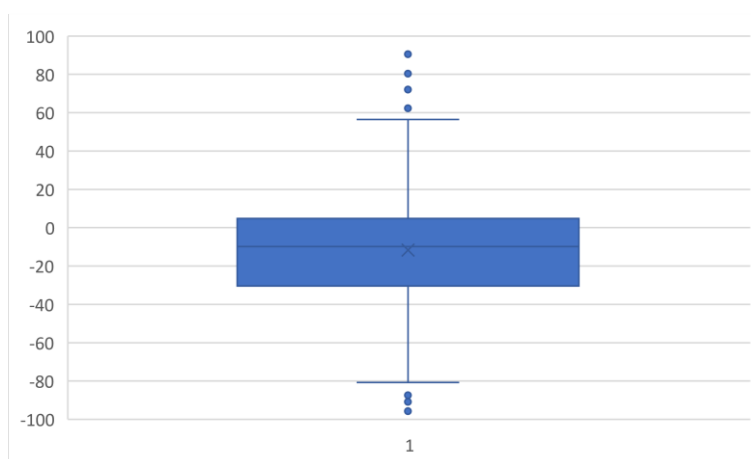
Graphique 27 : Représentation graphique de la distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents en 2022, en %



Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent ;

Note : ce graphique en « boîte à moustaches » montre la répartition des données en quartiles, en mettant en valeur les valeurs hors norme ; le rectangle s'étend verticalement du premier quartile au troisième quartile et est coupé par la médiane (l'axe des abscisses n'a pas de signification) ; les croix indiquent la moyenne ; les lignes, appelées « moustaches », qui s'étendent verticalement à partir des rectangles indiquent la variabilité en dehors des quartiles inférieurs et supérieurs ; les points situés à l'extérieur de ces lignes peuvent être considérés comme des valeurs hors norme.

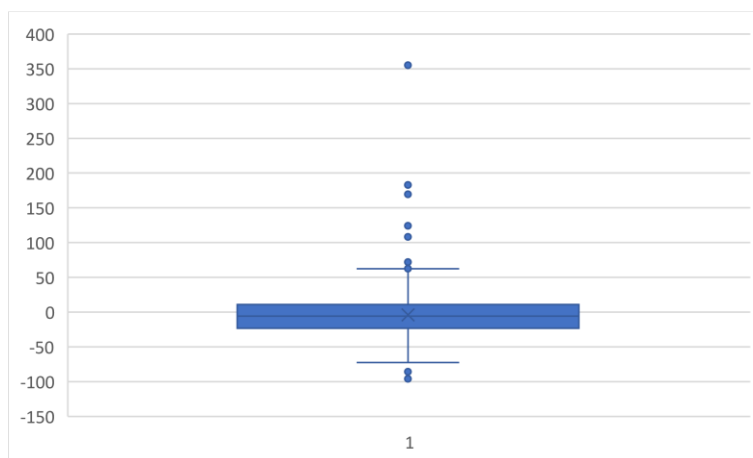
Graphique 28 : Représentation graphique complémentaire avec zoom sur les principaux quartiles de la distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents par grandes catégories de statuts juridiques des gestionnaires en 2022, en %



Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent ;

Note : ce graphique en « boîte à moustaches » est le même que le graphique précédent ; pour faciliter sa lisibilité des principaux quartiles de la distribution, son champ est toutefois limité aux CDS ayant un ratio de résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation compris entre -100 % et 100 % ;

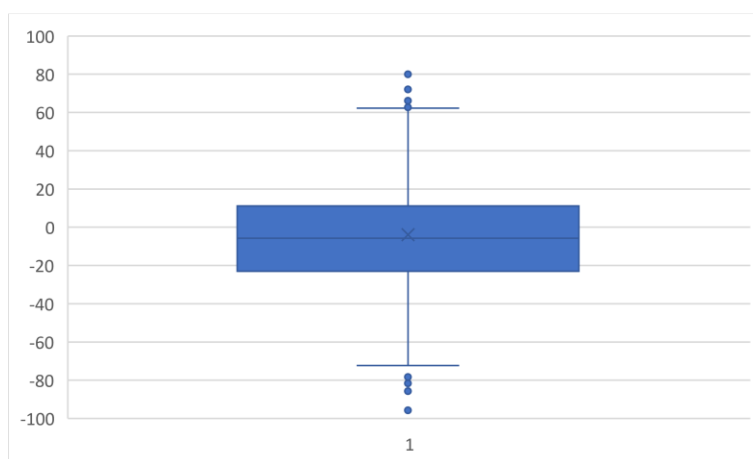
Graphique 29 : Représentation graphique de la distribution du ratio du total des financements estimés nets des charges d'exploitation sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents en 2022, en %



Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent ;

Note : ce graphique en « boîte à moustaches » montre la répartition des données en quartiles, en mettant en valeur les valeurs hors norme ; le rectangle s'étend verticalement du premier quartile au troisième quartile et est coupé par la médiane (l'axe des abscisses n'a pas de signification) ; les croix indiquent la moyenne ; les lignes, appelées « moustaches », qui s'étendent verticalement à partir des rectangles indiquent la variabilité en dehors des quartiles inférieurs et supérieurs ; les points situés à l'extérieur de ces lignes peuvent être considérés comme des valeurs hors norme.

Graphique 30 : Représentation graphique complémentaire avec zoom sur les principaux quartiles de la distribution du ratio du total des financements estimés nets des charges d'exploitation sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents par grandes catégories de statuts juridiques des gestionnaires en 2022, en %



Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent ;

Note : ce graphique en « boîte à moustaches » est le même que le graphique précédent ; pour faciliter sa lisibilité des principaux quartiles de la distribution, son champ est toutefois limité aux CDS ayant un ratio ayant un ratio du total des recettes estimées nettes des charges d'exploitation sur les charges d'exploitation compris entre -100 % et 100 % ;

Pour tenir compte du fait que les données financières relatives à l'année 2022 peuvent présenter une fragilité particulière ou être affectés par certains éléments de calendrier particuliers (perception de certaines recettes avec un décalage l'année suivante), d'une part, et que la situation financière de ces centres, au cours de leurs premiers mois d'existence peut être intrinsèquement plus fragile, d'autre part, la mission a également calculé les indicateurs précédents pour 2022 sur l'ensemble de centres pluriprofessionnels hors ceux créés au cours de cette année-là. Il en ressort que la situation économique et financière de ces centres apparaît globalement un peu moins dégradée, mais toujours très variable selon les centres (tableau 83) :

- Pour l'ensemble des CDS médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national sur le champ précédemment retenu⁸⁶ 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 (contre -9,8 % pour l'ensemble des centres y compris ceux ayant ouvert en 2022).
- Pour l'ensemble de ces CDS sur un champ voisin⁸⁷, le ratio médian du total des financements estimés nets des charges d'exploitation rapporté aux charges d'exploitation s'est établi à -5,0 % la même année (contre -5,7 % pour l'ensemble des centres y compris ceux ayant ouvert en cours d'année).

Tableau 93 : 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 hors les CDS ouverts en 2022, en %

	Nombre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Ratio des honoraires sans dépassement sur charges de personnel en %	399	1,1	40,8	65,3	87,7	143,1	108,5	134,2	19586,4
Ratio des honoraires totaux sur charges de personnel en %	399	1,2	43,1	72,6	96,9	170,4	120,4	146,9	27592,9
Ratio des honoraires sans dépassement sur charges d'exploitation en %									
Ratio des honoraires totaux sur charges d'exploitation en %	399	0,7	33,1	58,0	72,6	72,6	87,6	103,5	319,4
Ratio du résultat d'exploitation estimé sur charges d'exploitation en %	380	-94,3	-56,0	-28,5	-9,1	-10,6	4,9	22,9	355,0
Ratio du total des financements nets des charges d'exploitation sur charges d'exploitation en %	365	-85,7	-44,3	-21,2	-5,0	-2,8	11,1	27,5	355,0

Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent (le champ des CDS excluant en outre ceux ouverts en 2022)

La mission a également produit des éléments de comparaison relatifs aux comptes d'exploitation des CDS pluriprofessionnels selon les catégories des centres définies par l'accord national des centres de santé, d'une part, et entre les CDS pluriprofessionnels et l'ensemble des CDS d'autre part (tableau 94). Il en ressort notamment que :

⁸⁶ A savoir ceux ne faisant pas partie d'un regroupement de CDS par la CNAM pour l'attribution de la rémunération forfaitaire spécifique prévue par cet accord et pour lesquels les données de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (et hors le CDS LIVI).

⁸⁷ Limité aux centres pour lesquels l'ARS a fourni des données et les a validées.

- La situation économique et financière des centres, appréciée au travers le ratio de leur résultat d'exploitation estimé rapporté à leurs charges d'exploitation, demeure très variable au sein de chaque catégorie de centres.
- Parmi les CDS pluriprofessionnels, les centres médicaux sont globalement en meilleure santé financière que les centres polyvalents : le taux médian de résultat d'exploitation rapporté aux charges d'exploitation était de -0,7 % en 2022 pour les premiers, contre respectivement -10,3 % et -9,8 % pour les centres polyvalents qui déclarent respectivement employer ou pas des auxiliaires médicaux.
- Les CDS pluriprofessionnels avaient en 2022 une situation économique et financière globalement plus dégradée que l'ensemble des CDS : le taux médian de résultat d'exploitation estimé rapporté aux charges d'exploitation était de -9,7 % en 2022 pour les premiers, contre -6,4 % pour l'ensemble des centres de santé (tableau 83).

Tableau 94 : Distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels et l'ensemble des CDS par catégories CNAM de CDS en 2022, en %

	Nombre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max	Part des CDS ayant un ratio positif ou nul
CDS pluriprofessionnels	417	-95,7	-56,5	-30,1	-9,7	-11,2	4,7	23,0	355,0	33,6
<i>Centres de santé dentaires</i>	<i>4</i>	<i>-12,7</i>	<i>-11,3</i>	<i>-9,3</i>	<i>-3,1</i>	<i>23,2</i>	<i>29,5</i>	<i>78,8</i>	<i>111,7</i>	<i>50,0</i>
<i>Centres de santé infirmiers</i>	<i>7</i>	<i>-25,5</i>	<i>-24,2</i>	<i>-18,3</i>	<i>-6,3</i>	<i>-5,7</i>	<i>7,7</i>	<i>11,7</i>	<i>12,9</i>	<i>42,9</i>
<i>Centres de santé médicaux</i>	<i>45</i>	<i>-85,5</i>	<i>-64,5</i>	<i>-19,5</i>	<i>-0,7</i>	<i>-4,5</i>	<i>14,9</i>	<i>33,0</i>	<i>182,9</i>	<i>48,9</i>
<i>Centres de santé polyv. avec aux. méd.</i>	<i>330</i>	<i>-94,3</i>	<i>-56,0</i>	<i>-30,3</i>	<i>-10,3</i>	<i>-12,1</i>	<i>3,3</i>	<i>20,0</i>	<i>355,0</i>	<i>30,9</i>
<i>Centres de santé polyv. sans aux. méd.</i>	<i>31</i>	<i>-95,7</i>	<i>-57,3</i>	<i>-37,8</i>	<i>-9,8</i>	<i>-17,0</i>	<i>4,1</i>	<i>15,4</i>	<i>34,4</i>	<i>35,5</i>
Total des CDS	2384	-99,9	-40,6	-21,4	-6,4	21,1	7,1	30,0	57400,5	37,2
<i>Centres de santé dentaires</i>	<i>1121</i>	<i>-99,9</i>	<i>-36,3</i>	<i>-21,4</i>	<i>-8,3</i>	<i>-2,7</i>	<i>6,4</i>	<i>34,6</i>	<i>1617,6</i>	<i>33,8</i>
<i>Centres de santé infirmiers</i>	<i>413</i>	<i>-92,6</i>	<i>-23,8</i>	<i>-9,5</i>	<i>-0,3</i>	<i>0,6</i>	<i>7,9</i>	<i>21,2</i>	<i>597,7</i>	<i>48,7</i>
<i>Centres de santé médicaux</i>	<i>242</i>	<i>-96,1</i>	<i>-60,5</i>	<i>-31,1</i>	<i>-7,2</i>	<i>-1,3</i>	<i>10,9</i>	<i>32,7</i>	<i>1289,9</i>	<i>40,5</i>
<i>Centres de santé polyv. avec aux. méd.</i>	<i>470</i>	<i>-94,3</i>	<i>-53,6</i>	<i>-28,6</i>	<i>-8,8</i>	<i>-5,3</i>	<i>6,4</i>	<i>28,3</i>	<i>381,4</i>	<i>35,3</i>
<i>Centres de santé polyv. sans aux. méd.</i>	<i>138</i>	<i>-95,7</i>	<i>-46,0</i>	<i>-26,6</i>	<i>-11,3</i>	<i>405,3</i>	<i>3,7</i>	<i>34,9</i>	<i>57400,5</i>	<i>31,2</i>

Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS ayant fourni des données dans e-CDS et les ayant validées, adhérant à l'accord national des CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; définitions : les recettes d'exploitation sont définies ici comme la somme des financements apportés par l'assurance-maladie au titre des actes ou de l'activité des CDS, des financements apportés par les organismes complémentaires ou attendus d'eux, des paiements effectués par les patients et les organismes complémentaires au titre des actes hors nomenclature ou non pris en charge par l'assurance-maladie et des autres recettes liées à l'activité non financées directement par l'assurance maladie ; les charges d'exploitation sont calculées comme la somme des charges de personnel, des amortissements et des autres charges d'exploitation ;

Lecture : la moitié des CDS de santé dentaires de l'échantillon ont un ratio inférieur ou supérieur à -8,3 % ; un quart de ces CDS ont un ratio supérieur à 6,4 % tandis que 10 % ont un ratio inférieur à -36,3 % ; 33,8 % de ces CDS ont un ratio positif en 2022 ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio sont très fortement affectées par des données extrêmes pouvant refléter pour certaines des erreurs de déclarations pour certaines catégories de CDS ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes sont aussi significativement affectées, voire dans certains cas, très affectées par de telles valeurs extrêmes ; par ailleurs, les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les catégories de CDS pour lesquelles le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n'ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

5.6 Une situation financière des CSP pluriprofessionnels en 2022 très variable selon les centres et qui varie selon le type de gestionnaires

L'analyse des quatre indicateurs économiques et financiers (présentés *supra*) informant à titre intermédiaire ou partielle de la situation économique et financière des centres fait apparaître des variations, dans une certaine mesure, selon les grandes catégories de gestionnaires de centre, ainsi qu'une très forte variabilité des situations au sein de chaque catégorie (tableaux 95, 96, 97 et 98).

Tableau 95 : Distribution du ratio des honoraires sans dépassement sur les charges de personnel pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents par grandes catégories de statuts juridiques des gestionnaires en 2022, en %

	Nombre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Associations	192	0,1	49,5	76,7	103,2	214,8	129,2	162,7	19586,4
Organismes de sécurité sociale	105	10,2	55,2	76,3	86,5	85,0	99,3	108,9	133,9
Organismes mutualistes	38	47,7	70,1	76,1	85,7	90,3	101,5	116,0	143,8
Collectivités territoriales	36	22,3	40,6	45,0	57,6	60,5	71,5	91,9	104,1
Autres organismes et établissements publics	21	1,1	6,0	8,2	16,2	22,8	29,1	40,1	92,7
Autres organismes privés à but non lucratif	16	26,8	31,4	62,5	84,8	98,6	99,4	118,0	412,9
Organismes privés à caractère commercial	12	42,6	48,0	61,6	71,3	78,8	97,3	105,5	139,5
<i>Etablissements publics de santé</i>	7	28,4	45,0	64,3	73,4	70,4	85,3	90,1	91,7
Ensemble des CDS	427	0,1	39,2	63,3	87,1	138,8	107,3	135,1	19586,4
Ensemble des CDS hors ceux gérés par d'autres organismes	406	0,1	47,4	69,8	88,8	144,8	109,6	137,2	19586,4
Ensemble des CDS hors ceux ouverts en 2022	399	1,1	40,8	65,3	87,7	143,1	108,5	134,2	19586,4
Ensemble des CDS hors ceux ouverts en 2022 et ceux gérés	378	9,4	51,4	71,4	89,9	149,8	109,9	137,1	19586,4

Source : e-CDS, 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 CDS, pour lesquels les données de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ;

Lecture : la moitié des CDS de l'échantillon ont un ratio inférieur ou supérieur à 87,1 % ; un quart des CDS ont un ratio supérieur à 107,3 % alors que 10 % ont un ratio inférieur à 39,2 % ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio sont très fortement affectées par des données extrêmes reflétant pour certaines des erreurs de déclaration des CDS ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes sont aussi significativement affectées par de telles valeurs extrêmes ; par ailleurs, les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les catégories de CDS pour lesquelles le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n'ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

Tableau 96 : Distribution du ratio des honoraires totaux sur les charges de personnel pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents par grandes catégories de statuts juridiques des gestionnaires en 2022, en %

	Nombre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Associations	192	0,1	50,6	86,0	112,6	265,4	140,6	172,7	27592,9
Organismes de sécurité sociale	105	13,1	59,0	77,2	86,8	86,2	100,8	109,8	133,8
Organismes mutualistes	38	48,3	87,2	99,6	106,4	111,5	124,5	144,8	177,6
Collectivités territoriales	36	22,3	42,4	46,8	60,0	64,2	79,0	97,8	104,1
Autres organismes et établissements publics	21	1,2	6,0	8,2	16,3	22,8	29,1	40,1	92,7
Autres organismes privés à but non lucratif	16	26,8	35,8	71,9	90,5	105,0	110,9	124,4	413,0
Organismes privés à caractère commercial	12	42,6	48,5	68,2	78,1	89,6	101,3	107,7	214,7
<i>Etablissements publics de santé</i>	7	28,4	45,0	64,3	73,4	70,4	85,5	90,1	91,8
Ensemble des CDS	427	0,1	40,7	70,3	95,4	164,6	120,0	148,2	27592,9
Ensemble des CDS hors ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics	406	0,1	48,8	74,7	98,1	171,9	121,8	149,8	27592,9
Ensemble des CDS hors ceux ouverts en 2022	399	1,2	43,1	72,6	96,9	170,4	120,4	146,9	27592,9
Ensemble des CDS hors ceux ouverts en 2022 et ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics	378	9,4	52,9	77,5	99,5	178,6	122,2	149,2	27592,9

Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent

Tableau 97 : Distribution du ratio des honoraires sans dépassement sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents par grandes catégories de statuts juridiques des gestionnaires en 2022, en %

	Nombre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Associations	192	0,0	30,9	49,8	70,8	74,0	88,6	118,3	319,2
Organismes de sécurité sociale	105	7,9	43,3	59,7	72,1	69,7	80,3	91,0	113,2
Organismes mutualistes	38	31,5	42,1	51,7	62,0	63,5	75,4	90,4	96,1
Collectivités territoriales	36	17,7	34,5	41,0	49,5	52,9	63,9	80,4	93,6
Autres organismes et établissements publics	21	0,7	5,6	6,6	14,3	18,8	23,9	33,4	76,5
Autres organismes privés à but non lucratif	16	25,2	26,8	41,0	64,7	68,5	76,2	102,0	203,7
Organismes privés à caractère commercial	12	33,5	39,5	46,0	54,1	56,1	66,6	75,1	80,0
<i>Etablissements publics de santé</i>	7	26,2	32,8	49,0	62,8	56,2	68,0	69,7	70,2
Ensemble des CDS	427	0,0	27,9	47,0	66,6	66,5	80,2	96,4	319,2
Ensemble des CDS hors ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics	406	0,0	35,5	50,8	67,9	69,0	81,4	97,4	319,2
Ensemble des CDS hors ceux ouverts en 2022	399	0,7	32,5	48,7	68,0	67,7	81,2	96,4	319,2
Ensemble des CDS hors ceux ouverts en 2022 et ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics	378	7,6	38,9	52,5	69,3	70,4	83,3	97,4	319,2

Source : e-CDS, 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 CDS, pour lesquels les données de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ;

Lecture : la moitié des CDS de l'échantillon ont un ratio inférieur ou supérieur à 66,6 % ; un quart des CDS ont un ratio supérieur à 80,2 % alors que 10 % ont un ratio inférieur à 27,9 % ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio sont très fortement affectées par des données extrêmes reflétant pour certaines des erreurs de déclaration des CDS ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes sont aussi significativement affectées par de telles valeurs aberrantes ; par ailleurs, les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les catégories de CDS pour lesquelles le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n'ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

Tableau 98 : Distribution du ratio des honoraires totaux sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents par grandes catégories de statuts juridiques des gestionnaires en 2022, en %

	Nombre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
Associations	192	0,0	33,3	61,0	78,4	80,0	95,1	122,6	319,4
Organismes de sécurité sociale	105	9,4	48,7	60,7	72,2	70,6	80,6	91,0	113,2
Organismes mutualistes	38	31,9	59,0	69,3	74,6	77,4	91,1	100,5	107,2
Collectivités territoriales	36	17,7	36,9	43,3	53,8	56,1	66,8	86,3	93,6
Autres organismes et établissements publics	21	0,7	5,7	6,6	14,3	18,8	23,9	33,4	76,5
Autres organismes privés à but non lucratif	16	25,2	30,1	52,8	67,6	72,9	84,8	102,1	203,8
Organismes privés à caractère commercial	12	33,5	39,6	47,7	56,6	63,7	71,3	102,2	116,8
<i>Etablissements publics de santé</i>	7	26,2	32,8	49,0	63,2	56,2	68,0	69,7	70,2
Ensemble des CDS	427	0,0	28,9	53,8	71,8	71,3	87,2	104,1	319,4
Ensemble des CDS hors ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics	406	0,0	36,2	58,7	72,7	74,1	88,1	104,9	319,4
Ensemble des CDS hors ceux ouverts en 2022	399	0,7	33,1	58,0	72,6	72,6	87,6	103,5	319,4
Ensemble des CDS hors ceux ouverts en 2022 et ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics	378	7,6	41,0	60,3	74,0	75,6	88,6	104,4	319,4

Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent

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 (tableaux 99 et 100, graphiques 31 et 32), 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, contre -9,8 % pour l'ensemble de l'échantillon.
- Une situation relativement plus dégradée pour le nombre modeste 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 99).

Tableau 99 : Distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents par grandes catégories de statuts juridiques des gestionnaires en 2022, en %

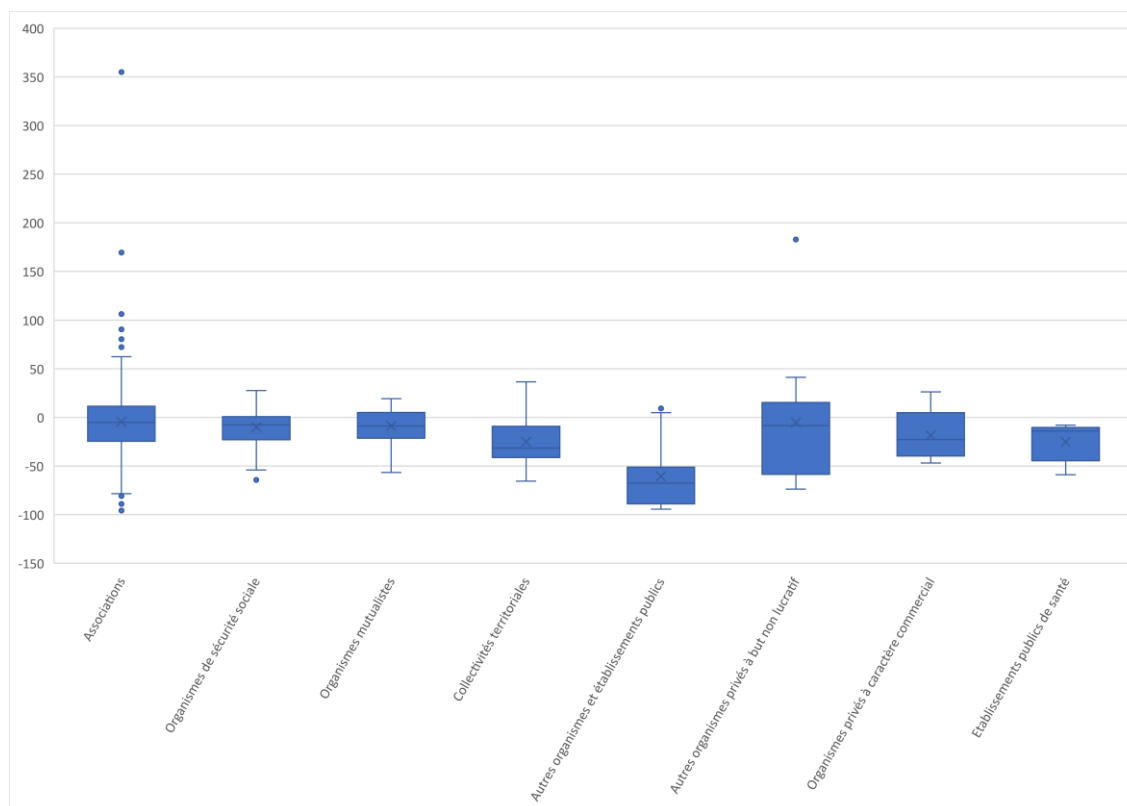
	Nombre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max	Part des CDS avec un ratio positif ou nul en %
Associations	192	-95,7	-56,3	-24,0	-5,1	-4,6	11,4	38,9	355,0	43,2
Organismes de sécurité sociale	86	-64,2	-35,4	-22,1	-7,6	-10,0	0,5	14,6	27,6	26,7
Organismes mutualistes	37	-56,5	-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
<i>Etablissements publics de santé</i>	<i>7</i>	<i>-58,8</i>	<i>-50,2</i>	<i>-36,3</i>	<i>-14,0</i>	<i>-25,3</i>	<i>-11,9</i>	<i>-9,4</i>	<i>-8,1</i>	<i>0,0</i>
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 : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) médicaux et polyvalents, adhérant à l'accord national des CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; définitions : les charges d'exploitation sont définies ici comme la somme des financements apportés par l'assurance-maladie au titre des actes ou de l'activité des CDS, des financements apportés par les organismes complémentaires ou attendus d'eux, des paiements effectués par les patients et les organismes complémentaires au titre des actes hors nomenclature ou non pris en charge par l'assurance-maladie et des autres recettes liées à l'activité non financées directement par l'assurance maladie ;

Lecture : la moitié des CDS de l'échantillon ont un ratio inférieur ou supérieur à -9,8 % ; un quart des CDS ont un ratio supérieur à 4,7 % tandis que 10 % ont un ratio inférieur à -56,9 % ; 33,3 % de l'ensemble des CDS ont un ratio positif en 2022 ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio sont très fortement affectées par des données extrêmes reflétant pour certaines des erreurs de déclaration des CDS ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes sont aussi significativement affectées par de telles valeurs extrêmes ; par ailleurs, les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les catégories de CDS pour lesquelles le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n'ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

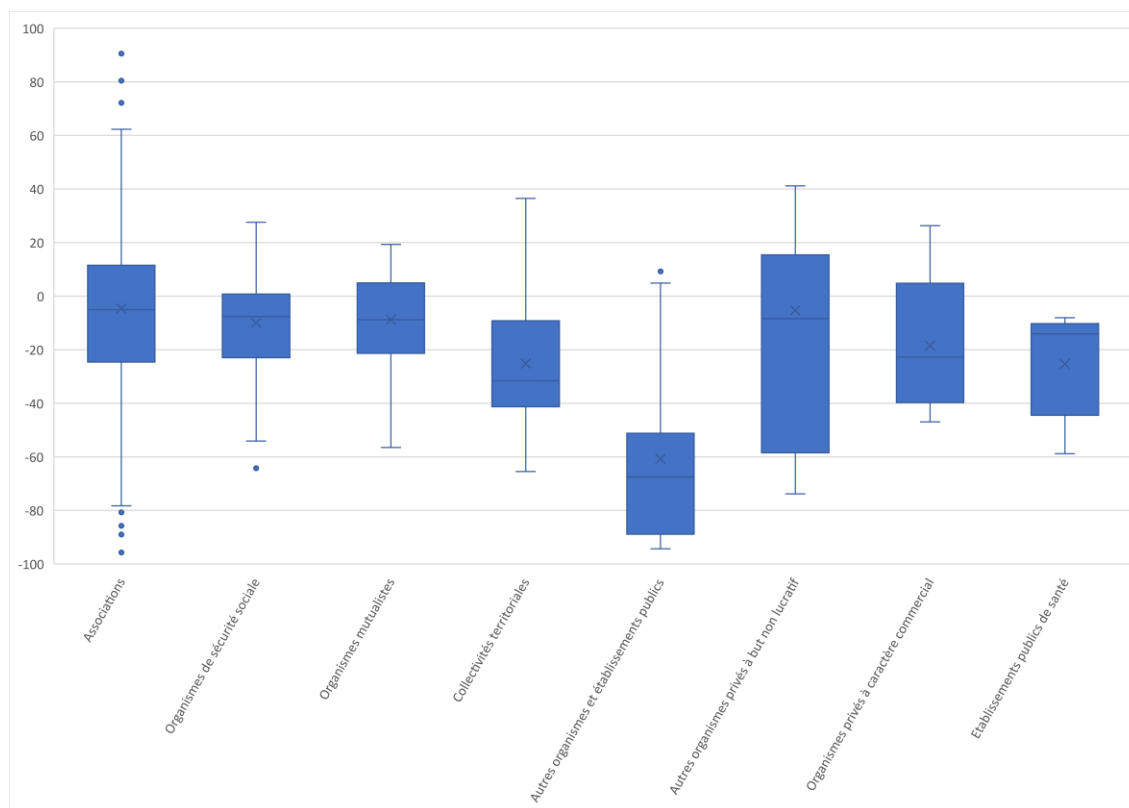
Graphique 31 : Représentation graphique de la distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents par grandes catégories de statuts juridiques des gestionnaires en 2022, en %



Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent ;

Note : ce graphique en « boîte à moustaches » montre la répartition des données en quartiles, en mettant en valeur les valeurs hors norme ; les rectangles s'étendent du premier quartile au troisième quartile et sont coupés par la médiane ; les croix indiquent la moyenne ; les lignes, appelées « moustaches », qui s'étendent verticalement à partir des rectangles indiquent la variabilité en dehors des quartiles inférieurs et supérieurs ; les points situés à l'extérieur de ces lignes peuvent être considérés comme des valeurs hors norme.

Graphique 32 : Représentation graphique complémentaire avec zoom sur les principaux quartiles de la distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents par grandes catégories de statuts juridiques des gestionnaires en 2022, en %



Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent ;

Note : ce graphique en « boîte à moustaches » est le même que le graphique précédent ; pour faciliter sa lisibilité des principaux quartiles de la distribution, son champ est toutefois limité aux CDS ayant un ratio de résultat d'exploitation estimé sur les dépenses d'exploitation compris entre -100 % et 100 %

Tableau 100 : Distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents par statuts juridiques 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 %
Association de Droit Local	4	-62,7	-59,0	-53,4	-44,3	4,5	13,6	107,1	169,5	25,0
Association Loi 1901 non Reconnue d'Utilité Publique	153	-89,0	-52,5	-21,4	-4,7	-4,9	10,8	41,2	108,4	43,8
Association Loi 1901 Reconnue d'Utilité Publique	35	-95,7	-66,3	-30,6	-10,8	-4,3	12,7	29,3	355,0	42,9
Autre Collectivité Territoriale	3	-30,8	-29,4	-27,2	-23,6	-21,1	-16,3	-11,9	-9,0	0,0
Autre Etb. Public Local à caractère Administratif	19	-94,3	-93,8	-88,8	-67,5	-59,9	-51,2	-3,6	9,2	10,5
Autre Organisme Mutualiste	1	-13,0	-13,0	-13,0	-13,0	-13,0	-13,0	-13,0	-13,0	0,0
Autre Société	2	-34,5	-29,6	-22,4	-10,3	-10,3	1,8	9,1	13,9	50,0
Centre Communal Action Sociale	2	-41,8	-37,1	-30,2	-18,7	-18,7	-7,1	-0,2	4,4	50,0
Comité d'Entreprise et d'Etablissement	3	-73,8	-73,4	-72,8	-71,8	-69,5	-67,4	-64,8	-63,0	0,0
Commune	24	-62,4	-50,3	-41,0	-34,4	-28,6	-19,8	4,8	14,9	12,5
Département	6	-65,5	-55,1	-41,6	-24,3	-21,7	-10,1	14,2	36,5	16,7
Etablissement Public Communal d'Hospitalisation	2	-14,0	-14,0	-13,9	-13,8	-13,8	-13,7	-13,7	-13,6	0,0
Etablissement Public Départemental d'Hospitalisation	1	-10,3	-10,3	-10,3	-10,3	-10,3	-10,3	-10,3	-10,3	0,0
Etablissement Public Intercommunal d'Hospitalisation	2	-58,8	-53,8	-46,2	-33,5	-33,5	-20,8	-13,1	-8,1	0,0
Etablissement Public Interdépartemental d'Hospitalisation	1	-28,0	-28,0	-28,0	-28,0	-28,0	-28,0	-28,0	-28,0	0,0
Etablissement Public Régional d'Hospitalisation	1	-44,5	-44,5	-44,5	-44,5	-44,5	-44,5	-44,5	-44,5	0,0
Etablissement Social et Médico-Social Départemental	1	-58,8	-58,8	-58,8	-58,8	-58,8	-58,8	-58,8	-58,8	0,0
Etb. Public Industriel et Commercial National	1	-79,7	-79,7	-79,7	-79,7	-79,7	-79,7	-79,7	-79,7	0,0
Fondation	12	-58,5	-26,7	-15,9	-4,1	10,7	17,3	39,3	182,9	50,0
Groupement d'Intérêt Public (G.I.P.)	1	11,7	11,7	11,7	11,7	11,7	11,7	11,7	11,7	100,0
Régime Général de Sécurité Sociale	5	-64,2	-55,3	-41,8	-38,9	-35,8	-30,5	-14,2	-3,4	0,0
Régime Spécial de Sécurité Sociale	81	-54,1	-28,7	-17,5	-7,2	-8,4	1,1	15,3	27,6	28,4
Société Mutualiste	36	-56,5	-29,8	-21,2	-8,7	-8,7	4,8	12,0	19,3	33,3
Société par Actions Simplifiée (S.A.S.)	10	-46,9	-44,0	-38,5	-22,8	-20,2	-14,6	12,5	26,3	20,0
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 publics	359	-89,0	-46,6	-25,6	-8,6	-7,6	5,6	23,6	355,0	35,7

Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent

L'indicateur du total des financements estimés nets des charges d'exploitation rapporté à ces dernières, qui tient compte des financements 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 (tableaux 101 et 102, graphiques 33 et 34) :

- 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 ainsi 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 financements nets des charges d'exploitation rapporté 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.

Tableau 101 : Distribution du ratio du total des financements estimés nets des charges d'exploitation sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents par grandes catégories de statuts juridiques 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	183	-95,7	-45,0	-19,6	-0,7	3,3	16,8	47,5	355,0	48,6
Organismes de sécurité sociale	85	-54,1	-31,3	-21,2	-7,6	-9,1	1,1	14,8	27,6	28,2
Collectivités territoriales	35	-65,5	-47,9	-33,2	-13,8	-10,1	11,4	20,5	62,8	45,7
Organismes mutualistes	32	-56,5	-29,3	-17,7	-8,2	-7,6	4,8	13,2	19,3	34,4
Autres organismes et établissements publics	20	-81,7	-73,1	-63,7	-56,7	-29,0	9,0	24,2	111,8	30,0
Autres organismes privés à but non lucratif	15	-63,0	-46,0	-12,1	0,3	6,1	9,2	34,3	182,9	60,0
Organismes privés à caractère commercial	12	-46,9	-42,7	-30,9	-16,6	-10,3	14,8	25,4	29,8	33,3
<i>Etablissements publics de santé</i>	7	-58,8	-50,2	-32,2	-13,6	-21,5	-9,9	-1,6	5,9	14,3
Ensemble des CDS	389	-95,7	-47,0	-22,5	-5,7	-3,9	11,1	27,7	355,0	41,1
Ensemble des CDS hors ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics	369	-95,7	-42,2	-21,3	-5,4	-2,6	11,1	27,7	355,0	41,7
Ensemble des CDS hors ceux ouverts en 2022	365	-85,7	-44,3	-21,2	-5,0	-2,8	11,1	27,5	355,0	42,2
Ensemble des CDS hors ceux ouverts en 2022 et ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics	345	-85,7	-38,2	-19,7	-4,7	-1,3	11,1	27,5	355,0	42,9

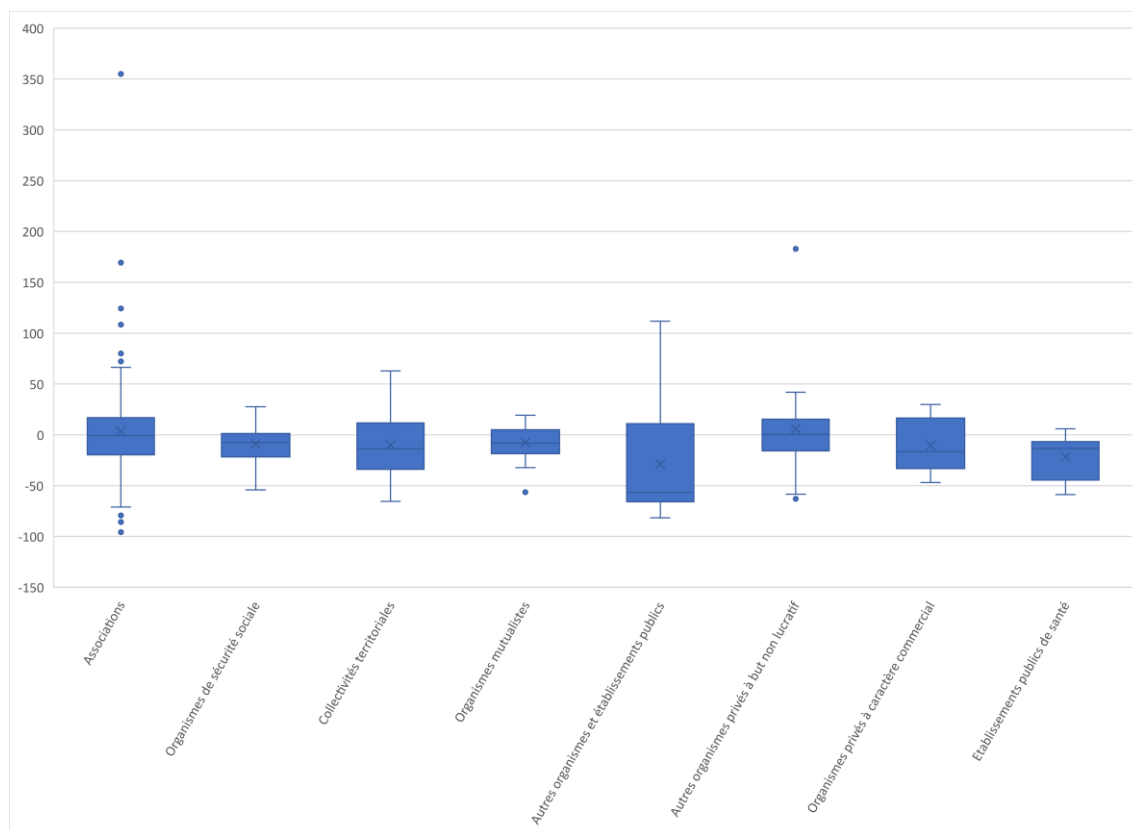
Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) médicaux et polyvalents, adhérant à l'accord national des CDS 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 l'ARS a validé les données, notamment de financement, qu'elle doit fournir, et 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 (hors le CDS LIVI) ;

définitions : le total des financements estimés est constitué de la somme des financements apportés par l'assurance-maladie au titre des actes ou de l'activité des CDS, des financements apportés par les organismes complémentaires ou attendus d'eux, des paiements effectués par les patients et les organismes complémentaires au titre des actes hors nomenclature ou non pris en charge par l'assurance-maladie, des autres recettes liées à l'activité non financées directement par l'assurance maladie, des financements apportés par l'ARS et de ceux issus d'autres sources (ces derniers étant estimés sur la base des données issues d'e-CDS et d'un jeu d'hypothèses retenu par la mission en vue de les consolider) ; les charges d'exploitation sont calculées comme la somme des charges de personnel, des amortissements et des autres charges d'exploitation ;

Lecture : la moitié des CDS de l'échantillon ont un ratio inférieur ou supérieur à -5,7 % ; un quart des CDS ont un ratio supérieur à 11,1 % tandis que 10 % ont un ratio inférieur à -47,0 % ; 41,1 % de l'ensemble des CDS ont un ratio positif en 2022 ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio sont très fortement affectées par des données extrêmes reflétant pour certaines des erreurs de déclaration des CDS ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes sont aussi significativement affectées par de telles valeurs extrêmes ; par ailleurs, les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les catégories de CDS pour lesquelles le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n'ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

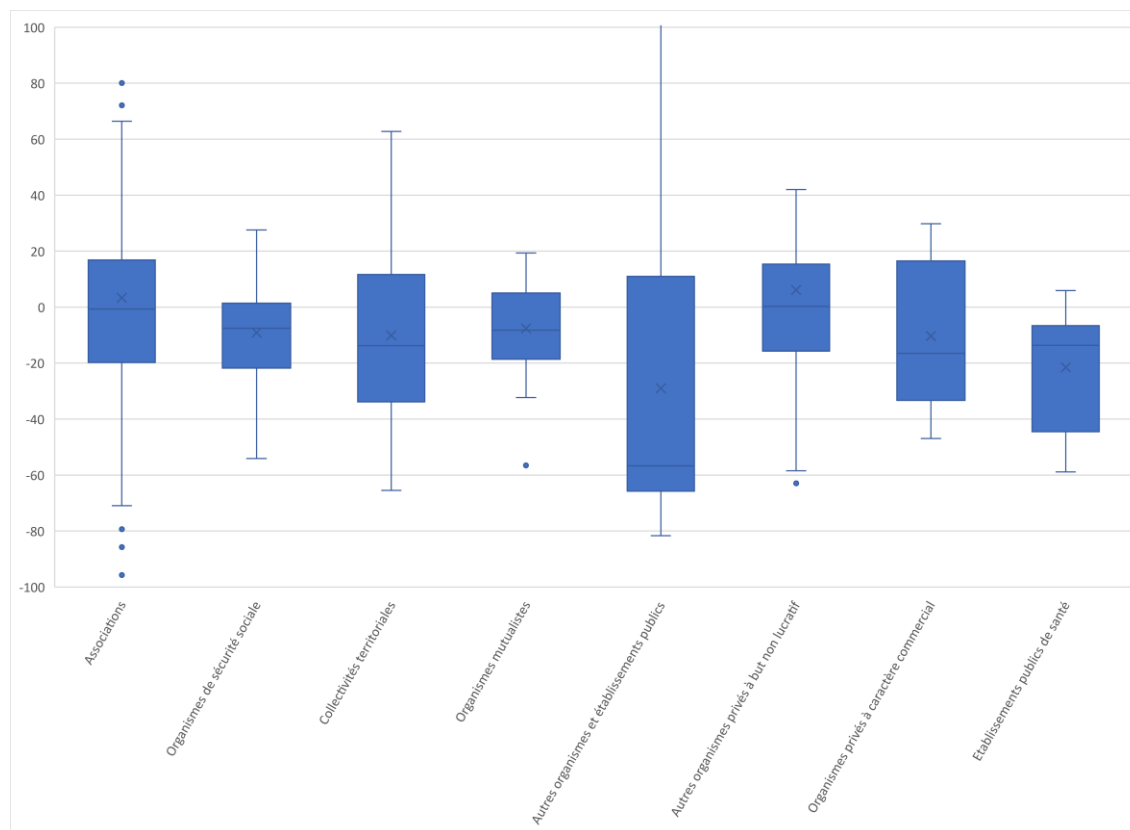
Graphique 33 : Représentation graphique de la distribution du ratio du total des financements estimés nets des charges d'exploitation sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents par grandes catégories de statuts juridiques des gestionnaires en 2022, en %



Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent ;

Note : ce graphique en « boîte à moustaches » montre la répartition des données en quartiles, en mettant en valeur les valeurs hors norme ; les rectangles s'étendent du premier quartile au troisième quartile et sont coupés par la médiane ; les croix indiquent la moyenne ; les lignes, appelées « moustaches », qui s'étendent verticalement à partir des rectangles indiquent la variabilité en dehors des quartiles inférieurs et supérieurs ; les points situés à l'extérieur de ces lignes peuvent être considérés comme des valeurs hors norme.

Graphique 34 : Représentation graphique avec zoom sur les principaux quartiles de la distribution du ratio de la distribution du ratio du total des financements estimés nets des charges d'exploitation sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents par grandes catégories de statuts juridiques des gestionnaires en 2022, en %



Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent ;

Note : ce graphique en « boîte à moustaches » est le même que le graphique précédent ; pour faciliter sa lisibilité des principaux quartiles de la distribution, son champ est toutefois limité aux CDS ayant un ratio de résultat d'exploitation estimé sur les dépenses d'exploitation compris entre -100 % et 100 %

Tableau 102 : Distribution du ratio du total du total des financements estimés nets des charges d'exploitation sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents par statuts juridiques 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 %
Association de Droit Local	4	-62,7	-57,4	-49,4	-41,6	5,9	13,6	107,1	169,5	25,0
Association Loi 1901 non Reconnue d'Utilité Publique	145	-85,7	-42,8	-17,1	0,2	2,9	16,8	48,4	171,8	51,0
Association Loi 1901 Reconnue d'Utilité Publique	34	-95,7	-47,7	-23,0	-7,5	4,4	16,1	37,7	355,0	41,2
Autre Collectivité Territoriale	3	-30,8	-29,4	-27,2	-23,6	-14,4	-6,2	4,3	11,2	33,3
Autre Etb. Public Local à caractère Administratif	18	-81,7	-69,0	-62,6	-47,6	-24,5	11,0	25,3	111,8	33,3
Autre Organisme Mutualiste	1	-7,7	-7,7	-7,7	-7,7	-7,7	-7,7	-7,7	-7,7	0,0
Autre Société	2	-34,5	-29,6	-22,4	-10,3	-10,3	1,8	9,1	13,9	50,0
Centre Communal Action Sociale	2	6,0	6,3	6,8	7,7	7,7	8,5	9,1	9,4	100,0
Comité d'Entreprise et d'Etablissement	3	-63,0	-50,3	-31,4	0,3	-19,9	1,7	2,5	3,1	66,7
Commune	24	-55,6	-48,2	-34,5	-13,8	-11,3	10,6	20,8	45,7	41,7
Département	5	-65,5	-57,2	-44,7	-32,4	-13,5	12,5	42,7	62,8	40,0
Etablissement Public Communal d'Hospitalisation	2	-13,6	-13,6	-13,5	-13,4	-13,4	-13,3	-13,2	-13,2	0,0
Etablissement Public Départemental d'Hospitalisation	1	-6,6	-6,6	-6,6	-6,6	-6,6	-6,6	-6,6	-6,6	0,0
Etablissement Public Intercommunal d'Hospitalisation	2	-58,8	-52,4	-42,7	-26,5	-26,5	-10,3	-0,6	5,9	50,0
Etablissement Public Interdépartemental d'Hospitalisation	1	-19,9	-19,9	-19,9	-19,9	-19,9	-19,9	-19,9	-19,9	0,0
Etablissement Public Régional d'Hospitalisation	1	-44,5	-44,5	-44,5	-44,5	-44,5	-44,5	-44,5	-44,5	0,0
Etablissement Social et Médico-Social Départemental	1	-58,8	-58,8	-58,8	-58,8	-58,8	-58,8	-58,8	-58,8	0,0
Etb. Public Industriel et Commercial National	1	-79,7	-79,7	-79,7	-79,7	-79,7	-79,7	-79,7	-79,7	0,0
Fondation	12	-58,5	-26,1	-10,2	0,8	12,6	17,3	40,1	182,9	58,3
Groupement d'Intérêt Public (G.I.P.)	1	11,7	11,7	11,7	11,7	11,7	11,7	11,7	11,7	100,0
Régime Général de Sécurité Sociale	5	-41,8	-41,0	-39,7	-37,9	-29,2	-30,5	-9,9	3,8	20,0
Régime Spécial de Sécurité Sociale	80	-54,1	-28,6	-17,2	-7,1	-7,9	1,2	15,5	27,6	28,8
Société Mutualiste	31	-56,5	-29,5	-18,2	-8,7	-7,6	5,0	13,2	19,3	35,5
Société par Actions Simplifiée (S.A.S.)	10	-46,9	-44,0	-27,2	-16,6	-10,3	12,1	26,6	29,8	30,0
Ensemble des CDS	389	-95,7	-47,0	-22,5	-5,7	-3,9	11,1	27,7	355,0	41,1
Ensemble des CDS hors autres organismes et établissements publics	369	-95,7	-42,2	-21,3	-5,4	-2,6	11,1	27,7	355,0	41,7
Ensemble des CDS hors ceux ouverts en 2022	365	-85,7	-44,3	-21,2	-5,0	-2,8	11,1	27,5	355,0	42,2
Ensemble des CDS hors ceux ouverts en 2022 et ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics	345	-85,7	-38,2	-19,7	-4,7	-1,3	11,1	27,5	355,0	42,9

Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent

5.7 Des résultats d'exploitation des CSP pluriprofessionnels en 2022 qui varient, dans une certaine mesure, selon certaines caractéristiques intrinsèques ou de gestion des centres

5.7.1 Une perception non généralisée de la subvention Teulade par les CSP pluriprofessionnels, des résultats d'exploitation moins dégradés en moyenne en 2022 pour les centres qui la perçoivent

Les données issues d'e-CDS révèlent que la perception de la subvention Teulade n'est pas un fait généralisé pour l'ensemble des CDS pluriprofessionnels.

Selon les informations qu'ils ont fournies, seuls les trois quarts des CDS pluriprofessionnels en activité en 2022 ont perçu un montant de subvention Teulade la même année, cette part variant notablement selon les grandes catégories de gestionnaires (tableau 103).

Tableau 103 : Nombre et part des CDS pluriprofessionnels ayant perçu un montant de subvention Teulade en 2022

	Associations	Collectivités territoriales	Organismes de sécurité sociale	Organismes mutualistes	Autres organismes et établissements publics	Autres organismes privés à but non lucratif	Organismes privés à caractère commercial	Etablissements publics de santé	Total des CDS
CDS pluriprofessionnels									
Nombre de CDS	233	135	105	42	32	18	12	8	585
Nbre de CDS ayant perçu un montant de subv. Teulade	160	91	105	42	16	14	9	6	443
Part des CDS ayant perçu un montant de subv. Teulade en %	68,7	67,4	100,0	100,0	50,0	77,8	75,0	75,0	75,7
CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des CDS									
Nombre de CDS	212	133	105	38	30	16	12	7	553
Nbre de CDS ayant perçu un montant de subv. Teulade	148	89	105	38	16	13	9	6	424
Part des CDS ayant perçu un montant de subv. Teulade en %	69,8	66,9	100,0	100,0	53,3	81,3	75,0	85,7	76,7

Source : e-CDS, calculs mission ;

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

La situation économique et financière des CDS pluriprofessionnels, mesurée par le ratio de résultat d'exploitation estimé 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 évalué l'ampleur des écarts liés aux montants réellement perçus. Le ratio médian du résultat d'exploitation estimé rapporté aux charges d'exploitation des centres pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des centres de santé ayant perçu un montant de subvention Teulade en 2022 était de -8,7 % en 2022, contre -9,8 % pour l'ensemble des centres (tableaux 104 et 105).

Tableau 104 : Distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents ayant perçu un montant de subvention Teulade par grandes catégories de statuts juridiques 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	147	-89,0	-53,1	-20,9	-4,7	-4,9	7,0	27,5	355,0	42,9
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	24	-62,4	-43,5	-35,5	-24,6	-22,1	-8,7	7,2	12,2	16,7
Autres organismes et établissements publics	12	-89,2	-87,6	-79,4	-63,2	-54,1	-37,8	-6,0	4,9	8,3
Autres organismes privés à but non lucratif	12	-58,5	-26,7	-15,9	-4,1	10,7	17,3	39,3	182,9	50,0
<i>Organismes privés à caractère commercial</i>	9	-46,9	-44,3	-41,5	-29,7	-18,3	11,0	16,4	26,3	33,3
<i>Etablissements publics de santé</i>	6	-58,8	-51,7	-40,4	-21,0	-27,8	-13,7	-10,8	-8,1	0,0
Ensemble des CDS	333	-89,2	-48,0	-26,4	-8,7	-9,9	4,4	18,8	355,0	33,6
Ensemble des CDS hors autres organismes et établissements publics	321	-89,0	-43,6	-23,8	-8,4	-8,2	4,6	19,3	355,0	34,6

Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) médicaux et polyvalents, adhérent à l'accord national des CDS 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, ayant perçu un montant de subvention Teulade dans l'année, 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 (hors le CDS LIVI) ; définitions : les recettes d'exploitation sont définies ici comme la somme des financements apportés par l'assurance-maladie au titre des actes ou de l'activité des CDS, des financements apportés par les organismes complémentaires ou attendus d'eux, des paiements effectués par les patients et les organismes complémentaires au titre des actes hors nomenclature ou non pris en charge par l'assurance-maladie et des autres recettes liées à l'activité non financées directement par l'assurance maladie ; les charges d'exploitation sont calculées comme la somme des charges de personnel, des amortissements et des autres charges d'exploitation ;

Lecture : la moitié des CDS de l'échantillon ont un ratio inférieur ou supérieur à -8,7 % ; un quart des CDS ont un ratio supérieur à 4,4 % alors que 10 % ont un ratio inférieur à -48,0 % ; 33,6 % de l'ensemble des CDS ont un ratio positif en 2022 ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio sont très fortement affectées par des données extrêmes reflétant pour certaines des erreurs de déclaration des CDS ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes sont aussi significativement affectées par de telles valeurs extrêmes ; par ailleurs, les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les catégories de CDS pour lesquelles le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n'ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

Tableau 105 : Distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents ayant perçu un montant de subvention Teulade par statuts juridiques 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 %
Association de Droit Local	2	-62,7	-61,5	-59,6	-56,5	-56,5	-53,4	-51,5	-50,3	0,0
Association Loi 1901 non Reconnue d'Utilité Publique	115	-89,0	-43,8	-18,5	-4,4	-5,6	6,0	26,0	108,4	42,6
Association Loi 1901 Reconnue d'Utilité Publique	30	-74,6	-57,8	-25,1	-4,2	1,2	13,4	31,7	355,0	46,7
Autre Collectivité Territoriale	1	-9,0	-9,0	-9,0	-9,0	-9,0	-9,0	-9,0	-9,0	0,0
Autre Etb. Public Local à caractère Administratif	10	-89,2	-88,5	-78,1	-61,3	-51,1	-18,6	-4,6	4,9	10,0
Autre Organisme Mutualiste	1	-13,0	-13,0	-13,0	-13,0	-13,0	-13,0	-13,0	-13,0	0,0
Autre Société	2	-34,5	-29,6	-22,4	-10,3	-10,3	1,8	9,1	13,9	50,0
Centre Communal Action Sociale	2	-41,8	-37,1	-30,2	-18,7	-18,7	-7,1	-0,2	4,4	50,0
Commune	16	-62,4	-42,1	-35,5	-28,7	-24,7	-12,7	2,4	12,2	12,5
Département	4	-44,7	-41,0	-35,5	-24,3	-25,4	-14,2	-10,5	-8,0	0,0
Etablissement Public Communal d'Hospitalisation	2	-14,0	-14,0	-13,9	-13,8	-13,8	-13,7	-13,7	-13,6	0,0
Etablissement Public Intercommunal d'Hospitalisation	2	-58,8	-53,8	-46,2	-33,5	-33,5	-20,8	-13,1	-8,1	0,0
Etablissement Public Interdépartemental d'Hospitalisation	1	-28,0	-28,0	-28,0	-28,0	-28,0	-28,0	-28,0	-28,0	0,0
Etablissement Public Régional d'Hospitalisation	1	-44,5	-44,5	-44,5	-44,5	-44,5	-44,5	-44,5	-44,5	0,0
Etablissement Social et Médico-Social Départemental	1	-58,8	-58,8	-58,8	-58,8	-58,8	-58,8	-58,8	-58,8	0,0
Etb. Public Industriel et Commercial National	1	-79,7	-79,7	-79,7	-79,7	-79,7	-79,7	-79,7	-79,7	0,0
Fondation	12	-58,5	-26,7	-15,9	-4,1	10,7	17,3	39,3	182,9	50,0
Groupement d'Intérêt Public (G.I.P.)	1	11,7	11,7	11,7	11,7	11,7	11,7	11,7	11,7	100,0
Régime Général de Sécurité Sociale	5	-64,2	-55,3	-41,8	-38,9	-35,8	-30,5	-14,2	-3,4	0,0
Régime Spécial de Sécurité Sociale	81	-54,1	-28,7	-17,5	-7,2	-8,4	1,1	15,3	27,6	28,4
Société Mutualiste	36	-56,5	-29,8	-21,2	-8,7	-8,7	4,8	12,0	19,3	33,3
Société par Actions Simplifiée (S.A.S.)	7	-46,9	-45,0	-42,5	-29,7	-20,6	-4,3	17,1	26,3	28,6
Ensemble des CDS	333	-89,2	-48,0	-26,4	-8,7	-9,9	4,4	18,8	355,0	33,6
Ensemble des CDS hors autres organismes et établissements publics	321	-89,0	-43,6	-23,8	-8,4	-8,2	4,6	19,3	355,0	34,6

Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent

5.7.2 Des résultats d'exploitation qui 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

Une analyse simple ne fait pas apparaître de corrélation sensible entre les résultats d'exploitation estimés des CDS pluriprofessionnels et leur part d'activité de soins dentaires en 2022. Le très petit nombre de ceux qui ont une activité de soins essentiellement dentaires (plus de 80 % de leur activité) ont toutefois une situation financière bien meilleure que les autres (graphique 35, tableaux 106 à 107).

Une corrélation positive peut être observée à l'inverse entre les résultats d'exploitation des CDS pluriprofessionnels et leur part d'activité de soins ophtalmologiques la même année⁸⁸. Cette corrélation semble refléter le fait que le nombre assez limité de CDS qui dispensent des soins ophtalmologiques dans des proportions assez conséquente (plus de 20 % de leur activité) ont généralement une situation financière meilleure que les autres. Parmi ceux-ci, la situation financière du petit nombre de centres qui dispensent de tels soins d'une manière importante ou intense apparaît bien meilleure (graphique 36, tableaux 108 à 109).

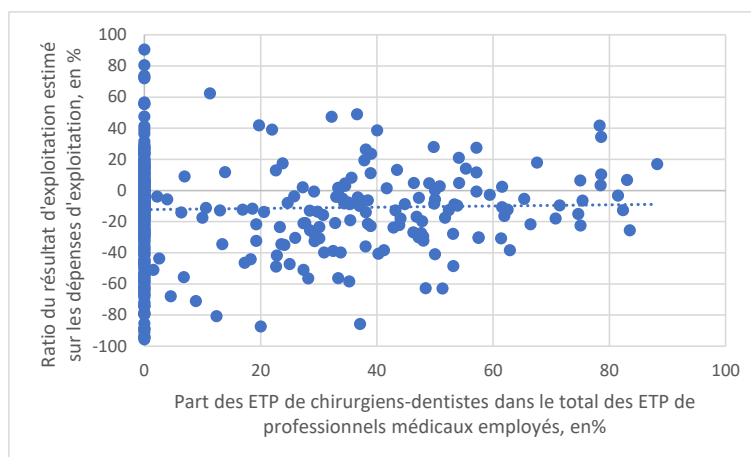
Une analyse simple similaire fait aussi apparaître une corrélation positive⁸⁹, mais de moindre ampleur que la précédente, entre les résultats d'exploitation des CDS pluriprofessionnels et leur

⁸⁸ Le coefficient de corrélation entre les deux variables est de 0,25 sur l'ensemble de l'échantillon qui comprend certains centres pour lesquels le ratio de résultat d'exploitation a des valeurs extrêmes.

⁸⁹ Le coefficient de corrélation entre les deux variables est de 0,15 sur l'ensemble de l'échantillon.

part d'activité de soins dentaires ou ophtalmologiques en 2022. Un examen des données tend en outre à montrer 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) (graphique 37, tableaux 110 à 111).

Graphique 35 : Ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation et part d'activité de soins dentaires pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents en 2022, en %



Source : e-CDS, 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 CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; le champ de ce graphique est par ailleurs limité aux CDS ayant un ratio de résultat d'exploitation estimé sur les dépenses d'exploitation compris entre -100 % et 100 % ;

Tableau 106 : Distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents selon la part d'activité de soins dentaires 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 %
Pas d'activité de ce type	255	-95,7	-62,6	-30,9	-8,6	-11,6	6,2	24,0	182,9	36,5
Existence d'une activité de ce type	151	-87,4	-47,3	-30,3	-12,8	-11,7	1,8	17,9	355,0	27,8
De 0 à 20%	24	-80,7	-64,2	-44,8	-15,8	-6,6	-5,3	32,8	355,0	20,8
De 20 à 40%	60	-87,4	-49,1	-33,0	-13,8	-15,9	-0,3	17,6	49,0	25,0
De 40 à 60%	43	-63,0	-40,2	-28,7	-12,7	-12,8	2,0	13,8	38,6	30,2
De 60 à 80%	19	-38,3	-24,1	-17,2	-9,7	-4,8	4,9	21,2	41,7	36,8
80% et plus	5	-25,6	-20,5	-12,7	-3,3	-3,6	6,8	12,9	17,0	40,0
Ensemble des CDS	406	-95,7	-56,9	-30,4	-9,8	-11,6	4,7	23,0	355,0	33,3

Source : e-CDS, 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 CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; définition : la part d'activité de soins dentaires est mesurée par la part des ETP de chirurgiens-dentistes dans le total des ETP de professionnels médicaux ;

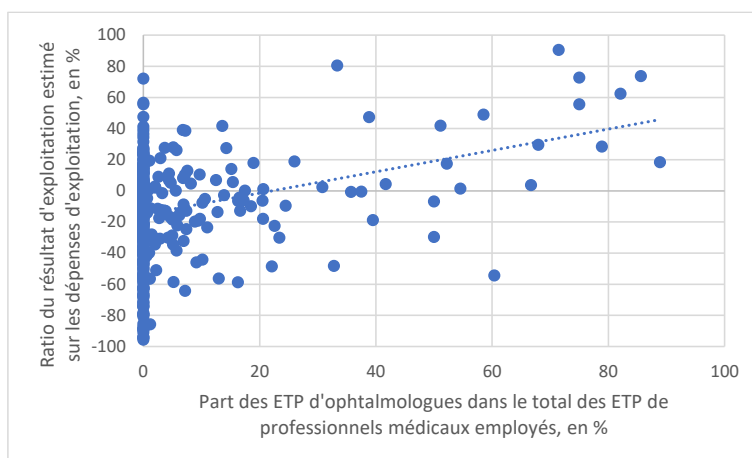
Lecture : la moitié des CDS de l'échantillon ayant une part d'activité de soins dentaires comprise entre 0 et 20 % ont un ratio inférieur ou supérieur à -15,8 % ; un quart de ces CDS ont un ratio supérieur à -5,3 % alors que 10 % ont un ratio inférieur à -64,2 % ; 20,8 % de ces CDS ont un ratio positif en 2022 ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio sont très fortement affectées par des données extrêmes reflétant pour certaines des erreurs de déclaration des CDS ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes sont aussi significativement affectées par de telles valeurs extrêmes ; par ailleurs, les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les groupes de CDS pour lesquels le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n'ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

Tableau 107 : Distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents hors les CDS gérés par des autres organismes et établissements publics selon la part d'activité de soins dentaires 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 %
Pas d'activité de ce type	235	-95,7	-53,2	-26,2	-6,9	-7,1	7,1	25,2	182,9	38,7
De 0 à 20%	23	-80,7	-65,4	-45,3	-17,5	-6,6	-7,6	35,8	355,0	21,7
De 20 à 40%	60	-87,4	-49,1	-33,0	-13,8	-15,9	-0,3	17,6	49,0	25,0
De 40 à 60%	43	-63,0	-40,2	-28,7	-12,7	-12,8	2,0	13,8	38,6	30,2
De 60 à 80%	19	-38,3	-24,1	-17,2	-9,7	-4,8	4,9	21,2	41,7	36,8
80% et plus	5	-25,6	-20,5	-12,7	-3,3	-3,6	6,8	12,9	17,0	40,0
Ensemble des CDS	385	-95,7	-50,0	-27,9	-9,1	-9,0	5,3	23,8	355,0	34,5

Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent (le champ des CDS excluant en outre ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics)

Graphique 36 : Ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation et part d'activité de soins ophtalmologiques pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents en 2022, en %



Source : e-CDS, 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 CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; le champ de ce graphique est par ailleurs limité aux CDS ayant un ratio de résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation compris entre -100 % et 100 % ;

Tableau 108 : Distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents selon la part d'activité de soins ophtalmologiques 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 %
Pas d'activité de ce type	294	-95,7	-62,7	-34,8	-10,5	-14,7	3,2	16,8	355,0	29,9
Existence d'une activité de ce type	112	-85,7	-44,0	-22,7	-6,5	-3,6	10,6	39,0	108,4	42,0
De 0 à 20%	79	-85,7	-44,6	-28,3	-11,6	-11,6	5,4	19,6	41,7	34,2
De 20 à 40%	16	-48,6	-39,1	-19,7	-3,6	3,4	6,5	63,8	108,4	37,5
De 40 à 60%	7	-29,7	-16,0	-2,8	4,3	11,0	29,6	44,7	49,0	71,4
De 60 à 80%	7	-54,3	-19,6	16,0	29,6	32,3	64,1	79,8	90,5	85,7
80% et plus	3	18,4	27,2	40,4	62,3	51,5	68,0	71,4	73,7	100,0
Ensemble des CDS	406	-95,7	-56,9	-30,4	-9,8	-11,6	4,7	23,0	355,0	33,3

Source : e-CDS, 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 CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; définition : la part d'activité de soins ophtalmologiques est mesurée par la part des ETP d'ophtalmologues dans le total des ETP de professionnels médicaux ;

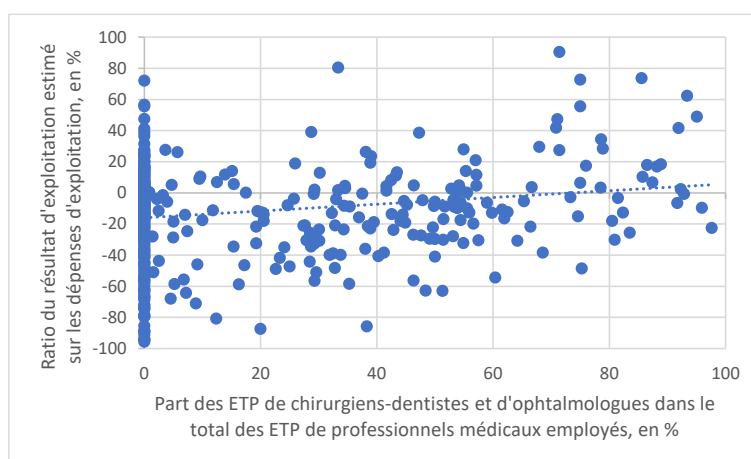
Lecture : la moitié des CDS de l'échantillon ayant une part d'activité de soins ophtalmologiques comprise entre 0 et 20 % ont un ratio inférieur ou supérieur à -11,6 % ; un quart de ces CDS ont un ratio supérieur à 5,4 % tandis que 10 % ont un ratio inférieur à -44,6 % ; 34,2 % de ces CDS ont un ratio positif en 2022 ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio sont très fortement affectées par des données extrêmes reflétant pour certaines des erreurs de déclaration des CDS ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes sont aussi significativement affectées par de telles valeurs extrêmes ; par ailleurs, les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les groupes de CDS pour lesquels le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n'ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

Tableau 109 : Distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation selon la part d'activité de soins ophtalmologiques pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents hors les CDS gérés par des autres organismes et établissements publics selon la part d'activité de soins ophtalmologiques 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 %
Pas d'activité de ce type	274	-95,7	-53,6	-28,6	-9,8	-11,3	3,4	17,2	355,0	31,4
De 0 à 20%	78	-85,7	-42,5	-27,1	-11,6	-11,0	5,5	19,8	41,7	34,6
De 20 à 40%	16	-48,6	-39,1	-19,7	-3,6	3,4	6,5	63,8	108,4	37,5
De 40 à 60%	7	-29,7	-16,0	-2,8	4,3	11,0	29,6	44,7	49,0	71,4
De 60 à 80%	7	-54,3	-19,6	16,0	29,6	32,3	64,1	79,8	90,5	85,7
80% et plus	3	18,4	27,2	40,4	62,3	51,5	68,0	71,4	73,7	100,0
Ensemble des CDS	385	-95,7	-50,0	-27,9	-9,1	-9,0	5,3	23,8	355,0	34,5

Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent (le champ des CDS excluant en outre ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics)

Graphique 37 : Ratio du résultat d'exploitation sur les charges d'exploitation et part d'activité de soins dentaires et ophtalmologiques pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents en 2022, en %



Source : e-CDS, 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 CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; le champ de ce graphique est par ailleurs limité aux CDS ayant un ratio de résultat d'exploitation estimé sur les dépenses d'exploitation compris entre -100 % et 100 % ;

Tableau 110 : Ratio du résultat d'exploitation sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents selon la part d'activité de soins dentaires et ophtalmologiques 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 %
Pas d'activité de ce type	216	-95,7	-66,1	-34,6	-9,2	-14,4	4,7	18,7	182,9	32,9
Existence d'une activité de ce type	190	-87,4	-48,2	-29,3	-11,4	-8,5	4,7	27,4	355,0	33,7
De 0 à 20%	39	-80,7	-59,9	-44,8	-14,0	-11,5	2,8	12,2	355,0	30,8
De 20 à 40%	53	-87,4	-48,8	-36,0	-21,0	-16,6	-0,7	19,2	108,4	22,6
De 40 à 60%	55	-63,0	-35,9	-25,3	-9,0	-11,8	1,4	11,4	38,6	30,9
De 60 à 80%	24	-54,3	-36,1	-15,4	3,4	8,4	30,8	53,1	90,5	54,2
80% et plus	19	-30,1	-23,1	-11,2	2,4	9,0	18,2	51,7	73,7	52,6
Ensemble des CDS	406	-95,7	-56,9	-30,4	-9,8	-11,6	4,7	23,0	355,0	33,3

Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) de catégories médicaux et polyvalents, adhérant à l'accord national des CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux avec dépassement sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; définition : la part d'activité de soins dentaires et ophtalmologiques est mesurée par la part des ETP de chirurgiens-dentistes et d'ophtalmologues dans le total des ETP de professionnels médicaux ;

Lecture : la moitié des CDS de l'échantillon ayant une part d'activité de soins dentaires et ophtalmologiques comprise entre 0 et 20 % ont un ratio inférieur ou supérieur à -14,0 % ; un quart de ces CDS ont un ratio supérieur à 2,8 % tandis que 10 % ont un ratio inférieur à -59,9 % ; 30,8 % de ces CDS ont un ratio positif en 2022 ; avertissements : les valeurs minimales et maximales du ratio sont fortement affectées par des données aberrantes pour certains groupes de CDS ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes sont aussi significativement affectées par de telles valeurs aberrantes ; par ailleurs, les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les groupes de CDS pour lesquels le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n'ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

Tableau 111 : Distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents hors les CDS gérés par des autres organismes et établissements publics selon la part d'activité de soins dentaires et ophtalmologiques 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 %
Pas d'activité de ce type	197	-95,7	-53,5	-26,6	-8,3	-9,7	5,7	20,2	182,9	35,0
De 0 à 20%	37	-80,7	-60,8	-43,6	-14,0	-10,4	5,2	12,6	355,0	32,4
De 20 à 40%	53	-87,4	-48,8	-36,0	-21,0	-16,6	-0,7	19,2	108,4	22,6
De 40 à 60%	55	-63,0	-35,9	-25,3	-9,0	-11,8	1,4	11,4	38,6	30,9
De 60 à 80%	24	-54,3	-36,1	-15,4	3,4	8,4	30,8	53,1	90,5	54,2
80% et plus	19	-30,1	-23,1	-11,2	2,4	9,0	18,2	51,7	73,7	52,6
Ensemble des CDS	385	-95,7	-50,0	-27,9	-9,1	-9,0	5,3	23,8	355,0	34,5

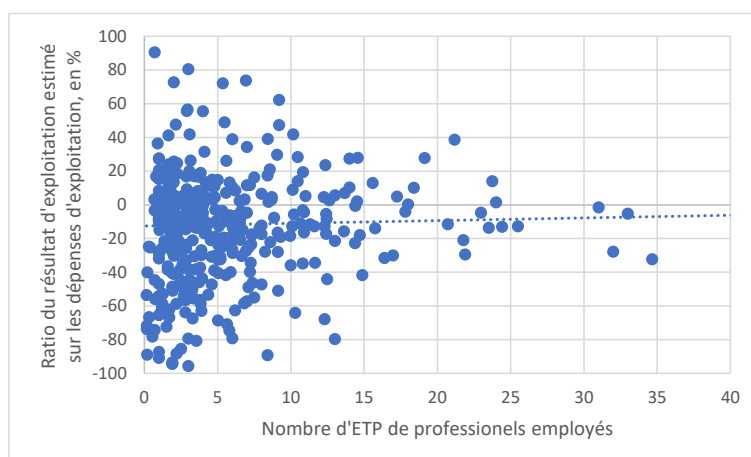
Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent (le champ des CDS excluant en outre ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics)

5.7.3 Des résultats d'exploitation des CDS pluriprofessionnels en 2022 qui ne varient pas de manière claire avec leur taille, sauf de manière très négative lorsque leurs effectifs de professionnels médicaux sont très faibles

Une analyse simple ne fait pas apparaître de corrélation sensible entre les résultats d'exploitation estimés des CDS pluriprofessionnels et la taille des centres mesurée par le nombre d'ETP annuels de professionnels médicaux qu'ils emploient en 2022.

Un examen des données fait ressortir que les CDS pluriprofessionnels qui n'employaient que de faibles ressources médicales, à savoir moins de 2 ETP annuels, voire moins de 1 ETP annuel, de professionnels médicaux, ont eu en moyenne des résultats d'exploitation estimés plus dégradés que les autres en 2022 (graphique 38, tableaux 112 et 133). Au-delà de ces seuils, en revanche, il n'y a pas de corrélation claire entre le ratio de résultat d'exploitation des centres et la taille des centres.

Graphique 38 : Ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents et nombre d'ETP de professionnels médicaux employés par les centres en 2022, en %



Source : e-CDS, 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 CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; le champ de ce graphique est par ailleurs limité aux CDS ayant un ratio de résultat d'exploitation estimé sur les dépenses d'exploitation compris entre -100 % et 100 % et un nombre d'ETP de professionnels médicaux inférieur ou égal à 40 ;

Tableau 112 : Distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents selon le nombre d'ETP de professionnels médicaux employés par les centres 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 %
De 0 à 1 ETP	18	-89,0	-75,5	-70,5	-42,4	-31,0	-3,4	22,7	90,5	22,2
De 1 à 2 ETP	75	-94,3	-64,4	-39,5	-9,1	-19,0	1,4	17,6	41,2	30,7
De 2 à 3 ETP	77	-88,5	-46,7	-25,6	-9,0	-11,3	1,7	18,9	72,7	31,2
De 3 à 4 ETP	51	-95,7	-58,6	-44,1	-10,2	-11,7	6,4	20,0	169,5	35,3
De 4 à 5 ETP	30	-53,5	-31,6	-16,9	-1,7	7,1	11,0	16,6	355,0	46,7
De 5 à 10 ETP	89	-89,2	-51,8	-30,4	-16,4	-10,0	6,5	35,3	182,9	31,5
De 10 à 15 ETP	39	-79,7	-42,3	-17,6	-5,7	-8,7	6,3	24,3	41,8	38,5
<i>De 15 à 20 ETP</i>	<i>9</i>	<i>-31,5</i>	<i>-30,4</i>	<i>-13,9</i>	<i>0,2</i>	<i>-2,7</i>	<i>10,2</i>	<i>15,9</i>	<i>27,7</i>	<i>55,6</i>
De 20 à 30 ETP	10	-29,5	-21,9	-13,5	-12,2	-5,2	-0,1	16,5	38,6	30,0
<i>30 ETP et plus</i>	<i>8</i>	<i>-85,7</i>	<i>-48,3</i>	<i>-29,0</i>	<i>-10,5</i>	<i>-21,7</i>	<i>-4,3</i>	<i>-1,0</i>	<i>0,1</i>	<i>12,5</i>
Ensemble des CDS	406	-95,7	-56,9	-30,4	-9,8	-11,6	4,7	23,0	355,0	33,3

Source : e-CDS, 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 CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ;

Lecture : la moitié des CDS de l'échantillon employant 1 à 2 ETP de professionnels médicaux ont un ratio inférieur ou supérieur à -9,1 % ; un quart de ces CDS ont un ratio supérieur à 1,4 % alors que 10 % ont un ratio inférieur à -64,4 % ; 30,7 % de ces CDS ont un ratio positif en 2022 ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio sont très fortement affectées par des données extrêmes reflétant pour certaines des erreurs de déclaration de CDS ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes sont aussi significativement affectées par de telles valeurs extrêmes ; par ailleurs, les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les groupes de CDS pour lesquels le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n'ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

Tableau 113 : Distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents hors ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics selon le nombre d'ETP de professionnels médicaux employés par les centres 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 %
De 0 à 1 ETP	17	-89,0	-75,6	-66,7	-40,1	-28,5	-3,4	24,7	90,5	23,5
De 1 à 2 ETP	65	-87,4	-50,0	-26,6	-7,6	-11,4	6,4	19,4	41,2	33,8
De 2 à 3 ETP	75	-85,5	-43,4	-25,5	-9,0	-10,6	1,5	19,1	72,7	30,7
De 3 à 4 ETP	50	-95,7	-56,7	-42,3	-10,2	-10,6	6,6	20,6	169,5	36,0
De 4 à 5 ETP	29	-53,5	-30,2	-16,8	-0,6	9,0	11,1	18,2	355,0	48,3
De 5 à 10 ETP	85	-74,6	-46,9	-28,0	-15,0	-7,7	7,1	37,1	182,9	32,9
De 10 à 15 ETP	37	-67,9	-37,7	-17,2	-5,4	-6,9	6,9	25,1	41,8	40,5
<i>De 15 à 20 ETP</i>	<i>9</i>	<i>-31,5</i>	<i>-30,4</i>	<i>-13,9</i>	<i>0,2</i>	<i>-2,7</i>	<i>10,2</i>	<i>15,9</i>	<i>27,7</i>	<i>55,6</i>
De 20 à 30 ETP	10	-29,5	-21,9	-13,5	-12,2	-5,2	-0,1	16,5	38,6	30,0
<i>30 ETP et plus</i>	<i>8</i>	<i>-85,7</i>	<i>-48,3</i>	<i>-29,0</i>	<i>-10,5</i>	<i>-21,7</i>	<i>-4,3</i>	<i>-1,0</i>	<i>0,1</i>	<i>12,5</i>
Ensemble des CDS	385	-95,7	-50,0	-27,9	-9,1	-9,0	5,3	23,8	355,0	34,5

Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent (le champ des CDS excluant en outre ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics)

5.7.4 Des résultats d'exploitation des centres en 2022 qui varient quelque peu selon les régions, mais qui n'apparaissent pas en moyenne plus dégradés pour ceux situés en QPV

La distribution du ratio de résultat d'exploitation estimé rapporté aux charges d'exploitation des CDS pluriprofessionnels en 2022 montre des variations notables selon les régions (tableau 114).

Tableau 114 : Distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents selon les régions 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 %
Île-de-France	142	-85,7	-54,0	-32,5	-12,7	-11,0	3,5	28,3	182,9	32,4
Hauts-de-France	68	-95,7	-48,6	-25,6	-8,1	-13,0	4,6	15,8	47,6	30,9
Auvergne-Rhône-Alpes	37	-87,4	-57,9	-37,2	-4,7	-15,8	4,7	16,4	24,8	40,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	32	-90,9	-56,2	-21,7	-7,6	-10,4	9,5	15,2	106,3	37,5
Occitanie	28	-62,7	-57,1	-27,2	-16,0	-15,5	2,2	14,9	24,0	32,1
Grand Est	22	-78,3	-61,5	-40,3	-21,9	-15,5	-4,5	0,9	169,5	13,6
Nouvelle Aquitaine	18	-89,2	-71,1	-35,3	-15,0	-18,3	1,6	18,5	55,7	27,8
Pays de la Loire	16	-79,3	-68,1	-29,6	-11,3	-14,7	5,4	19,4	47,3	37,5
Bourgogne-Franche-Comté	15	-88,5	-53,6	-20,1	-2,3	-7,3	5,1	24,7	90,5	46,7
Bretagne	13	-66,7	-48,9	-24,8	-6,4	18,8	13,4	49,8	355,0	38,5
Normandie	9	-89,0	-43,3	-9,7	-6,1	-0,9	11,8	47,7	73,7	44,4
Centre-Val de Loire	2	11,7	13,1	15,3	19,0	19,0	22,6	24,8	26,3	100,0
Guadeloupe	2	-74,3	-68,3	-59,1	-43,9	-43,9	-28,7	-19,6	-13,5	0,0
Martinique	1	-80,7	-80,7	-80,7	-80,7	-80,7	-80,7	-80,7	-80,7	0,0
Mayotte	1	-18,0	-18,0	-18,0	-18,0	-18,0	-18,0	-18,0	-18,0	0,0
Ensemble des CDS	406	-95,7	-56,9	-30,4	-9,8	-11,6	4,7	23,0	355,0	33,3

Source : e-CDS, 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 CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ;

Lecture : la moitié des CDS de l'échantillon implantés en Ile-de-France ont un ratio inférieur ou supérieur à -12,7 % ; un quart de ces CDS ont un ratio supérieur à 3,5 % alors que 10 % ont un ratio inférieur à -54,0 % ; 32,4 % de ces CDS ont un ratio positif en 2022 ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio sont très fortement affectées par des données extrêmes reflétant pour certaines des erreurs de déclaration des CDS ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes sont aussi significativement affectées par de telles valeurs extrême ; par ailleurs, les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les groupes de CDS pour lesquels le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n'ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

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 » (tableau 115).

Tableau 115 : Distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents selon le type de territoires 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 %
Zone urbaine	386	-95,7	-57,9	-30,3	-10,1	-11,6	4,7	23,7	355,0	33,2
QPV	71	-93,7	-41,8	-21,7	-9,7	-8,2	10,3	18,4	72,7	36,6
Quartiers vécus	54	-94,3	-54,6	-34,5	-12,5	-11,9	10,5	25,7	90,5	37,0
Zone rurale	20	-65,5	-40,6	-32,1	-6,4	-12,4	2,6	14,1	22,8	35,0
ZRR	11	-65,5	-33,0	-12,3	1,2	-6,2	9,1	15,4	26,3	54,5
SROS	223	-85,5	-45,5	-27,9	-9,0	-6,7	8,3	27,8	182,9	35,9
Ensemble des CDS	406	-95,7	-56,9	-30,4	-9,8	-11,6	4,7	23,0	355,0	33,3

Source : e-CDS, 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 CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ;

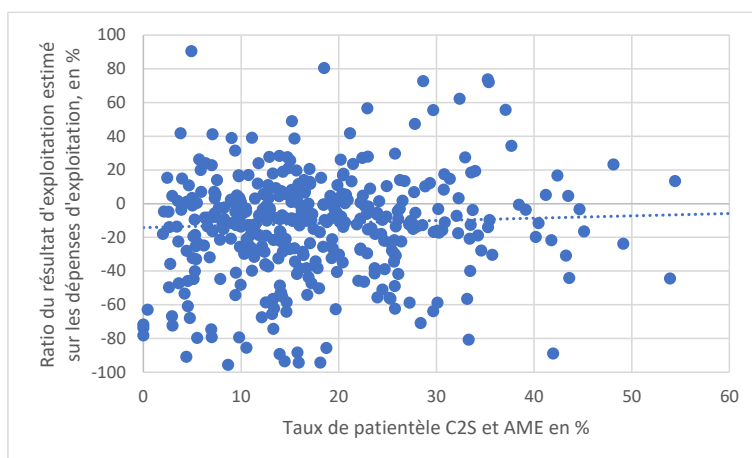
Lecture : la moitié des CDS de l'échantillon implantés en zone urbaine ont un ratio inférieur ou supérieur à -10,1 % ; un quart de ces CDS ont un ratio supérieur à 4,7 % tandis que 10 % ont un ratio inférieur à -57,9 % ; 33,2 % de ces CDS ont un ratio positif en 2022 ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio sont très fortement affectées par des données extrêmes reflétant pour certaines des erreurs de déclaration des CDS ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes sont aussi significativement affectées par de telles valeurs extrême ;

5.7.5 Des résultats d'exploitation des centres en 2022 qui n'apparaissent pas nettement plus dégradés pour les centres qui prennent en charge, dans des proportions plus importantes, des publics socialement défavorisés

L'analyse de la mission ne fait pas apparaître de corrélation sensible entre le ratio de résultat d'exploitation estimé rapporté aux charges d'exploitation des centres et le taux de patientèle C2S et AME des centres en 2022 (graphique 39, tableau 116 et 117)⁹⁰.

⁹⁰ Le coefficient de corrélation entre les deux variables est de 0,05 sur l'ensemble de l'échantillon qui comprend certains centres pour lesquels l'une ou l'autre des deux variables a des valeurs extrêmes.

Graphique 39 : Ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation et taux de patientèle C2S et AME pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents selon en 2022, en %



Source : e-CDS, 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 CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles, et pour lesquels le taux de patientèle C2S et AME peut être calculé (hors le CDS LIVI) ; définition : le taux de patientèle C2S et AME est défini comme le ratio entre la somme du nombre de patients bénéficiaires de la C2S et du nombre de patients bénéficiaires de l'AME et la file active "médecin généraliste" au sens de l'accord national des centres de santé ; le champ de ce graphique est par ailleurs limité aux CDS ayant un ratio de résultat d'exploitation estimé sur les dépenses d'exploitation compris entre -100 % et 100 % et ayant un taux de patientèle C2S et AME inférieur ou égal à 60 %

Tableau 116 : Distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents selon le taux de patientèle C2S et AME 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 %
De 0 à 5%	32	-90,9	-72,3	-61,5	-20,2	-25,1	1,6	14,5	90,5	31,3
De 5 à 10%	69	-95,7	-45,5	-23,5	-9,0	-10,0	3,3	20,6	182,9	34,8
De 10 à 15%	80	-93,7	-59,0	-33,4	-17,3	-12,8	3,1	19,1	355,0	26,3
De 15 à 20%	74	-94,3	-46,2	-29,8	-7,0	-12,6	4,8	13,7	80,4	33,8
De 20 à 25%	51	-55,6	-38,9	-20,1	-6,6	-5,2	5,6	26,1	108,4	39,2
De 25 à 30%	36	-71,0	-57,6	-31,7	-13,6	-14,0	3,0	21,8	72,7	27,8
De 30 à 40%	33	-80,7	-38,0	-17,6	-7,2	-1,8	17,4	51,4	73,7	36,4
De 40 à 50%	13	-89,0	-41,5	-23,8	-16,5	-16,2	4,6	14,4	23,2	30,8
50% et +	15	-87,4	-67,8	-47,8	0,4	-8,6	21,0	43,1	106,3	53,3
Ensemble des CDS	403	-95,7	-56,9	-30,4	-9,8	-11,6	4,7	23,0	355,0	33,3

Source : e-CDS, 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 CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; définition : le taux de patientèle C2S et AME est défini comme le ratio entre la somme du nombre de patients bénéficiaires de la C2S et du nombre de patients bénéficiaires de l'AME et la file active "médecin généraliste" au sens de l'accord national des centres de santé ;

Lecture : la moitié des CDS de l'échantillon ayant un taux de patientèle C2S et AME compris entre 10 et 15 % ont un ratio inférieur ou supérieur à -17,3 % ; un quart de ces CDS ont un ratio supérieur à 3,1 % tandis que 10 % ont un ratio inférieur à -59,0 % ; 26,3 % de ces CDS ont un ratio positif en 2022 ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio sont très fortement affectées par des données extrêmes reflétant pour certaines des erreurs de déclaration des CDS ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes sont aussi significativement affectées par de telles valeurs extrême ; par ailleurs, les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les groupes de CDS pour lesquels le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n'ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

Tableau 117 : Distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents hors les CDS gérés par des autres organismes et établissements publics selon le taux de patientèle C2S et AME 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 %
De 0 à 5%	28	-78,3	-69,1	-47,9	-13,9	-18,2	2,1	15,1	90,5	35,7
De 5 à 10%	65	-95,7	-43,2	-21,4	-9,0	-8,2	3,3	21,7	182,9	35,4
De 10 à 15%	73	-85,5	-53,4	-28,6	-12,8	-8,1	3,2	20,6	355,0	27,4
De 15 à 20%	69	-85,7	-38,9	-26,4	-5,4	-8,7	6,4	14,3	80,4	36,2
De 20 à 25%	51	-55,6	-38,9	-20,1	-6,6	-5,2	5,6	26,1	108,4	39,2
De 25 à 30%	36	-71,0	-57,6	-31,7	-13,6	-14,0	3,0	21,8	72,7	27,8
De 30 à 40%	32	-80,7	-30,2	-17,3	-5,5	0,0	17,6	53,5	73,7	37,5
De 40 à 50%	13	-89,0	-41,5	-23,8	-16,5	-16,2	4,6	14,4	23,2	30,8
50% et +	15	-87,4	-67,8	-47,8	0,4	-8,6	21,0	43,1	106,3	53,3
Ensemble des CDS	382	-95,7	-50,0	-27,9	-9,1	-9,0	5,3	23,8	355,0	34,6

Source : champ, définitions, avertissements : voir les notes du tableau précédent (le champ des CDS excluant en outre ceux gérés par d'autres organismes et établissements publics)

5.7.6 Des résultats d'exploitation estimés des CDS pluriprofessionnels en 2022 nettement moins dégradés pour les centres ouverts au cours des années récentes

En revanche, 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 (tableau 118).

Tableau 118 : Distribution du ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des CDS selon l'année d'ouverture des centres 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 %
Avant 1980	73	-79,7	-43,7	-31,8	-16,9	-17,1	-2,9	13,2	39,1	24,7
1980 à 2009	63	-94,3	-64,7	-32,4	-18,0	-17,4	-0,6	11,0	182,9	23,8
2010 à 2014	76	-94,3	-73,1	-32,9	-9,7	-19,8	1,9	14,4	27,6	27,6
2010	6	-94,3	-94,0	-88,9	-44,3	-46,4	-5,4	-0,8	1,1	16,7
2011	6	-87,4	-83,3	-77,2	-55,8	-47,9	-19,6	-4,7	3,3	16,7
2012	12	-66,8	-60,0	-33,7	-11,9	-19,1	-1,0	5,8	16,2	25,0
2013	43	-85,7	-52,9	-26,5	-9,1	-12,7	6,1	19,1	27,6	30,2
2014	9	-88,5	-68,8	-21,0	-3,7	-18,5	1,4	8,0	11,8	33,3
2015 à 2019	86	-90,9	-46,0	-16,9	-5,4	-4,9	7,4	25,1	106,3	40,7
2015	11	-80,7	-56,0	-24,6	-5,7	-1,1	27,6	55,7	72,7	45,5
2016	24	-62,3	-41,1	-9,4	-5,7	-8,6	2,4	15,2	26,3	33,3
2017	7	-53,5	-32,2	-15,8	-12,1	-14,4	-4,9	0,0	6,5	14,3
2018	22	-90,9	-29,6	-12,0	-5,7	-0,2	10,5	23,6	106,3	40,9
2019	22	-89,0	-43,8	-17,5	0,6	-4,5	14,1	27,0	73,7	54,5
Depuis 2020	108	-95,7	-55,2	-37,5	-9,0	-4,2	12,5	41,8	355,0	42,6
2020	40	-54,3	-36,0	-13,5	3,1	3,2	13,5	42,3	80,4	55,0
2021	42	-72,3	-57,6	-35,4	-8,1	2,9	16,9	34,1	355,0	45,2
2022	26	-95,7	-78,8	-53,4	-34,0	-27,1	-15,6	36,7	90,5	19,2
Ensemble des CDS	406	-95,7	-56,9	-30,4	-9,8	-11,6	4,7	23,0	355,0	33,3

Source : e-CDS, 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 CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ;

Lecture : la moitié des CDS de l'échantillon ayant ouvert avant 1980 ont un ratio inférieur ou supérieur à -16,9 % ; un quart de ces CDS ont un ratio supérieur à -2,9 % alors que 10 % ont un ratio inférieur à -43,7 % ; 24,7 % de ces CDS ont un ratio positif en 2022 ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio sont très fortement affectées par des données extrêmes reflétant pour certaines des erreurs de déclaration des CDS ; la moyenne du ratio et les mesures relatives aux déciles extrêmes sont aussi significativement affectées par de telles valeurs extrême ; par ailleurs, les chiffres relatifs aux déciles et quartiles de la distribution du ratio pour les groupes de CDS pour lesquels le nombre de CDS est faible - inférieur à 10 environ - n'ont pas de valeur significative ; les lignes correspondantes apparaissent en italiques ;

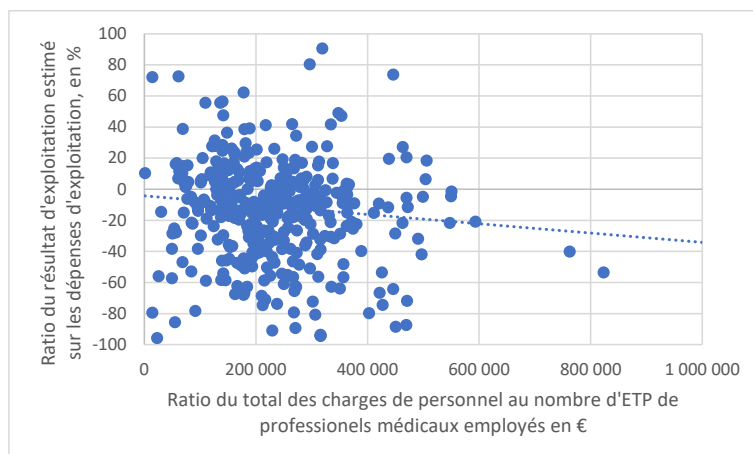
5.7.7 Des corrélations apparentes entre la situation financière des CDS en 2022 et certaines de leurs autres caractéristiques ou pratiques de gestion

5.7.7.1 Rémunération des personnels, composition de la main d'œuvre et conditions d'emploi des professionnels médicaux dans les centres

L'analyse fait apparaître, 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 (graphique 40)⁹¹.

Graphique 40 : Ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation et ratio du total des charges de personnel rapporté au nombre d'ETP de professionnels médicaux employés pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents en 2022, en %

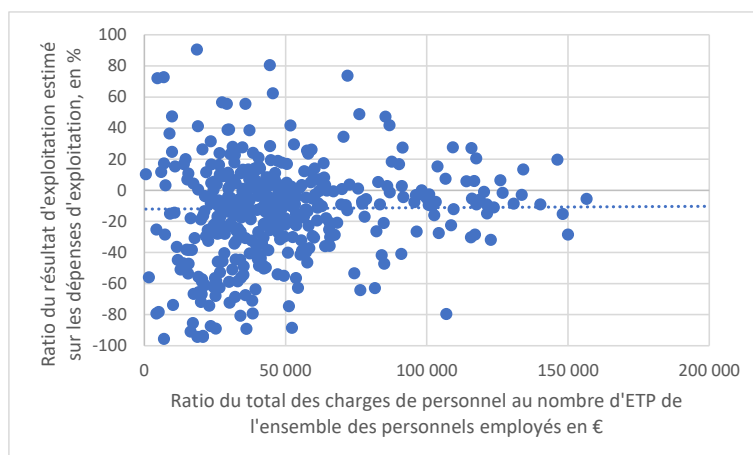


Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) médicaux et polyvalents, adhérant à l'accord national des CDS et ne faisant pas partie d'un regroupement de CDS par la CNAM pour l'attribution de la rémunération forfaitaire spécifique prévue par cet accord, pour lesquels les données de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; le champ de ce graphique est par ailleurs limité aux CDS ayant un ratio de résultat d'exploitation estimé sur les dépenses d'exploitation compris entre -100 % et 100 % et un ratio du total des charges de personnels rapporté au nombre d'ETP de professionnels médicaux employés inférieur ou égal à 1 M€ ;

De manière assez logique, une telle corrélation négative n'apparaît pas 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 l'ensemble des personnels employés par les centres cette année-là (graphique 41).

⁹¹ Le coefficient de corrélation entre les deux variables est de -0,15 sur l'ensemble de l'échantillon qui comprend certains centres pour lesquels le ratio de résultat d'exploitation a des valeurs extrêmes.

Graphique 41 : Ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation et ratio du total des charges de personnel rapporté au nombre d'ETP de l'ensemble des personnels employés pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents en 2022, en %

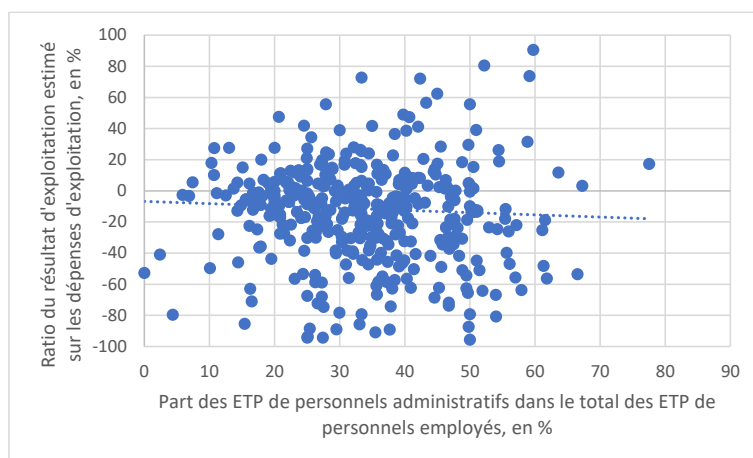


Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) médicaux et polyvalents, adhérent à l'accord national des CDS et ne faisant pas partie d'un regroupement de CDS par la CNAM pour l'attribution de la rémunération forfaitaire spécifique prévue par cet accord, pour lesquels les données de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; le champ de ce graphique est par ailleurs limité aux CDS ayant un ratio de résultat d'exploitation estimé sur les dépenses d'exploitation compris entre -100 % et 100 % et un ratio du total des charges de personnel rapporté au nombre d'ETP de l'ensemble des personnels employés inférieur ou égal à 200 K€ ;

Une analyse simple ne fait pas apparaître de corrélation 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 (graphique 42)⁹².

⁹² Le coefficient de corrélation entre les deux variables est de -0,05 sur l'ensemble de l'échantillon qui comprend certains centres pour lesquels le ratio de résultat d'exploitation a des valeurs extrêmes.

Graphique 42 : Ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation et part des ETP de personnels administratifs dans le total des ETP des personnels employés pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents en 2022, en %



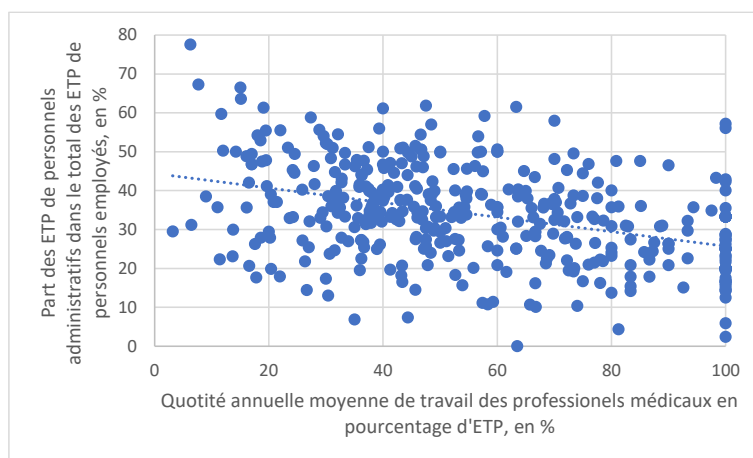
Source : e-CDS, calculs mission ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) médicaux et polyvalents, adhérent à l'accord national des CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; le champ de ce graphique est par ailleurs limité aux CDS ayant un ratio de résultat d'exploitation estimé sur les dépenses d'exploitation compris entre -100 % et 100 % ;

Une analyse simple fait apparaître une corrélation négative, d'ampleur assez importante, entre la part des ETP de personnels médico-administratifs dans le total des ETP de professionnels employés par les centres en 2022 et la quotité annuelle moyenne de travail, exprimée en pourcentage d'ETP annuel, des professionnels médicaux cette année-là (graphique 43)⁹³. Cette observation est cohérente avec l'idée selon laquelle une part importante de professionnels médicaux employés à temps partiel ou travaillant sur des durées limitées dans l'année générerait des coûts de gestion plus importants pour les centres.

⁹³ Le coefficient de corrélation entre les deux variables est de -0,40 sur l'ensemble de l'échantillon qui comprend certains centres pour lesquels le ratio de résultat d'exploitation a des valeurs extrêmes.

Graphique 43 : Part des ETP de personnels administratifs dans le total des ETP des personnels employés et quotité annuelle moyenne de travail des professionnels médicaux en pourcentage d'ETP pour les CDS pluriprofessionnels en 2022, en %



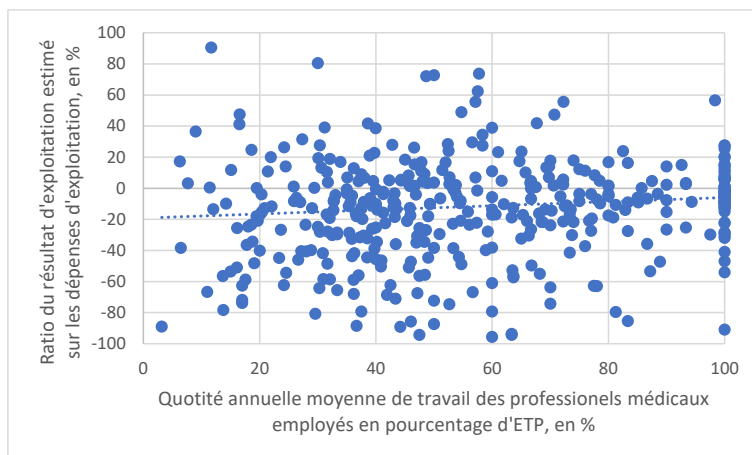
Source : e-CDS, calculs mission ;

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

On constate 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 (graphique 44)⁹⁴.

⁹⁴ Le coefficient de corrélation entre les deux variables est de -0,09 sur l'ensemble de l'échantillon qui comprend certains centres pour lesquels le ratio de résultat d'exploitation a des valeurs extrêmes.

Graphique 44 : Ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation et quotité annuelle moyenne de travail des professionnels médicaux en pourcentage d'ETP pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents en 2022, en %



Source : e-CDS, calculs mission ;

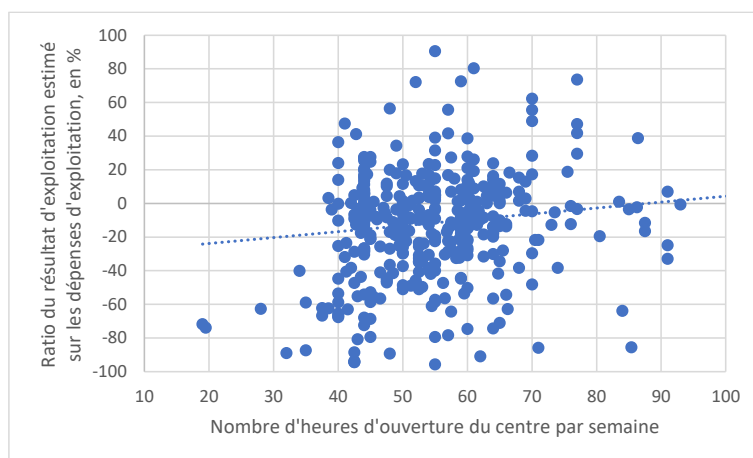
Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) médicaux et polyvalents, adhérant à l'accord national des CDS et ne faisant pas partie d'un regroupement de CDS par la CNAM pour l'attribution de la rémunération forfaitaire spécifique prévue par cet accord, pour lesquels les données de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; le champ de ce graphique est par ailleurs limité aux CDS ayant un ratio de résultat d'exploitation estimé sur les dépenses d'exploitation compris entre -100 % et 100 % ;

5.7.8 Une corrélation positive d'ampleur limitée entre le résultat d'exploitation des centres et l'étendue de leur plage horaire d'ouverture hebdomadaire en 2022

Une analyse simple fait apparaître une corrélation positive, d'ampleur limitée, entre le ratio de résultat d'exploitation estimé des centres en 2022 et l'étendue de leur plage horaire d'ouverture hebdomadaire la même année (graphique 45)⁹⁵.

⁹⁵ Le coefficient de corrélation est de 0,11 sur l'ensemble de l'échantillon.

Graphique 45 : Ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation et nombre d'heures d'ouverture par semaine pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents en 2022, en %



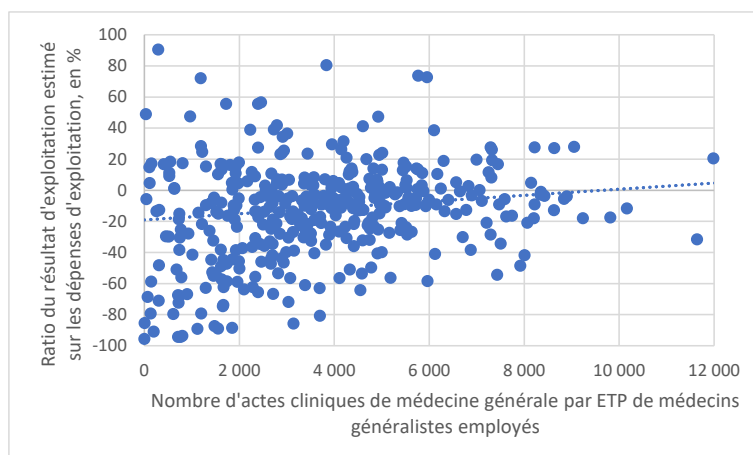
Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) médicaux et polyvalents, adhérant à l'accord national des CDS et ne faisant pas partie d'un regroupement de CDS par la CNAM pour l'attribution de la rémunération forfaitaire spécifique prévue par cet accord, pour lesquels les données de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles, et pour lesquels on dispose de données sur les heures d'ouverture (hors le CDS LIVI) ; le champ de ce graphique est par ailleurs limité aux CDS ayant un ratio de résultat d'exploitation estimé sur les dépenses d'exploitation compris entre -100 % et 100 % et un nombre d'heure d'ouverture par semaine des centres inférieur à 100 ;

5.7.9 Une corrélation positive d'ampleur limitée entre le résultat d'exploitation des centres en 2022 et la productivité en termes de nombre d'actes des médecins généralistes qu'ils emploient

Une corrélation positive, d'ampleur modeste, peut être observée entre le résultat d'exploitation des CDS pluriprofessionnels en 2022 et le ratio du nombre d'actes cliniques de médecine générale par ETP annuel de médecins généralistes employés par les centres la même année (graphique 46)⁹⁶. Ce constat n'est pas sensiblement modifié si l'on exclue de l'analyse les CDS créés au cours de l'année 2022 (graphique 47).

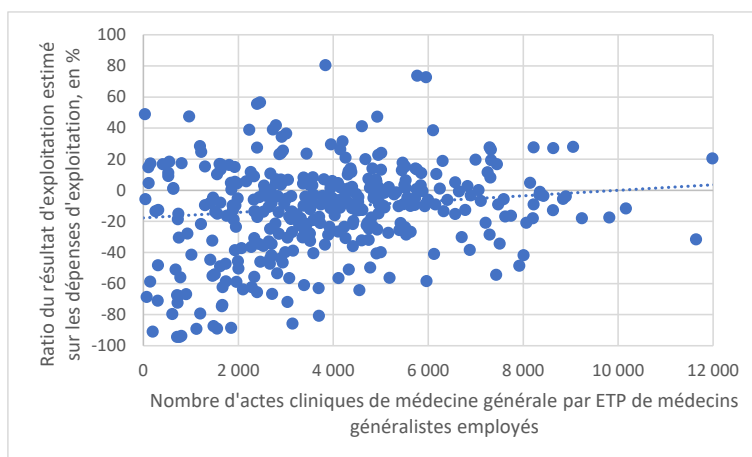
⁹⁶ Le coefficient de corrélation entre les deux variables est de 0,14 sur l'ensemble de l'échantillon qui comprend certains centres pour lesquels l'une ou l'autre des deux variables a des valeurs extrêmes.

Graphique 46 : Ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation et nombre d'actes cliniques de médecine générale par ETP de médecins généralistes employés par les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents en 2022, en %



Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) médicaux et polyvalents, adhérant à l'accord national des CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles, et pour lesquels on dispose de données sur le nombre d'actes cliniques de médecine générale (hors le CDS LIVI) ; le champ de ce graphique est par ailleurs limité aux CDS ayant un ratio de résultat d'exploitation estimé sur les dépenses d'exploitation compris entre -100 % et 100 % et un nombre d'actes de médecine générale par ETP de médecins généralistes employés inférieure ou égal à 12 000 ;

Graphique 47 : Ratio du résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation et nombre d'actes cliniques de médecine générale par ETP de médecins généralistes employés par les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents en 2022 hors ceux ouverts en 2022, en %



Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) médicaux et polyvalents, adhérant à l'accord national des CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles, pour lesquels on dispose de données sur le nombre d'actes cliniques de médecine générale et hors ceux ouverts en 2022 (hors le CDS LIVI) ; le champ de ce graphique est par ailleurs limité aux CDS ayant un ratio de résultat d'exploitation estimé sur les dépenses d'exploitation compris entre -100 % et 100 % et un nombre d'actes de médecine générale par ETP de médecins généralistes employés inférieure ou égale à 12 000 ;

5.8 Une évolution récente de la situation financière des CDS qui n'a pas été uniforme

Alors que l'analyse développée dans la partie 5,4 suggère que la situation financière des CDS pluriprofessionnels, pris de manière agrégée et hors ceux gérés par les collectivités territoriales, s'est dégradée de manière sensible entre 2016 et 2019 ou 2020 (selon les indicateurs), avant de se redresser ponctuellement en 2021, puis de se dégrader fortement en 2022, l'analyse qui suit vise à rendre compte de l'évolution des principaux indicateurs relatifs à la distribution des centres au regard des principaux indicateurs économiques et financiers retenus (tableaux 119 à 122).

En pratique, les principaux indicateurs de médiane et de quartiles présentés (1^{er} et 3^{ème} quartiles) sont moins susceptibles d'être sensiblement affectés par des valeurs extrêmes pouvant tenir à des erreurs de déclaration des CDS, concernant notamment leurs charges d'exploitation, que les indicateurs de moyenne globale calculés dans la partie 5.4. L'interprétation dans le temps de ces grandeurs est toutefois compliquée par le fait que le champ des CDS retenu pour l'analyse a varié de manière conséquente d'une année sur l'autre⁹⁷.

⁹⁷ Les échantillons de centres retenus ont en outre été nettement réduits pour les années antérieures à 2022, en raison d'un nombre assez conséquent de CDS faisant l'objet d'un regroupement par la CNAM pour la détermination de la rémunération spécifique issue de l'accord national.

L'analyse menée suggère que la dégradation de la situation financière des centres, pris de manière agrégée, mise en évidence dans la partie 5.4 *supra*, n'a pas été uniforme pour les centres. Les ratios médians d'honoraires sans dépassement ou d'honoraires totaux rapportés aux charges d'exploitation se sont dégradés nettement entre 2021 et 2022, après une nette amélioration en 2021, et des fluctuations assez marquées d'une année sur l'autre auparavant, depuis 2016.

Après une amélioration ponctuelle entre 2020 et 2021, la valeur médiane du ratio de résultat d'exploitation estimé rapporté aux charges d'exploitation des centres s'est dégradée nettement en 2022 (-9,8 % après -8,2 % en 2021), dans des proportions toutefois nettement moins importantes que ce que suggèrent les données agrégées de la partie 5.4. Le ratio médian constaté en 2022 (-9,8 %) apparaît en outre moins dégradé que celui constaté en 2016 ou 2019, sur des échantillons de centres il est vrai très différents et beaucoup plus réduits que celui retenu pour 2022 (tableau 121).

Tableau 119 : Evolution de 2016 à 2022 des principaux éléments relatifs à la distribution du ratio des honoraires sans dépassement rapportés aux charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des CDS en 2022, en %

	Nombre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
2016	233	2,5	32,5	51,6	64,7	65,8	82,9	93,9	190,1
2017	230	4,3	34,0	49,3	61,4	80,4	78,9	98,9	2073,1
2018	252	0,0	36,8	52,8	69,0	85,7	82,3	92,0	4889,0
2019	277	0,0	29,8	49,6	67,2	66,9	81,5	98,0	231,2
2020	302	0,0	33,5	50,1	67,2	67,1	81,7	93,7	272,8
2021	364	4,9	38,2	53,1	70,9	70,6	85,9	101,3	282,2
2022	427	0,0	27,9	47,0	66,6	66,5	80,2	96,4	319,2

Source : e-CDS, calculs pôle d'analyse des données de l'IGAS ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) médicaux et polyvalents, adhérant à l'accord national des CDS, pour lesquels les données de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio sont très fortement affectées par des données extrêmes reflétant pour certaines des erreurs de déclaration des CDS ;

Tableau 120 : Evolution de 2016 à 2022 des principaux éléments relatifs à la distribution du ratio des honoraires totaux rapportés aux charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des CDS en 2022, en %

	Nombre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
2016	233	2,8	34,2	56,9	75,1	71,9	88,8	102,3	190,1
2017	230	4,3	35,8	54,0	71,2	86,1	87,9	109,5	2072,6
2018	252	0,0	38,7	59,9	76,5	91,4	87,5	97,3	4889,0
2019	277	0,0	32,2	55,8	74,2	72,3	89,4	103,7	231,2
2020	302	0,0	34,7	54,6	72,9	72,4	84,8	101,3	272,8
2021	364	4,9	41,1	60,2	77,5	75,9	90,4	106,5	389,9
2022	427	0,0	28,9	53,8	71,8	71,3	87,2	104,1	319,4

Source : e-CDS, calculs pôle d'analyse des données de l'IGAS ; champ, avertissements : voir le tableau précédent

Tableau 121 : Evolution de 2016 à 2022 des principaux éléments relatifs à la distribution du ratio de résultat d'exploitation estimé sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des CDS en 2022, en %

	Nombre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
2016	233	-96,2	-58,8	-29,7	-12,0	-14,7	3,9	17,0	116,4
2017	230	-85,8	-49,8	-31,0	-15,4	4,1	4,0	28,4	2347,8
2018	183	-93,7	-57,0	-28,4	-10,2	-12,9	4,8	17,7	198,2
2019	207	-98,9	-54,2	-30,8	-11,7	-15,1	5,2	16,7	76,1
2020	231	-86,9	-51,7	-34,1	-12,7	-14,4	0,9	14,4	162,3
2021	291	-85,6	-48,4	-27,2	-8,2	-8,8	8,5	25,1	400,5
2022	406	-95,7	-56,9	-30,4	-9,8	-11,6	4,7	23,0	355,0

Source : e-CDS, calculs pôle d'analyse des données de l'IGAS ;

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) médicaux et polyvalents, adhérant à l'accord national des CDS 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 de charges de personnel, d'autres charges d'exploitation et de recettes d'honoraires totaux sont fournies et non nulles (hors le CDS LIVI) ; avertissements : la moyenne présentée ici est calculée comme une moyenne arithmétique du ratio sur l'ensemble des CDS, soit en accordant le même poids à chaque CDS, indépendamment de sa taille ; les valeurs minimales et maximales du ratio sont très fortement affectées par des données extrêmes reflétant pour certaines des erreurs de déclaration des CDS ;

Tableau 122 : Evolution de 2016 à 2022 des principaux éléments relatifs à la distribution du ratio du total des financements estimés nets des charges d'exploitation sur les charges d'exploitation pour les CDS pluriprofessionnels médicaux et polyvalents adhérant à l'accord national des CDS en 2022, en %

	Nombre de CDS	Min	Decile 1	Quartile 1	Mediane	Moyenne	Quartile 3	Decile 9	Max
2016	233	-96,2	-35,6	-21,4	-6,0	8,2	7,6	21,2	3566,8
2017	230	-84,6	-40,3	-25,4	-9,3	27,2	7,7	36,6	3836,6
2018	183	-93,7	-39,7	-18,5	-4,5	-4,0	9,2	25,1	198,2
2019	207	-98,9	-41,1	-20,1	-1,5	-2,6	10,6	28,6	594,3
2020	231	-77,5	-39,3	-19,0	-5,5	-4,0	9,3	22,7	236,7
2021	287	-85,6	-35,1	-16,8	-0,4	2,7	13,5	36,4	400,5
2022	389	-95,7	-47,0	-22,5	-5,7	-3,9	11,1	27,7	355,0

Source : e-CDS, calculs pôle d'analyse des données de l'IGAS ; champ, avertissements : voir le tableau précédent

ANNEXE 2 : Comparaisons internationales en matière d'organisation des soins primaires et de rémunération des médecins généralistes

Il n'était pas possible, dans les délais impartis à la mission, de dresser une analyse exhaustive de l'ensemble de la littérature et des études portant sur les différents systèmes de santé internationaux. Ce document présente, s'agissant de l'organisation des soins primaires, les principaux constats des travaux issus de l'OCDE, ainsi que les réponses des correspondants des ministères sociaux rattachés aux ambassades, qui ont fourni des données actualisées et détaillées sur l'organisation des soins primaires en place dans six pays et établi une note à cet effet (Allemagne, Danemark, Espagne, Suède, Italie, Etats-Unis).

Outre les nombreuses bases de données et sites en ligne présentant des descriptions exhaustives de différents systèmes de santé (CLEISS...), la réalisation de cette annexe a été établie en particulier à partir des travaux de l'OCDE⁹⁸ et notamment l'enquête disponible en ligne : Health Systems Characteristics Survey online database (OCDE)⁹⁹.

Une bibliographie thématique de l'IRDES (établie en 2021) est également disponible pour le lecteur qui souhaiterait compléter cette première approche¹⁰⁰.

De quoi parle-t-on ? définition des soins primaires ou soins de premier recours

Depuis la conférence qui s'est tenue à Alma Ata en 1978, les soins primaires sont définis par l'OMS comme " des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilisé et d'autodétermination . Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté.

Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire (déclaration d'Alma Ata, § IV)."

Le médecin en charge des soins primaires est celui qui apporte une réponse à une grande majorité de besoins individuels, selon la WONCA (World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners /Family Physicians).

⁹⁸ Ex. Better ways to pay for health care, Divya Srivastava, Michael Mueller, Emily Hewlett, OCDE, 2016

⁹⁹ <https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc>

¹⁰⁰ <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-modes-de-remuneration-des-medecins-a-l-etranger.pdf>

SOMMAIRE

ANNEXE 2 : COMPARAISONS INTERNATIONALES EN MATIERE D'ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES ET DE REMUNERATION DES MEDECINS GENERALISTES.....	181
PARTIE 1 / PRESENTATION GENERALE ET COMPARAISON SYSTEMIQUE ISSUE DES DONNEES OCDE	184
1 DEUX ENSEIGNEMENTS DES TRAVAUX ISSUS DE L'OCDE SUR LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ET LA REPARTITION TERRITORIALE DES PRATICIENS	186
1.1 LES PAYS DEVELOPPES SONT CONFRONTES AUX MEMES ENJEUX DEMOGRAPHIQUES ET GEOGRAPHIQUES DE REGULATION D'UNE OFFRE DE SOINS MEDICALE EN FORTE BAISSSE.....	186
1.2 LE PHENOMENE DE RENONCEMENT AUX SOINS PRIMAIRES EST PARTICULIEREMENT MARQUE DANS LES TERRITOIRES DESERTIFIES	188
2 STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS PRIMAIRES ET MODES DE REMUNERATION	191
2.1 MODES DE REMUNERATIONS ET DE STRUCTURATION DES SOINS PRIMAIRES.....	193
2.2 STATUT DES MEDECINS ET REGULATION GEOGRAPHIQUE.....	198
2.3 ATTRIBUTION DE BONUS QUALITE / PERFORMANCE.....	200
2.4 MODALITES D'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE	204
2.5 TACHES REALISEES PAR LES INFIRMIERES.....	206
PARTIE 2 / NOTICE PAR PAYS.....	209
1 ALLEMAGNE.....	209
1.1 ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES DE SANTE	209
1.2 PRATIQUES EN MATIERE DE COORDINATION DES SOINS.....	215
1.3 FOCUS : LA DELEGATION DES ACTES MEDICAUX EN ALLEMAGNE	215
1.4 MODES DE REMUNERATION DES STRUCTURES D'EXERCICE COLLECTIF	222
1.5 FLUIDIFICATION DE LA PRISE DE RENDEZ-VOUS ET TELEMEDECINE	226
2 DANEMARK.....	227
2.1 ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES DE SANTE	227
2.2 PRATIQUES EN MATIERE DE COORDINATION DES SOINS.....	230
2.3 MODES DE REMUNERATION DES STRUCTURES D'EXERCICE COLLECTIF.....	231
2.4 PRATIQUES D'OPTIMISATION OU D'ORGANISATION DES SOINS MISES EN PLACE POUR OPTIMISER LA GESTION DES RENDEZ-VOUS	233
3 ESPAGNE	236
3.1 ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES DE SANTE	236
3.2 PRATIQUES EN MATIERE DE COORDINATION DES SOINS.....	239
3.3 DISPOSITIF D'ACCUEIL DES PATIENTS A L'ARRIVEE DANS UNE STRUCTURE DE SOINS PRIMAIRE.....	240
3.4 MODES DE REMUNERATION DES STRUCTURES D'EXERCICE COLLECTIF.....	242
3.5 PRATIQUES D'OPTIMISATION OU D'ORGANISATION DES SOINS MISES EN PLACE POUR OPTIMISER LA GESTION DES RENDEZ-VOUS	243
4 ITALIE	245
4.1 ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES DE SANTE	245
4.2 PRATIQUES EN MATIERE DE COORDINATION DES SOINS.....	249

4.3	MODES DE REMUNERATION DES STRUCTURES D'EXERCICE COLLECTIF	250
4.4	PRATIQUES D'OPTIMISATION OU D'ORGANISATION DES SOINS MISES EN PLACE POUR OPTIMISER LA GESTION DES RENDEZ-VOUS	251
5	SUEDE	257
5.1	ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES DE SANTE	257
5.2	PRATIQUES EN MATIERE DE COORDINATION DES SOINS	262
5.3	DISPOSITIF D'ACCUEIL DES PATIENTS A L'ARRIVEE DANS UNE STRUCTURE DE SOINS PRIMAIRE.....	263
5.4	MODES DE REMUNERATION DES STRUCTURES D'EXERCICE COLLECTIF	264
5.5	PRATIQUES D'OPTIMISATION OU D'ORGANISATION DES SOINS MISES EN PLACE POUR OPTIMISER LA GESTION DES RENDEZ-VOUS	270
6	ETATS UNIS	273
6.1	ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES DE SANTE	273
6.2	PRATIQUES EN MATIERE DE COORDINATION DES SOINS	276
6.3	MODES DE REMUNERATION DES STRUCTURES D'EXERCICE COLLECTIF	281
6.4	PRATIQUES D'OPTIMISATION OU D'ORGANISATION DES SOINS MISES EN PLACE POUR OPTIMISER LA GESTION DES RENDEZ-VOUS	286

PARTIE 1 / PRESENTATION GENERALE ET COMPARAISON SYSTEMIQUE ISSUE DES DONNEES OCDE

Traditionnellement, la littérature distingue trois types de systèmes de santé en fonction des sources de financement et du rôle de l'Etat : les systèmes nationaux de santé financé par l'impôt (dit « beveredgien » ou « assistanciel »), les systèmes d'assurance sociale (ou bismarckiens) régulés par la négociation entre les caisses d'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé, et les systèmes libéraux, s'appuyant sur une offre essentiellement privée, financée par les patients.

Cette typologie ne suffit pas, en elle-même, à caractériser les systèmes de santé : les différences de structuration du secteur, des modes d'organisation de la régulation (centralisation ou décentralisation des autorités de régulation...), des interactions avec les autorités publiques et/ou les partenaires font de chaque système de santé un modèle unique et non transposable : chaque système de santé est le produit d'une histoire, d'une culture et d'un développement économique.

Toutefois, les observateurs des systèmes de santé constatent au cours de la dernière décennies des évolutions communes, voire une convergence des systèmes en matière de soins primaires, qui serait caractérisée par « *une généralisation des mécanismes de gatekeeping, le développement de la mixité des modes de rémunérations (...) et du paiement à la performance, ainsi que le développement de la coordination professionnelle (...)* »¹⁰¹.

Ces évolutions, s'agissant de la mixité des modes de rémunération, et du développement de la coordination professionnelle, sont confirmées par les dernières données disponibles recueillies par l'OCDE (partie 1), puis par les notes établies par les conseillers sociaux présentés ci-dessous (Partie 2).

Une autre tendance est évoquée dans le rapport de propositions de l'Assurance maladie pour 2024¹⁰² : le secteur des soins primaires serait le prochain terrain de la « financiarisation des soins »¹⁰³ (§ 8.1.4 du rapport), citant notamment l'arrivée de sociétés internationales de capital-investissement dans plusieurs pays européens :

- en Suède (un tiers des cabinets privés) ;

¹⁰¹ Cf. thèse de Anne Moyal. « Une liberté sous contraintes ? : rationalisation des pratiques des professionnels libéraux de soins primaires en maisons de santé pluriprofessionnelles en France. Sociologie. Institut d'études », 2021.

¹⁰² Etabli en juillet 2023.

¹⁰³ « *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

- aux Pays Bas (entre 1 % et 4 % des cabinets gérés commercialement) ;
- au Royaume Uni (70 cabinets) ;
- en Allemagne : environ 20 % des centres de santé pluriprofessionnels - « medizinische Versorgungszentren (MVZ) - seraient concernés sur le territoire (les MVZ représentant 3 % des structures de soins primaires et 13 % des soins conventionnés¹⁰⁴) : « *L'objectif final de ces acquisitions est de vendre le réseau de MVZ ainsi constitué avec des bénéfices après une période de quatre à six ans. Le problème majeur réside dans le modèle commercial sous-jacent de ces sociétés d'investissement :*
 - d'une part, la provenance des fonds d'investissement privés reste opaque et la plupart des pistes mènent à des paradis fiscaux ;
 - d'autre part, l'objectif de rentabilité poursuivi par ces sociétés altère considérablement la qualité des soins : une enquête média a montré que des médecins avaient effectué des actes qui n'étaient pas nécessaires dans des MVZ spécialisés en soins dentaires et ophtalmologiques ;
 - enfin, ces sociétés, grâce à leur fort pouvoir d'achat sur le marché, disposent d'un avantage concurrentiel sur les médecins conventionnés censés être les acteurs principaux des MVZ et les poussent à quitter le marché »¹⁰⁵.

Une présentation détaillée des MVZ figure dans la notice consacrée à la situation de l'Allemagne ci-dessous.

En France comme partout en Europe, l'épisode du COVID 19 a renforcé l'attrait du secteur de la santé pour les sociétés d'investissements. Parmi les interlocuteurs rencontrés par la mission, en lien avec ces sociétés, on trouve MERIDIAM (fonds généraliste), le centre de santé SOMED (dont le fonds d'investissement All Seas est entré au capital du réseau, en tant qu'actionnaire minoritaire), ainsi qu'un chirurgien-dentiste¹⁰⁶. En France, les mêmes dérives qu'en Allemagne sont constatées dans des centres de santé dentaires ou ophtalmologiques depuis plus d'une décennie (cf. rapport de l'IGAS sur le réseau DENTEXIA établi en 2016) : la recherche de rentabilité, sans garde-fou et/ou en l'absence de contrôle(s), dans un contexte d'asymétrie d'information entre le praticien et son patient conduit à une dégradation de la qualité des soins (surprescriptions liées à la multiplication des consultations et des actes réalisés « à la chaîne », mise sous objectifs des praticiens salariés en terme de chiffre d'affaires, non-respect des règles d'hygiène...).

¹⁰⁴ Cf. éléments recueillis sur l'Allemagne, infra. Année 2018.

¹⁰⁵ « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – propositions de l'Assurance maladie pour 2024 », Assurance maladie, juillet 2023.

¹⁰⁶ ex-salarié d'un réseau de centres de santé qui a sollicité la mission pour témoigner de manière anonyme.

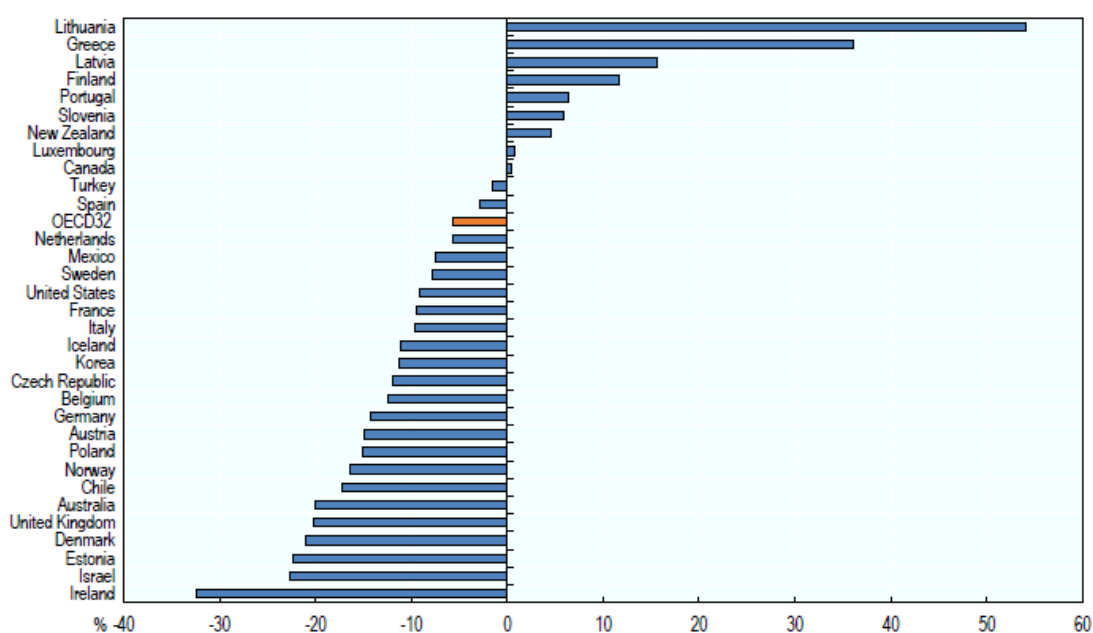
1 Deux enseignements des travaux issus de l'OCDE sur la démographie médicale et la répartition territoriale des praticiens

1.1 Les pays développés sont confrontés aux mêmes enjeux démographiques et géographiques de régulation d'une offre de soins médicale en forte baisse

La diminution du nombre de médecins généralistes (cf. définition dans la note ci-dessous) est une tendance lourde dans une grande majorité de pays de l'OCDE. Entre 2000 et 2017, en moyenne, les effectifs de médecins généralistes¹⁰⁷ ont toutefois diminué moins rapidement en France que dans la plupart des pays voisins : Italie, Belgique, Allemagne, Royaume Uni (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 1 : Evolution du nombre de médecins généralistes dans les pays de l'OCDE, 2000-2017

% changes between 2000 and 2017



Note: The category of generalist medical practitioners includes general practitioners, district medical doctors, family medical practitioners, primary health care physicians, general medical doctors, general medical officers, medical interns or residents specialising in general practice or without any area of specialisation yet. Generalist medical practitioners do not limit their practice to certain disease categories or methods of treatment, and may assume responsibility for the provision of continuing and comprehensive medical care to individuals, families and communities. There are many breaks in the series for Australia, Estonia, and Ireland over the period. In some countries (Ireland, Israel, Korea and Poland), the share of general practitioners among all doctors has increased over the same period.

Source: OECD Health Statistics 2019, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

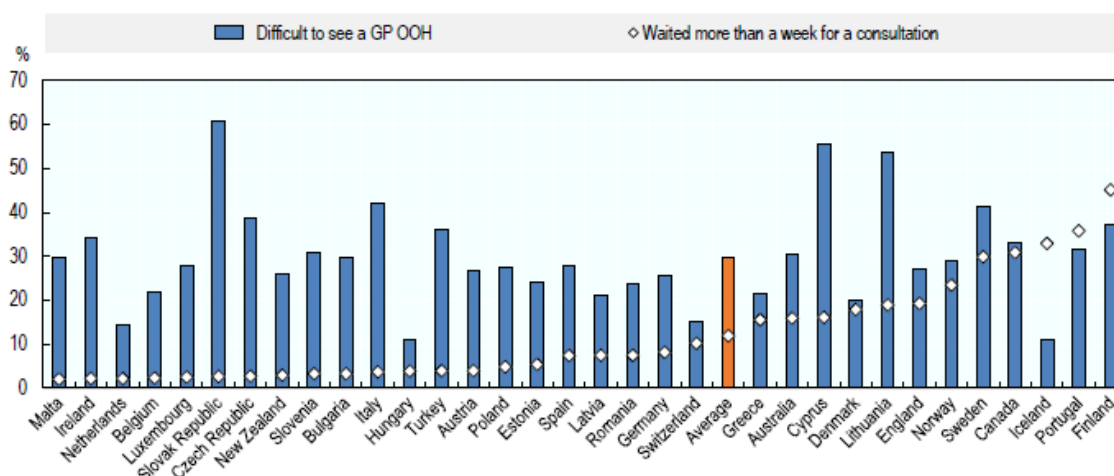
Source : OCDE "realising the potential of primary health care", juin 2020

¹⁰⁷ Qui représentent 29 % de l'ensemble des effectifs médicaux des pays de l'OCDE.

L’accessibilité aux médecins chargés des soins primaires est un sujet de préoccupation politique croissant des autorités dans de nombreux pays. Non satisfaite, une part de la demande de soins de premier recours se reporte sur les urgences hospitalières, entraînant une surcharge des services, et compromettant une prise en charge efficace des patients les plus gravement malades.

L’OCDE, dans son rapport « realizing the potential of primary health care » en 2020, relève que consulter un médecin généraliste devient de plus en plus difficile, car les patients doivent parfois s’accommoder avec de longs délais d’attente pour obtenir une consultation. D’après l’OCDE, l’enquête QUALICOPC [dont les données datent de 2013, NDLR] a montré que plus de 15 % des personnes dans 12 pays attendaient en moyenne plus d’une semaine pour obtenir une consultation avec leur médecin généraliste ou l’équipe de soins de santé primaires (tableau ci-dessous). En 2013, la proportion de patients ayant attendu plus d’une semaine était inférieure à 3 % en Belgique, en République tchèque, en Irlande, au Luxembourg, en République tchèque, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la République slovaque et Malte, mais elle s’établissait à plus de 25 % de la population du Canada, de la Finlande, en Islande, au Portugal et en Suède.

Graphique 2 : Proportion de la population adulte qui a déclaré qu’il était trop difficile de voir un médecin généraliste en dehors des heures d’ouverture et qui a attendu plus d’une semaine pour une consultation



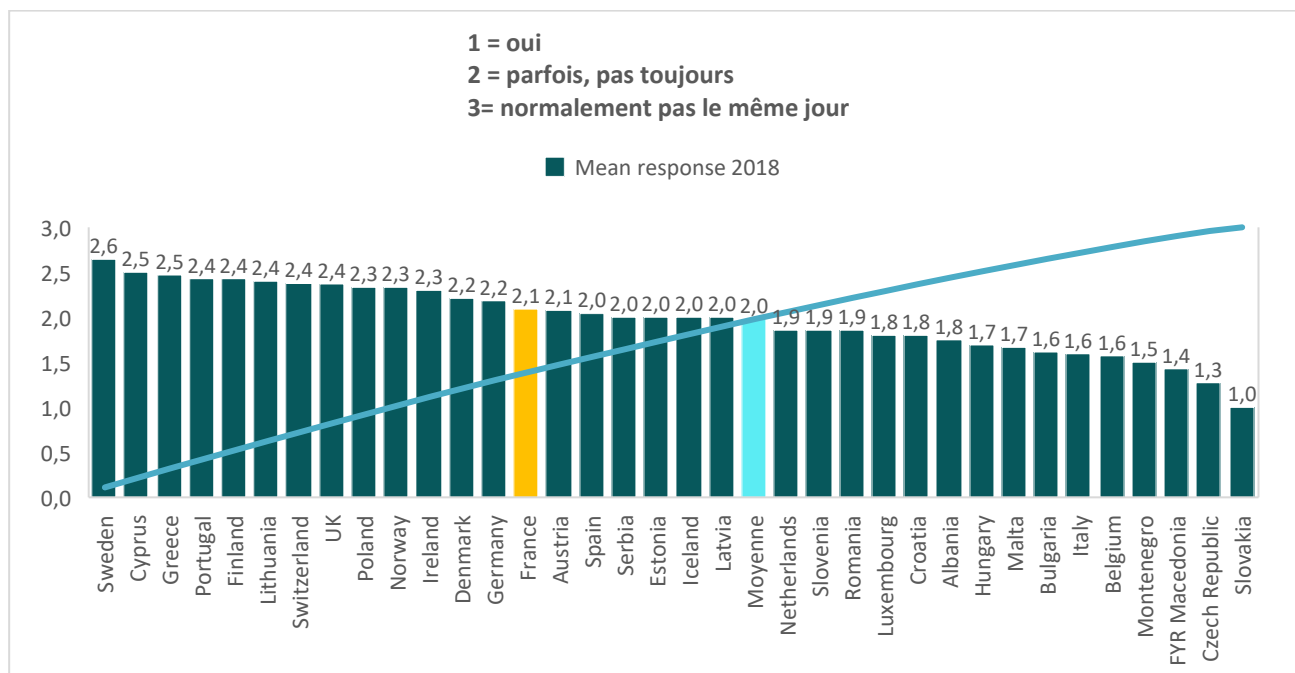
Note: There are no available data for France and Israel. The proportion refers to the adult population who reported that it was too difficult to see a GP out-of-hours (OOH), and the proportion of the adult population who waited more than a week for a GP consultation.
Source: OECD estimates based on QUALICOPC.

Source : OCDE “realising the potential of primary health care”, juin 2020

Un autre indicateur plus récent est disponible, qui atteste également de la dégradation de l’accessibilité aux médecins de soins primaires. Issu de l’indice Euro de la santé pour les consommateurs (EHCI) établi chaque année par un think tank suédois, il est établi en tenant compte du point de vue du patient et du consommateur, et demande aux patients d’apprécier la possibilité d’avoir accès à un médecin « le jour même » où ils en ont besoin. Comme le montre le tableau ci-dessous, en 2018, la Suède était la moins bien classée dans cette étude : les difficultés de la Suède sont toujours d’actualité en 2023 (cf. § consacré à la Suède infra).

La France se situe en milieu de classement, à l’instar de l’Allemagne, de l’Espagne et du Danemark. La Belgique, l’Italie ou les Pays Bas sont mieux classés, au-delà de la moyenne.

Graphique 3 : Réponse à la question : Les patients de votre pays peuvent-ils voir leur médecin traitant le jour même (avec ou sans rendez-vous) ?



Source : Mission d'après indice Euro de la santé pour les consommateurs 2018 établi par le think tank suédois <https://healthpowerhouse.com/publications/> : « L'EHCI, qui a débuté en 2005, est la principale comparaison pour l'évaluation des performances des systèmes de soins de santé nationaux dans 35 pays. L'EHCI analyse les soins de santé nationaux sur 46 indicateurs, en examinant des domaines tels que les droits et l'information des patients, l'accès aux soins, les résultats thérapeutiques, la portée et la portée des services, la prévention et l'utilisation des produits pharmaceutiques ».

1.2 Le phénomène de renoncement aux soins primaires est particulièrement marqué dans les territoires désertifiés

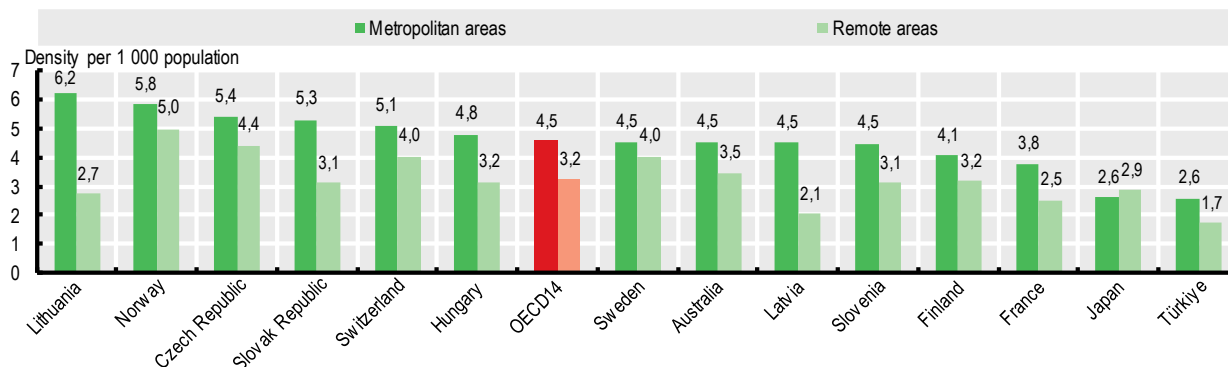
Les inégalités d'accès aux soins primaires sont également territoriales : d'après l'OCDE, « les difficultés à recruter et à retenir les médecins dans certaines régions constituent depuis longtemps un problème politique important dans de nombreux pays de l'OCDE, en particulier dans ceux qui comptent des zones reculées et peu densément peuplées, ainsi que dans les régions rurales et urbaines défavorisées ». ¹⁰⁸ Les raisons sont professionnelles (moindres revenus, horaires de travail, possibilités d'évolution professionnelle et manque de contact avec leurs confrères) et sociales (qualité des établissements scolaires pour leurs enfants et manque de perspectives professionnelles pour leur conjoint).

Établi à partir de données recueillies en 2021, le schéma ci-dessous illustre des écarts de densité médicale relativement importants entre pays, et, pour la plupart des pays, entre zones urbaines et « zones reculées », notamment en France, où la densité des médecins est non seulement globalement plus faible que la moyenne des 14 pays de l'OCDE représentés, mais où, en plus,

¹⁰⁸ Source : OCDE.

l'écart entre de densité entre les zones est également relativement important (cf. schéma ci-dessous).

Graphique 4 : Densité de médecins, régions métropolitaines et éloignées, 2021 (ou année la plus proche)



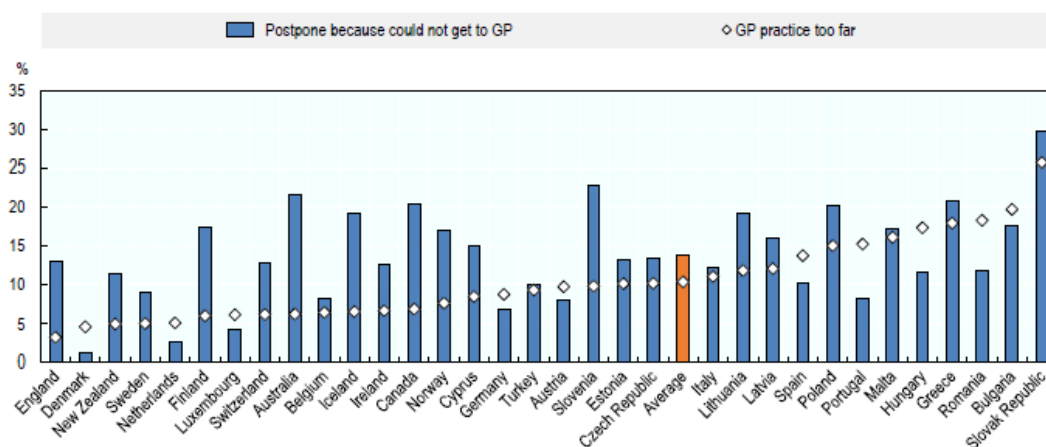
Source : Statistiques de la base de données OCDE sur les régions 2023

Note: Les régions éloignées sont définies comme des régions éloignées des régions métropolitaines et des régions proches de petites zones urbaines dont la population est inférieure à 250 000 personnes

Dans son rapport établi en 2020, l'OCDE constate qu'une partie non négligeable de la population déclare renoncer aux soins, faute de proximité ou de disponibilité d'un praticien de premier recours : « comme l'ont montré des études antérieures, les personnes vivant dans les régions rurales et éloignées sont souvent les plus économiquement populations défavorisées, et ont un accès inéquitable aux soins de santé primaires. En Australie, par exemple, les personnes vivant dans des régions rurales et éloignées un accès plus faible aux soins de santé primaires, ce qui peut être associé à des taux de morbidité et de mortalité plus élevés. Les résidents des régions reculées du Territoire du Nord, par exemple, sont 50 % plus susceptibles d'être hospitalisés que ceux des régions non éloignées (Wakerman et al., 2017). Des disparités similaires en matière de santé liées à la l'accès aux soins de santé primaires se trouvent au Canada et aux États-Unis, où il y a d'importantes collectivités rurales et éloignées (...) ». Outre le cas de l'Australie ou du Canada, dont le territoire est particulièrement étendu, l'OCDE relève aussi la part non négligeable de patients qui renoncent aux soins dans certains pays européens : en Grèce, en Pologne, en République slovaque et en Slovénie, au moins 20 % des personnes ne se sont pas rendues dans un cabinet de soins de santé primaires lorsqu'elles en avaient besoin parce qu'elles ne pouvaient pas s'y rendre physiquement. A noter que ces données de l'OCDE, établies à partir de l'enquête QALICOPC, ne sont pas disponibles pour la France (elles datent par ailleurs de 2013, alors que la situation s'est probablement aggravée depuis)¹⁰⁹ (cf. schéma ci-dessous).

¹⁰⁹ Il est toutefois peu probable, au vu du contexte actuel, que leur situation respective se soit améliorée.

Graphique 5 : Pourcentage de la population qui reportent leur rendez-vous ou renoncent à recourir aux soins faute de praticien et pourcentage de la population qui déclarent que le médecin généraliste est trop éloigné de leur domicile, 2013



Note: There are no available data for France and Israel. The proportions refer to the adult population who have postponed or abstained from a visit to the GP when they needed one because they could not get there and to the adult population who reported that their GP practice was too far from where they lived.

Source: OECD estimates based on QUALICOPC.

Source : 2020-OECD-Realising the potential of primary health care.pdf

Les médecins sont peu enclins à s’installer dans les régions rurales ou économiquement défavorisées. Différentes mesures, plus ou moins contraignantes, ont été prises par certains pays de l’OCDE pour pallier l’insuffisance de ressources médicales dans les territoires excentrés ou défavorisés et favoriser l’installation des médecins dans ces territoires (cf. infra), dont l’efficacité varie d’un pays à l’autre : leur optimisation dépend des caractéristiques propres à chacun des pays¹¹⁰. En France, l’OCDE relève les bons résultats de la mesure incitant les étudiants en médecine à exercer dans les zones mal desservies¹¹¹.

Encadré : Les principales mesures mises en œuvre pour influencer le lieu d’exercice des médecins

Différents leviers politiques peuvent être utilisés pour influencer le choix du lieu d’exercice des médecins, notamment :

- 1) proposer des incitations financières aux médecins pour qu’ils travaillent dans des zones mal desservies ;
- 2) augmenter les inscriptions dans les filières médicales d’étudiants issus de zones mal desservies ou délocaliser les facultés de médecine ;
- 3) réglementer le choix du lieu d’exercice des médecins (pour les nouveaux diplômés ou les médecins formés à l’étranger qui arrivent dans le pays) ;
- 4) réorganiser la prestation de services pour améliorer les conditions de travail des médecins dans les zones mal desservies (OCDE, 2016).

¹¹⁰ Voir notamment « Geographic imbalances in doctor supply – drivers and policy responses », Michael Schonstein, OECD Health division, 27 janvier 2014. Ono, T., M. Schoenstein, J. Buchan, “Geographic imbalances in physician supply and policy responses”, OECD Health Working Paper no.68, Paris: OECD Publishing

¹¹¹ Panorama de la santé 2021, partie 8 Personnel de santé, répartition géographique des médecins, OCDE

Le développement de la télémédecine permet également de surmonter les barrières géographiques entre patients et praticiens.

En Allemagne, où le nombre de médecins pour 1 000 habitants est nettement supérieur à la moyenne de l'OCDE, la répartition géographique des médecins diffère selon les Länder ainsi qu'entre les zones urbaines et les zones rurales. Le nombre de médecins dans les zones rurales est généralement inférieur à la moyenne, alors qu'il est nettement supérieur dans les capitales, comme Berlin et Hambourg. Un certain nombre de mesures cherchent à renforcer le nombre de médecins exerçant en zone rurale, notamment en accordant des places aux étudiants en médecine qui s'engagent à exercer en tant que généralistes en zone rurale après l'obtention de leur diplôme (Blümelet al., 2020).

En République tchèque, le ministère de la Santé a annoncé un nouveau programme de soutien aux médecins généralistes travaillant dans des zones mal desservies en avril 2020. Ce programme est ouvert à tous les médecins généralistes qui prévoient, ou ont récemment commencé, de travailler dans une zone désignée comme étant mal desservie. Il accorde des financements aux cabinets de médecins généralistes en vue de couvrir les frais de personnel et d'équipement technique jusqu'à un plafond. Les caisses d'assurance maladie rémunèrent également davantage les services fournis par les médecins généralistes dans certaines zones mal desservies (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2021).

En Australie, le gouvernement a annoncé en 2018 une nouvelle stratégie décennale intitulée Stronger Rural Health Strategy destinée remédier aux difficultés actuelles et futures en matière de personnel de santé dans les zones rurales et isolées. Cette stratégie se compose de 13 initiatives qui visent à remédier aux problèmes de qualité, de répartition et de planification du personnel de santé australien, notamment dans les communautés rurales et isolées (Department of Health, 2019). Une évaluation à court terme de cette stratégie est prévue pour 2022.

Source : *Panorama de la santé, OCDE, 2021 « répartition géographique des médecins »* - <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/d0163825-fr.pdf?expires=1702040527&id=id&accname=guest&checksum=4C913DE41977D6ACAA3006631D47EACC>

2 Structuration de l'offre de soins primaires et modes de rémunération

En 2009, une étude de l'IRDES recensait trois modèles types d'organisation : le modèle normatif hiérarchisé, dans lequel le système de santé est organisé autour des soins primaires et régulé par l'État (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède) ; le modèle professionnel hiérarchisé, dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système (Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni) et le modèle professionnel non hiérarchisé, qui traduit une organisation des soins primaires laissée à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada, France)¹¹². Les chercheurs relevaient une tendance à l'hybridation des modèles à la suite des réformes menées depuis les années 1990.

En effet, la littérature a depuis longtemps établi que l'ensemble des modes de rémunération présentent des avantages et des inconvénients (cf. annexe sur les expérimentations). Dès lors, il ne ressort pas de la lecture de la littérature un modèle qui soit en apparence plus optimal que les

¹¹² « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande », *Questions d'économie de la santé*, n°141, avril 2009.

autres : « *Il existe de nombreux mécanismes de rémunération des médecins ; Certains sont bons et d'autres sont mauvais. Les trois pires sont la rémunération à l'acte, la capitation et le salaire* ». ¹¹³

Le mélange de plusieurs composantes permet de limiter les effets négatifs d'un mode de rémunération et d'en tirer une partie des avantages : en 2011, l'Assurance maladie actait également la tendance pour de nombreux pays à adopter des modes de rémunération mixtes. Dans la plupart des pays, les trois modes de rémunération coexistent : forfait ou rémunération fixe (salarial), rémunération à l'acte, et capitation mais interviennent dans des proportions variables. ¹¹⁴

De ce fait la diversification des modes d'organisation est une tendance lourde dans la plupart des systèmes de santé. Sous l'effet des nombreuses réformes successives menées depuis les années 1990, les modes de paiement et d'organisation des soins sont déjà très diversifiés dans la plupart des pays depuis plus d'une décennie.

Parmi les pays voisins de la France, en 2009, le Royaume-Uni et les Pays-Bas accordaient une place importante à la capitation, complétée par du salariat (Royaume-Uni) ou du paiement à l'acte (Pays-Bas) ¹¹⁵. L'Allemagne avait un système de rémunération sophistiqué combinant un paiement à l'acte plafonné et la capitation : « *les caisses d'assurance maladie versent aux unions régionales de médecins des enveloppes financières sur le principe de la capitation (les sommes sont donc fonction du nombre de patients traités par les médecins de la région). Ensuite, la répartition entre médecins fait intervenir l'activité (le nombre de consultations), mais ce paiement à l'acte est plafonné et la valeur de la consultation peut varier (selon le nombre de consultations global)* » ¹¹⁶.

La mission a actualisé ces données en exploitant la base des données en ligne issue de la dernière enquête de l'OCDE à ce sujet, réalisée en 2016 – qui n'ont pas fait l'objet de publication détaillée, contrairement à l'enquête précédente, établie en 2010 ¹¹⁷. Elle a retenu 27 pays à raison de leur proximité géopolitique et de leur état de développement (pays européens, Canada, Australie, Israël) et comparé la France comparativement à cet échantillon, concernant plusieurs questions :

- Les modalités de structuration des soins primaires (du moins, de la structure de soins prédominante pour chaque pays observé) ;
- Les modes de rémunération de la structure de soins primaires prédominante dans le pays observé ;
- Le statut des médecins (travailleur indépendant/ employé de droit public/de droit privé) ;
- Les composantes de la rémunération des médecins (acte, capitation, salaire, mixte) ;

¹¹³ James C. Robinson (Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives, 2001), cité dans "Les modèles de rémunération : un regard international", Assurance maladie, décembre 2011.

¹¹⁴ "Les modèles de rémunération : un regard international", Assurance maladie, décembre 2011

¹¹⁵ D'après : Albouy Valérie, Déprez Muriel, « Mode de rémunération des médecins », Économie & prévision, 2009/2 (n° 188), p. 131-139. DOI : 10.3917/ecop.188.0131. URL : <https://www.cairn.info/revue-economie-et-prevision-1-2009-2-page-131.htm>

¹¹⁶ ibidem

¹¹⁷ "Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries", Valérie Parisi, Marion Devauxi et Lihan Weii iOCDE, 28 Apr 2010, OECD Health working papers, N° 50

- Les facteurs de pondération de la capitation ;
- L'attribution d'un bonus qualité des soins/performance ;
- Les modalités d'organisation de la permanence des soins ambulatoires ;
- L'état d'avancement des pratiques coordonnées médecins/infirmiers, mesuré par le champ des actes de soins et de prévention confiés aux infirmières.

2.1 Modes de rémunérations et de structuration des soins primaires

Le tableau ci-dessous met en évidence une grande variété des situations et des modèles de rémunération.

En 2016, la principale modalité de structuration des soins primaires était, pour 44 % des 27 pays observés, celle de cliniques/centres/maisons de santé pluriprofessionnels associant des médecins et d'autres professionnels de santé (ex. infirmières).

Parmi les composantes du modèle de rémunération des structures de soins primaires, 78 % des pays citent le paiement à l'acte (fee for service), 75 % des pays citent la capitation, 37 % le paiement à la performance (pay for performance), 22 % la dotation globale (global budget). La dotation globale est choisie par une minorité de pays (6 pays, soit 22 % des pays observés, dont 5 ont pour mode d'exercice principal les « cliniques/centres de soins primaires pluriprofessionnelles »).

Tableau 1 : Mode de rémunération des structures de soins primaires majoritaires dans 27 pays de l'OCDE, et mode de rémunération des médecins (2016)

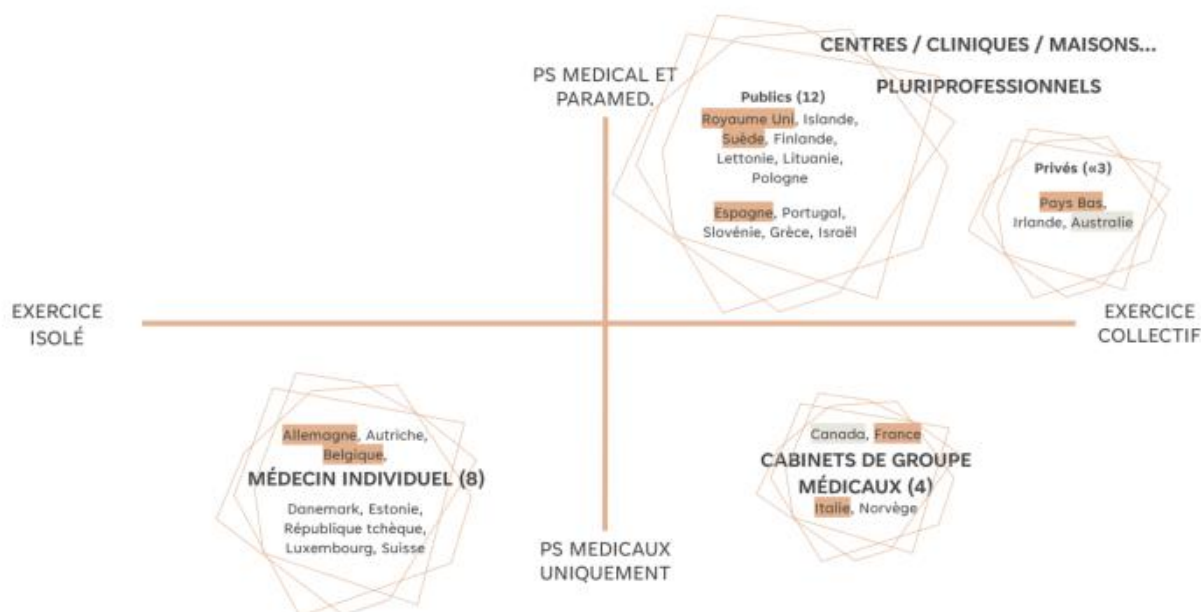
Type de structure	Pays	Mode de rémunération des structures de soins					Mode de rémunération des médecins					
		Capitation	Acte	Performance	Dotation globale	Autre	Capitation	Acte	Actes+capitation	Salaire+capitation	Salaire, acte + capitation	Salaire
Private group practices staffed by physicians and other health professionals (e.g., nurses)	Australia (AUS)	X	X	X				X				
	Ireland (IRL)	X	X				X					
	Netherlands (NLD)	X	X	X	X				X			
Private group practices staffed by physicians only	Canada (CAN)	X	X			X					X	
	France (FRA)		X	X							X	
	Italy (ITA)	X					X					
	Norway (NOR)	X	X						X			
Private solo practices	Austria (AUT)		X					X				
	Belgium (BEL)	X	X					X				

Type de structure	Pays	Mode de rémunération des structures de soins					Mode de rémunération des médecins					
		Capitation	Acte	Performance	Dotation globale	Autre	Capitation	Acte	Actes+capitation	Salaire+capitation	Salaire, acte + capitation	Salaire
	Czech Republic (CZE)	X	X	X					X			
	Denmark (DNK)	X	X								X	
	Estonia (EST)	X	X	X	X	X			X			
	Germany (DEU)		X		X			X				
	Luxembourg (LUX)		X					X				
	Switzerland (CHE)	X	X					X				
	Public primary care clinics staffed by physicians and other health professionals (e.g., nurses)	Finland (FIN)				X						
Greece (GRC)						X				X		
Iceland (ISL)			X		X							X
Israel (ISR)		X			X	X						X
Latvia (LVA)		X	X	X		X			X			
Lithuania (LTU)		X	X	X	X				X			
Poland (POL)		X	X									
Portugal (PRT)		X		X	X							X
Slovenia (SVN)		X	X									X
Spain (ESP)		X		X	X						X	
Sweden (SWE)	X	X	X								X	
United Kingdom (GBR)	X	X	X							X		
Total général		20	21	11	9	5	2	6	6	1	5	6

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>

Comme le montre le schéma ci-dessous, la majorité des pays observés et notamment quelques pays voisins privilégient les modes d'exercice collectif, le plus souvent regroupés dans des centres ou maisons de santé pluriprofessionnels (Royaume Uni, Pays Bas, Espagne, Suède, Finlande...). L'exercice isolé demeure la modalité d'exercice prédominante en Allemagne et en Belgique, même si des formes collectives existent (maisons médicales en Belgique, Medizinische Versorgungszentren en Allemagne).

Graphique 6 : Matrice du modèle de structuration prédominant en matière de soins primaires pour chacun des 27 pays observés

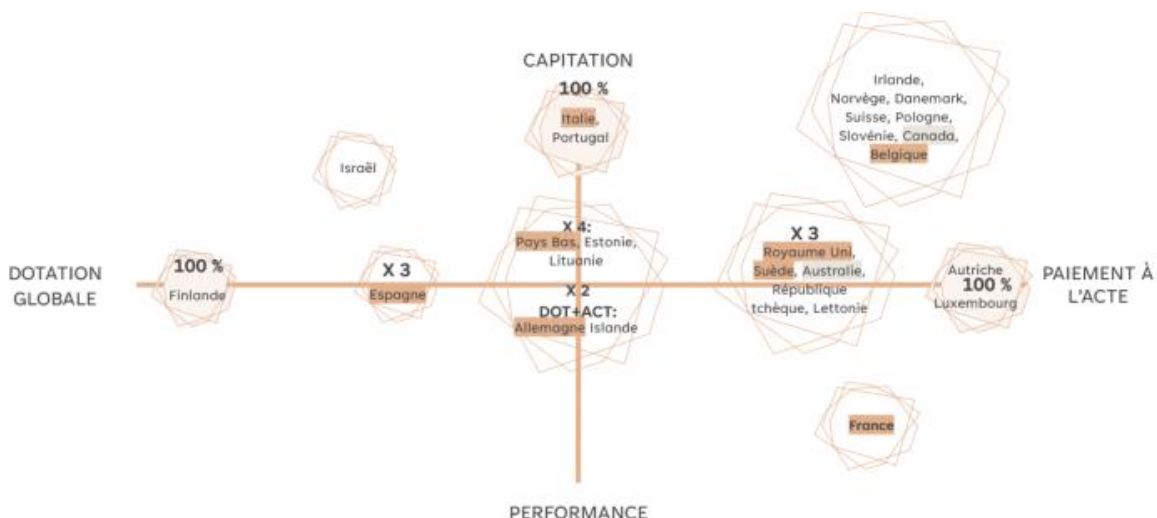


Source : Mission à partir des données de l'enquête OCDE en ligne sur les caractéristiques des systèmes de santé 2016 <https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc>

Les modèles de rémunération de la structure majoritaire sont très majoritairement mixtes : hormis la Finlande, qui a opté pour une dotation globale, l'Autriche et le Luxembourg, pour un paiement à l'acte, ou l'Italie et le Portugal, pour une rémunération exclusivement à la capitation, la majorité des pays voisins mélangent dans leur quasi-totalité la capitation avec une, deux ou trois autres modalités (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). 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 (il existe au moins une autre forme de structure délivrant des soins primaires que celle décrite majoritairement). Pour ces autres structures (minoritaires mais présents dans 20 pays), 12 citent la capitation comme composante de la rémunération de cette autre forme de structure, 15 le paiement à l'acte, 6 le paiement à la performance, 3 la dotation globale.

Graphique 7 : Matrice des modèles de rémunération des structures 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

Lorsque la capitation est une composante de la rémunération, elle est pondérée par différents critères dans 16 pays sur 27. L'âge est le principal facteur de risque venant pondérer la composante de capitation (16 pays), suivi par le sexe (9 pays) et l'état de santé (8 pays), le recours préalable aux soins (5 pays). Parmi les autres facteurs cités, on principalement des facteurs géographiques ou démographiques (4 pays, cf. tableau ci-dessous).

Tableau 2 : Pondération de la capitation pour chacun des 27 pays observés

	If capitation is one component of payment, is it adjusted?				
	Age	Gender	Health status	Prior utilization of services	Other
Private group practices staffed by physicians and other health professionals (e.g., nurses)					
Australia (AUS)					
Ireland (IRL)	X	X			
Netherlands (NLD)	X	X			X
Private group practices staffed by physicians only					
Canada (CAN)	X	X			
France (FRA)					
Italy (ITA)	X		X		
Norway (NOR)					
Private solo practices					
Austria (AUT)					
Belgium (BEL)					
Czech Republic (CZE)	X				
Denmark (DNK)					
Estonia (EST)	X	X	X	X	X
Germany (DEU)					
Luxembourg (LUX)					

	If capitation is one component of payment, is it adjusted?				
	Age	Gender	Health status	Prior utilization of services	Other
Switzerland (CHE)	X	X	X	X	
Public primary care clinics staffed by physicians and other health professionals (e.g., nurses)					
Finland (FIN)					
Greece (GRC)					
Iceland (ISL)					
Israel (ISR)	X	X	X		X
Latvia (LVA)	X		X	X	
Lithuania (LTU)	X				X
Poland (POL)	X	X			X
Portugal (PRT)	X	X	X	X	
Slovenia (SVN)	X				
Spain (ESP)	X				X
Sweden (SWE)	X	X	X	X	
United Kingdom (GBR)	X	X	X		X
Total général	16	10	8	5	7

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> –

Par exemple, en Belgique, le montant du forfait est calculé sur la moyenne de consommation à l'acte l'année civile précédente, par type de patient (assuré ordinaire, pensionné, invalide, faibles revenus ou non, etc), et majoré de 30 %, pour tenir compte de la charge de travail face à une population plus défavorisée, d'économies réalisées en deuxième ligne, et de la non fréquentation de la première ligne à l'acte par environ 10 % de la population¹¹⁸.

En Belgique, en 2008, une étude comparant l'impact sur les modes de rémunérations à l'acte ou à la capitation sur le coût et la qualité des soins montre que :

« Le système au forfait induit plus de dépenses de première ligne mais moins en deuxième ligne. Au total les coûts sont similaires, voire inférieurs pour les patients au forfait. Alors que cette population est globalement plus défavorisée, et probablement plus malade (même après appariement) ;

Au forfait, la prescription des antibiotiques et antihypertenseurs suit mieux les recommandations de bonne pratique, et plus de médicaments génériques sont prescrits en général.

*Les indicateurs d'activités de prévention sont meilleurs. La qualité est globalement équivalente pour le suivi de pathologies telles que : asthme et BPCO, hypertension artérielle. Elle est légèrement meilleure pour le suivi du diabète dans les pratiques au forfait ».*¹¹⁹

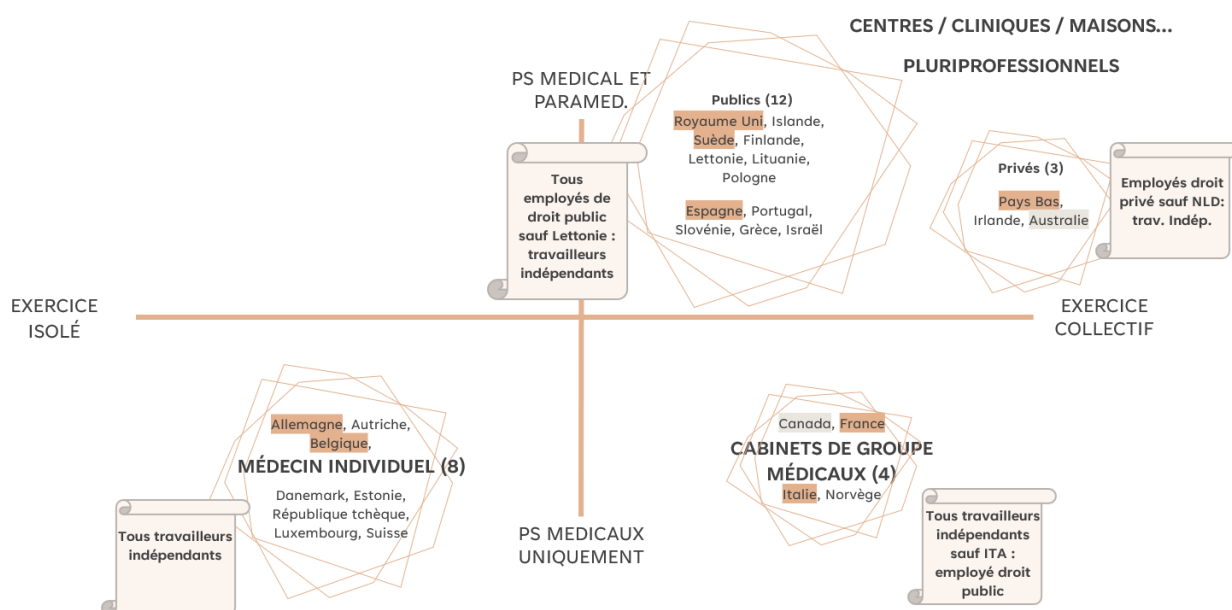
¹¹⁸ <https://prescrire.org/Docu/PostersBruxelles/Heymans1.1.pdf> - Annemans L, Closon J-P, Closon M-C, Heymans I, Lagasse R, Mendes da Costa E, Moureaux C and Roch I. Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; 2008. KCE reports 85B (D/2008/10.273/50)

¹¹⁹ <https://prescrire.org/Docu/PostersBruxelles/Heymans1.1.pdf> - Annemans L, Closon J-P, Closon M-C, Heymans I, Lagasse R, Mendes da Costa E, Moureaux C and Roch I. Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; 2008. KCE reports 85B (D/2008/10.273/50)

2.2 Statut des médecins et régulation géographique

Dans les pays où l'exercice médical en groupe ou isolé est prépondérant (soit 12 pays), le statut des médecins employés est quasiment uniquement celui de travailleur indépendant (au sens de « profession libérale »), sauf en Italie (employé de droit public). Dans les pays qui se caractérisent par une offre de soins primaire pluriprofessionnelle (15 pays), les médecins sont employés de droit public dans les centres de santé pluriprofessionnels publics et employés de droit privé dans les centres de droit privé (schéma ci-dessous). Au total, dans 14 pays composant cet échantillon (soit la majorité), les médecins sont salariés.

Graphique 8 : Matrice des statuts des médecins dans 27 pays de l'OCDE, par type de structure



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> – NLD : Pays Bas, ITA : Italie, PS professionnels de santé

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.

Tableau 3 : Régulation territoriale de l'offre dans 27 pays de l'OCDE, par type de structure

	Is there any regulation concerning physicians choosing the location of their practices?		
	No	Yes, relating to geographical proximity	Yes, relating to other factors (*)
Private group practices staffed by physicians and other health professionals (e.g., nurses)			
Australia (AUS)			1
Ireland (IRL)	1		
Netherlands (NLD)	1		
Private group practices staffed by physicians only			
Canada (CAN)	X		
France (FRA)	X		
Italy (ITA)	X		
Norway (NOR)			X
Private solo practices			
Austria (AUT)	X		
Belgium (BEL)	X		
Czech Republic (CZE)	X		
Denmark (DNK)			X
Estonia (EST)	X		
Germany (DEU)			X
Luxembourg (LUX)	X		
Switzerland (CHE)	X		
Public primary care clinics staffed by physicians and other health professionals (e.g., nurses)			
Finland (FIN)	X		
Greece (GRC)		X	
Iceland (ISL)	X		
Israel (ISR)	X		
Latvia (LVA)	X		
Lithuania (LTU)			X
Poland (POL)			
Portugal (PRT)			X
Slovenia (SVN)			X
Spain (ESP)	X		
Sweden (SWE)	X		
United Kingdom (GBR)	X		

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>

(*) Commentaires :

Australia (AUS) Les médecins qui n'ont pas de qualifications spécialisées reconnues sont tenus de participer à un programme de main-d'œuvre ou de formation approuvé afin d'accéder aux remboursements de Medicare.

Canada (CAN) Certaines provinces (p. ex., le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et le Québec) imposent des restrictions quant aux endroits où les médecins peuvent choisir d'exercer, mais cela n'existe pas pour la majorité de la population canadienne.

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

Norway (NOR) Il existe une réglementation en place pour les médecins qui sont remboursés par le régime d'assurance nationale. Il n'y a pas de réglementation en place pour les praticiens privés.

Austria (AUT) En général, le libre choix du lieu d'exercice des cabinets, les contrats avec les assurances sociales sont limités au niveau régional

Czech Republic (CZE) Pour ouvrir un nouveau cabinet ou un nouvel établissement, il faut obtenir une autorisation auprès des gouvernements régionaux

Denmark (DNK) Il existe une réglementation en place pour les médecins qui sont remboursés par le régime d'assurance nationale. Il n'y a pas de réglementation en place pour les praticiens privés.

Finland (FIN) Cette question ne s'applique pas très bien à la Finlande, car la plupart des médecins travaillent dans le système de santé municipal.

Portugal (PRT) Rang de classement à l'examen national de classement des jeunes praticiens

United Kingdom (GBR) Non, mais les accords de mise en service limiteront l'endroit où les cabinets de médecins généralistes peuvent s'installer pour assurer une répartition uniforme des services médicaux primaires du NHS dans toutes les zones géographiques.

2.3 Attribution de bonus qualité / performance

12 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).

Tableau 4 : Attribution d'un bonus pour la qualité des soins et versement direct ou indirect aux praticiens dans 27 pays de l'OCDE, par type de structure

	Can primary care providers get a bonus payment for achieving targets related to the quality of care?		If yes, is the bonus payment normally paid to:	
	No	Yes	Directly to individual physicians	The organisation
Private group practices staffed by physicians and other health professionals (e.g., nurses)				
Australia (AUS)		X	1	
Ireland (IRL)	X			
Netherlands (NLD)		X	X	
Private group practices staffed by physicians only				
Canada (CAN)		X	X	
France (FRA)		X		
Italy (ITA)	X			
Norway (NOR)	X			
Private solo practices				
Austria (AUT)	X			
Belgium (BEL)	X			
Czech Republic (CZE)		X	X	
Denmark (DNK)	X			
Estonia (EST)		X		X
Germany (DEU)	X			

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

	Can primary care providers get a bonus payment for achieving targets related to the quality of care?		If yes, is the bonus payment normally paid to:	
	No	Yes	Directly to individual physicians	The organisation
Luxembourg (LUX)	X			
Switzerland (CHE)	X			
Public primary care clinics staffed by physicians and other health professionals (e.g., nurses)				
Finland (FIN)	X			
Greece (GRC)	X			
Iceland (ISL)	X			
Israel (ISR)	X			
Latvia (LVA)		X	X	X
Lithuania (LTU)		X		X
Poland (POL)		X	X	X
Portugal (PRT)		X		
Slovenia (SVN)	X			
Spain (ESP)		X	X	
Sweden (SWE)	X			
United Kingdom (GBR)		X		X
Total général	15	12	5	6

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> –

Canada: La prime est également versée directement au médecin. Commentaires additionnels : Des programmes de rémunération au rendement sont mis en place en nombre limité à l'échelle provinciale ; Cependant, la participation se fait sur une base volontaire et s'adresse aux médecins de soins primaires. À ce jour, l'application des programmes de rémunération au rendement (P4P) au Canada est très limitée. Certaines provinces et certains territoires ont mis en place des incitatifs payants pour la prestation de services particuliers (Nouvelle-Écosse, Ontario, Manitoba, Alberta, Colombie-Britannique), mais peu de paiements exigent l'atteinte des objectifs de qualité des soins (p. ex., taux d'immunisation). Les programmes varient d'une province à l'autre, d'une autorité régionale de la santé à l'autre et même d'un établissement de soins de santé à l'autre. À l'heure actuelle, il n'existe aucun programme de rémunération au rendement à l'échelle nationale. Voici quelques exemples pertinents : les médecins de l'Ontario qui participent à des modèles de réforme des soins primaires peuvent recevoir des primes assorties de seuils précis dans cinq domaines de soins préventifs ; vaccin antigrippal ; frottis ; mammographie; la vaccination des enfants ; et le dépistage du cancer colorectal. En 2006, la Colombie-Britannique a mis en place un programme d'encouragement à la pratique familiale qui comprenait le versement d'une prime pour les soins obstétricaux et l'élargissement des primes liées à l'état de santé liées à la surveillance des soins aux patientes conformément aux lignes directrices cliniques sur le diabète, l'insuffisance congestive et l'hypertension. Bien qu'il ne s'agisse pas strictement de P4P, au Canada, de nombreuses provinces ont mis en place des programmes incitatifs pour encourager les médecins de famille - et dans certains cas les spécialistes - à adopter et à utiliser des systèmes de dossiers médicaux électroniques (DME) approuvés. Généralement, ces programmes comprennent des paiements échelonnés, jusqu'à concurrence d'un montant maximal, pour la mise en œuvre d'une solution de DME et l'atteinte d'étapes ou de caractéristiques clés. La Saskatchewan verse également un paiement de 1 \$ aux médecins par visite d'un patient facturé par l'intermédiaire du DME.

Tableau 5 : Critères participants à l'attribution d'un bonus pour la qualité des soins dans 27 pays de l'OCDE, par type de structure

Can primary care providers get a bonus payment for achieving targets related to the quality of care? If yes, for those providers participating in the programme(s), do targets typically relate to:							
	Preventive care	Management of chronic diseases	Referral rates below a certain level	Patient satisfaction	Uptake of IT services	Efficiency	Other (*)
Private group practices staffed by physicians and other health professionals (e.g., nurses)							
Australia (AUS)	X	X			X		(1)
Ireland (IRL)							
Netherlands (NLD)						X	(2)
Private group practices staffed by physicians only							
Canada (CAN)	X	X			X		(3)
France (FRA)	X	X	X		X	X	
Italy (ITA)							
Norway (NOR)							
Private solo practices							
Austria (AUT)							
Belgium (BEL)							
Czech Republic (CZE)	X	X	X	X	X	X	(4)
Denmark (DNK)							
Estonia (EST)	X	X	X	X	X	X	
Germany (DEU)							
Luxembourg (LUX)							
Switzerland (CHE)							
Public primary care clinics staffed by physicians and other health professionals (e.g., nurses)							
Finland (FIN)							
Greece (GRC)							
Iceland (ISL)							
Israel (ISR)							
Latvia (LVA)	X	X	X	X	X	X	
Lithuania (LTU)	X	X					(5)
Poland (POL)							(6)
Portugal (PRT)	X	X		X		X	
Slovenia (SVN)							
Spain (ESP)	X	X		X		X	
Sweden (SWE)	X	X		X	X	X	
United Kingdom (GBR)	X	X		X		X	
Total général	11	11	4	7	7	9	

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> – NLD : Pays Bas, ITA : Italie, PS professionnels de santé

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

(*) 1	L'accès aux soins en dehors des heures normales de travail dans les établissements de soins résidentiels pour personnes âgées soutenus par le Commonwealth ; les régions rurales et éloignées ; et les aborigènes australiens
2	P4P est soumis à la tenue d'un contrat avec l'assureur. Les programmes P4P portent, par exemple, sur l'accessibilité du cabinet, l'efficacité de la prescription et de l'orientation des produits pharmaceutiques, l'accréditation.
3	Amélioration de l'accès aux soins pour les populations vulnérables
4	Possibilité de fixer une réunion à l'avance, heures d'ouverture l'après-midi, semaine de travail de 5 jours/30 heures
5	Dispersion géographique (assurés répertoriés vivant dans les villages)
6	Les fournisseurs de soins primaires reçoivent des paiements supplémentaires (prime) lorsqu'ils diagnostiquent correctement un patient atteint de cancer avec un diagnostic de base sur 15. Le bonus augmente progressivement.

Pour une majorité de pays qui ont répondu à la question (9 sur 13), la participation à la composante qualité des soins et paiement à la performance s'effectue sur une base volontaire des structures de soins.

Tableau 6 : Caractère volontaire ou obligatoire de la participation à la composante qualité et performance des soins dans 27 pays de l'OCDE, par type de structure

	Is participation			
	Mandatory for all primary care providers in a target category	Mandatory for all primary care providers nationwide	Voluntary and open to all primary care providers	Voluntary but subject to some conditions
Private group practices staffed by physicians and other health professionals (e.g., nurses)				
Australia (AUS)				X
Ireland (IRL)				
Netherlands (NLD)	X		X	
Private group practices staffed by physicians only				
Canada (CAN)			X	
France (FRA)			X	
Italy (ITA)				
Norway (NOR)				
Private solo practices				
Austria (AUT)				
Belgium (BEL)				
Czech Republic (CZE)				X
Denmark (DNK)				
Estonia (EST)		X		
Germany (DEU)				
Luxembourg (LUX)				
Switzerland (CHE)				
Public primary care clinics staffed by physicians and other health professionals (e.g., nurses)				
Finland (FIN)				
Greece (GRC)				
Iceland (ISL)				
Israel (ISR)				
Latvia (LVA)		X		

	Is participation			
	Mandatory for all primary care providers in a target category	Mandatory for all primary care providers nationwide	Voluntary and open to all primary providers	Voluntary but subject to some conditions
Lithuania (LTU)			X	
Poland (POL)		X		
Portugal (PRT)				X
Slovenia (SVN)				
Spain (ESP)	X			
Sweden (SWE)				X
United Kingdom (GBR)			X	
Total général	1	3	6	3

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> – NLD : Pays Bas, ITA : Italie, PS professionnels de santé

2.4 Modalités d'organisation de la permanence des soins ambulatoire

Une organisation des soins spécifique a été mise en place pour assurer la permanence des soins ambulatoire (PDSA) dans 24 pays (sur 26 répondants) afin d'assurer un accueil des patients en soins primaires quand les structures de soins sont fermées, sans qu'il y ait besoin d'aller aux services d'urgences hospitalières. Ses modalités d'organisation varient selon les pays : permanence assurée par le médecin traitant pour sa patientèle (7 pays), organisation d'une rotation des praticiens de permanence (12 pays), ouverture de centres de soins primaires disposant d'unités de soins pour les urgences de faible gravité (14 pays), regroupement de praticiens (7 pays) ou autres (9 pays, cf. tableau ci-dessous).

Tableau 7 : Modalités d'organisation de la permanence des soins dans 27 pays de l'OCDE, par type de structure (*)

	What arrangements are in place for patients to see a primary care physician or nurse when the practices are closed without going to the hospital emergency					
	yes	individual primary care physicians available for their own patients	group of primary care physicians available on a rota basis	primary care centres (minor injury units, urgent care centres)	general practitioner cooperatives	Other
Private group practices staffed by physicians and other health professionals (e.g., nurses)						
Australia (AUS)	X	X	X	X	X	X
Ireland (IRL)	X	X			X	
Netherlands (NLD)	X		X	X		
Private group practices staffed by physicians only						
Canada (CAN)	X			X	X	
France (FRA) (*)						

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

Italy (ITA)	X		X			X
Norway (NOR)	X					X
Private solo practices						
Austria (AUT)	X	X	X			
Belgium (BEL)	X	X	X	X	X	
Czech Republic (CZE)	X					
Denmark (DNK)	X		X			X
Estonia (EST)	X	X				
Germany (DEU)	X		X			
Luxembourg (LUX)	X		X	X		
Switzerland (CHE)	X	X	X	X	X	
Public primary care clinics staffed by physicians and other health professionals (e.g., nurses)						
Finland (FIN) (*)						
Greece (GRC)	X			X		
Iceland (ISL)	X			X	X	X
Israel (ISR)	X			X		
Latvia (LVA)	X			X		X
Lithuania (LTU)	X	X	X	X		X
Poland (POL)	X					X
Portugal (PRT) (*)						
Slovenia (SVN)	X			X		
Spain (ESP)	X		X	X		
Sweden (SWE)	X					
United Kingdom (GBR)	X		X	X	X	X
Total général	24	7	12	14	7	9

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> – NLD : Pays Bas, ITA : Italie, PS professionnels de santé – (*) absence de réponse

(*) Commentaires :

Australia (AUS)	Le Programme d'encouragement à la pratique vise à aider les médecins généralistes à fournir à leurs patients un accès approprié à des soins après les heures normales de travail. Il se compose de cinq niveaux de paiement permettant aux cabinets de choisir le modèle de soins qui convient le mieux à leurs besoins.
Canada (CAN)	La majorité des provinces et des territoires disposent d'une ligne téléphonique d'assurance-maladie ouverte 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. L'accès après les heures normales de travail continue d'être une priorité pour les provinces et les territoires qui mettent en œuvre différents modèles pour résoudre ce problème, par exemple les supercliniques au Québec, les centres de soins rapides au Manitoba, les centres d'urgence collaboratifs en Nouvelle-Écosse et en Saskatchewan.
Italy (ITA)	Le groupe de soins primaires n'est pas mis en œuvre de manière homogène dans les unités locales ; Les services médicaux d'urgence sont fournis par les bureaux de santé locaux.
Norway (NOR)	Les soins en dehors des heures d'ouverture sont organisés par les municipalités et dispensés par des médecins de premier recours. Les médecins qui fournissent des soins sont responsables de la population résidant dans la municipalité (ou les municipalités).

Denmark (DNK)	Téléphone pour les urgences remis aux professionnels de la santé
Estonia (EST)	Les médecins de soins de santé primaires individuels peuvent prolonger leur horaires d'ouverture.
Greece (GRC)	Quelques médecins libéraux ne sont disponibles que pour leurs propres patients, généralement sur appel (via mobile)
Iceland (ISL)	Accueil aux urgences hospitalières
Latvia (LVA)	Afin de réduire les visites d'urgence inutiles aux patients et de donner la possibilité de recevoir la consultation du médecin après les heures de travail et le week-end (lorsque les cabinets du médecin de famille sont fermés), il est possible d'utiliser la téléconsultation avec le médecin. Le téléphone de consultation du médecin de famille +37166016001. Le service est disponible : -les jours ouvrables de 17h00 à 8h00. -les week-ends et les jours fériés – 24 heures sur 24. Les consultations peuvent également être reçues par e-mail et Skype.
Lithuania (LTU)	Prestataire de soins de santé primaires sur la base d'un contrat avec l'hôpital
Poland (POL)	Lorsque les soins de santé primaires sont fermés (pendant : (a) les fins d'après-midi, (b) les nuits, (c) les week-ends et (d) les jours fériés), des médecins de santé publique fournissent des services aux patients. Ils sont engagés séparément pour fournir ces services.
Slovenia (SVN)	En dehors des heures de travail, mais entre 7 h et 19 h : Les patients inscrits auprès d'un médecin de première ligne dans les centres de soins primaires publics peuvent se rendre dans les services de soins d'urgence des centres de soins de santé primaires. Les patients qui sont inscrits auprès de praticiens privés peuvent consulter un praticien remplaçant (connu du patient à l'avance). Pendant la nuit : les patients se rendent aux services de soins d'urgence du centre de soins primaires. Il y a une zone grise pour le patient (avec un praticien privé) en cas d'absence du médecin remplaçant. Dans de tels cas, les patients se rendent souvent dans les services de soins d'urgence dans les centres de soins primaires, également pendant la journée.
United Kingdom (GBR)	En dehors des heures de pratique, les patients peuvent se rendre dans les centres de soins d'urgence, les centres sans rendez-vous et les unités de blessures mineures, ou appeler le NHS 111, qui est le numéro non urgent du NHS 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 conçu pour diriger les appelants qui recherchent d'urgence une aide médicale ou des conseils vers les soins médicaux appropriés. Certains cabinets en Angleterre travaillent déjà ensemble dans des fédérations ou des réseaux pour fournir des services d'heures prolongées et en dehors des heures d'ouverture à l'extérieur de la maison sous contrat (8h00-18h30 du lundi au vendredi).

Par ailleurs, d'après les données de l'enquête de l'OCDE, analysées plus avant dans le chapitre suivant, dans une majorité de pays de l'échantillon (21), les patients n'ont pas la possibilité d'envoyer un email à leur médecin pour une question médicale ou en cas de problème. Dans quatre pays toutefois, cette possibilité est offerte aux patients : Suisse, Suède, Danemark, Estonie.

2.5 Tâches réalisées par les infirmières

S'agissant de l'exercice pluriprofessionnel et de la délégation de tâches aux infirmières, la Suède n'est pas le seul pays qui disposent de pratiques avancées en la matière. Onze pays déclarent à l'OCDE que plus de 75 % de leurs infirmières réalisent à la fois le.s 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 (cf. tableau infra).

Le cas de la Suède reste toutefois le plus documenté et le mieux connu des autorités (cf. extrait du rapport d'information du Sénat ci-dessous, établi en 2022).

Examen en commission du « Rapport sur la visite par les sénateurs d'un centre de santé en Suède, 2022 », extrait d'une communication de Mme Catherine Deroche le 14 décembre 2022, sous sa présidence, sur la mission sur l'accès aux soins en Suède

« Nous avons pu visiter le centre de soins primaires d'Ålidhem, à Umeå. Nous avons ainsi pu constater que certaines structures de soins sont sans commune mesure avec les cabinets médicaux français ou même avec les structures d'exercice coordonné actuellement en développement. Ce centre de santé comptait quatre-vingt-treize collaborateurs, dont vingt-cinq médecins et dix infirmiers, mais aussi des sages-femmes ou kinésithérapeutes. Il était équipé de salles d'examens spécialisés, pour le secteur oto-rhino-laryngologiste (ORL) par exemple, et d'une salle de prélèvements.

Tous les centres de soins ne sont pas de cette taille, et les centres peuvent aussi être spécialisés. Souvent, ces gros dispensaires comptent entre dix et vingt médecins.

Je note que ces structures semblent emporter une adhésion forte de la part des patients, qui trouvent en un même lieu différents praticiens permettant une prise en charge globale, mais aussi bien de la part des soignants, compte tenu des conditions de travail qui leur sont offertes : équipes de soins, locaux spacieux, assistance administrative.

Surtout, l'un des points marquants a été l'explication de la prise en charge en Suède par les différents acteurs du système de santé. Le premier contact avec le système de santé, pour un patient, ne se fait pas nécessairement par un rendez-vous chez son généraliste. **Souvent, ce premier contact est réalisé par téléphone, voire par un tchat internet avec son centre de soins primaires. À l'autre bout de la ligne, ce n'est pas nécessairement un médecin qui assure la régulation, mais, dans la plupart des cas, un infirmier.**

Nous avons d'ailleurs constaté que, si les régions organisent chacune les soins comme elles le souhaitent, elles coordonnent une plateforme commune, avec un numéro de téléphone, le 1177, et un site internet qui renvoient vers les services locaux. Le patient peut contacter son centre de soins primaires habituel ou utiliser la plateforme régionale.

Alors que nous débattons beaucoup actuellement de la permanence des soins ou de l'accès direct à certaines professions de santé, la question de la porte d'entrée dans le système de soins me paraît déterminante. L'enseignement suédois, sur ce point, est double.

Premièrement, il n'est pas inenvisageable - ce n'est pas nécessairement mal vécu par l'intéressé - de ne pas laisser le patient choisir son praticien, et surtout de ne pas le laisser arbitrer des praticiens qu'il sollicite : il y a en Suède une régulation stricte, et le soignant rencontré n'est pas nécessairement médecin.

Deuxièmement, il n'est pas impossible de laisser aux infirmiers la charge de la régulation et du premier contact avec le patient. Cet exemple doit pouvoir nourrir notre réflexion sur la régulation de la permanence des soins, et, au-delà, sur l'accès à notre système de soins pour un patient, selon le niveau de gravité et selon les exigences de diagnostic ».

Source : <https://www.senat.fr/rap/r22-216/r22-2166.html>

Près de la moitié des pays se caractérisent par une forte délégation des tâches aux infirmiers (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, cf. tableau ci-dessous).

Tableau 8 : Degré de participation des infirmières ou assistants médicaux à l'activité de soins et de prévention dans 27 pays de l'OCDE, par type de structure

	Do a large majority (>75 %) of nurses or assistants independently provide			
	immunisation ?	Health promotion?	Routine checks of chronically ill patients?	Minor procedures
Private group practices staffed by physicians and other health professionals (e.g., nurses)				
Australia (AUS)				
Ireland (IRL)	X	X	X	X
Netherlands (NLD)	X	X	X	X
Private group practices staffed by physicians only				
Canada (CAN)		X	X	
France (FRA)		X		X
Italy (ITA)				
Norway (NOR)				
Private solo practices				
Austria (AUT)				
Belgium (BEL)				
Czech Republic (CZE)	X			X
Denmark (DNK)		X		
Estonia (EST)	X	X	X	X
Germany (DEU)				
Luxembourg (LUX)				
Switzerland (CHE)		X		
Public primary care clinics staffed by physicians and other health professionals (e.g., nurses)				
Finland (FIN)	X	X	X	X
Greece (GRC)		X	X	X
Iceland (ISL)	X			
Israel (ISR)	X	X	X	X
Latvia (LVA)	X	X	X	X
Lithuania (LTU)				X
Poland (POL)	X	X	X	X
Portugal (PRT)	X	X	X	X
Slovenia (SVN)				
Spain (ESP)	X	X	X	X
Sweden (SWE)	X	X	X	X
United Kingdom (GBR)	X	X	X	X
Total général	13	16	13	15

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>

PARTIE 2 / NOTICE PAR PAYS

L'ensemble de ces présentations ont été établies par les conseillers sociaux présents dans les représentations françaises à l'étranger, à partir d'un questionnaire et à la suite d'une réunion de présentation avec la DAEI.

Les ajouts éventuels de la mission sont signalés.

S'agissant de la Grande Bretagne, le rapport de l'Assurance maladie portant sur l'« *Organisation territoriale et réforme du financement des soins* », établi en avril 2022, présente le cas des « primary care networks »¹²⁰, qui, à l'image des CPTS en France, constituent depuis 2019 un nouvel échelon en Angleterre où l'exercice regroupé existe depuis longtemps.

1 Allemagne

1.1 Organisation des soins primaires de santé

1.1.1 Organisation des soins primaires de santé en 2023 et modes d'exercice coordonné et collectif

Le système public de santé en Allemagne¹²¹ se caractérise par une **stricte séparation entre médecine de ville et médecine hospitalière** et par une **priorité à la prise en charge ambulatoire** (« *ambulant vor stationär* »), inscrite dans le Code de la sécurité sociale (*Sozialgesetzbuch V, SGB V*), une prise en charge stationnaire n'étant théoriquement possible qu'en dernier recours.

Les **portes d'entrée au système de soins** sont donc, en principe, des **structures ambulatoires**, dont on distingue principalement :

- Les structures **d'exercice individuel**, c'est-à-dire des cabinets dans lesquels les médecins exercent de manière isolée, sur un mode libéral. Ils restent la forme la plus répandue d'exercice (78 % des structures et 55 % des médecins conventionnés en 2018), mais sont en diminution par rapport aux structures d'exercice collectif.

L'exercice individuel **peut être coordonné** au travers de **cabinets en réseau** (*Praxisnetze*), version ambulatoire de nos communautés professionnelles territoriales de santé, dans lesquels les médecins portent un projet de santé commun. L'objectif est d'améliorer la qualité et l'efficacité

¹²⁰ Les primary care networks sont des « regroupements de cabinets médicaux pluridisciplinaires sur un territoire donné, permettant la mutualisation des personnels pour des missions spécifiques et l'organisation de collaborations sur leur territoire » (Assurance maladie).

¹²¹ Cette note se concentre sur le système public d'assurance maladie et les médecins conventionnés dans ce cadre. Il existe également un système alternatif d'assurance maladie privée, auquel participent à la fois les médecins conventionnés avec le système public (en partageant leur activité entre les deux systèmes) et les médecins non-conventionnés (qui exercent leur activité dans le seul système privé). Le système public couvre environ 90 % des Allemands et il est très encadré, tant par la loi que par les règlements des associations de médecins conventionnés (Kassenärztliche Vereinigungen) en vertu du principe d'autogestion.

des soins apportés au patient par une approche interdisciplinaire et coopérative de proximité, qui prend en compte les particularités sociodémographiques de la population locale.

Il peut également se faire dans des **cabinets partagés** (*Praxisgemeinschaft*), dans lesquels les médecins exercent dans le même cabinet mais pour leur propre compte, sur un mode libéral, en mettant seulement en commun leurs moyens matériels (locaux, équipement) et humains (secrétariat, par exemple).

- Les structures **d'exercice collectif**, qui regroupent :
 - Les **communautés d'exercice professionnel** (*Berufsausübungsgemeinschaft, BAG*), dans lesquelles les médecins s'associent pour exercer ensemble dans le même cabinet, sous la forme d'une société à but lucratif, en mettant en commun leurs moyens matériels et humains ainsi que la prise en charge des patients. En 2018, elles représentaient 19 % des structures et 33 % des médecins conventionnés.
 - Les **centres de santé** (*Medizinische Versorgungszentren, MVZ*), dans lesquels les **médecins exercent ensemble pour le compte de la structure**, sur un mode **libéral ou salarié** et sous l'autorité d'un directeur médical (*ärztlicher Leiter*).

En moyenne, 6,2 médecins exercent par MVZ. En 2018, les MVZ représentaient 3 % des structures et 12 % des médecins conventionnés, la **part de ces structures dans les soins primaires de santé étant en forte hausse**.

Les MVZ ont été **créés dans leur forme actuelle en 2004** sur le modèle des polycliniques de la RDA, pour **améliorer la disponibilité et la qualité des soins primaires de santé** tout en offrant des **modèles d'emploi flexibles aux médecins**.

Ils **devaient initialement regrouper plusieurs spécialités médicales dans une démarche interdisciplinaire**, mais cette exigence a été **supprimée en 2015**. Si **61 % des MVZ restent interdisciplinaires**, beaucoup regroupent aujourd'hui **exclusivement des médecins généralistes et leur personnel**. Ils couvrent **toutes les spécialités médicales** et ont une **activité chirurgicale importante mais exclusivement ambulatoire**¹²².

Les MVZ peuvent être **portés par des médecins**, dentistes ou psychothérapeutes conventionnés (deux au minimum), **des hôpitaux (publics ou privés), des centres de dialyse, des communes ou toute autre structure conventionnée** avec le système public d'assurance maladie. En fonction de l'organisme gestionnaire, les formes juridiques sont variées et **peuvent avoir ou non un but lucratif**. En 2021, 38 % des MVZ étaient portés par des hôpitaux, 34 % par des praticiens conventionnés, 16 % par des centres de dialyse et 12 % par d'autres structures.

Des **professionnels non médicaux et parfois paramédicaux** (infirmiers, techniciens de laboratoire, kinésithérapeutes, maïeuticiens, orthophonistes, etc.) exercent également dans ces structures **et y sont salariés**.

¹²² Voir également : « L'organisation des Medizinische Versorgungszentren (MVZ) allemands », Claire Imbaud, François Langevin, Architecture et ingénierie à l'hôpital, 2018 <https://www.cairn.info/architecture-et-ingenierie-a-l-hopital-9782810907113-page-241.htm>

1.1.2 Focus sur les centres de santé (Medizinische Versorgungszentren, MVZ)¹²³

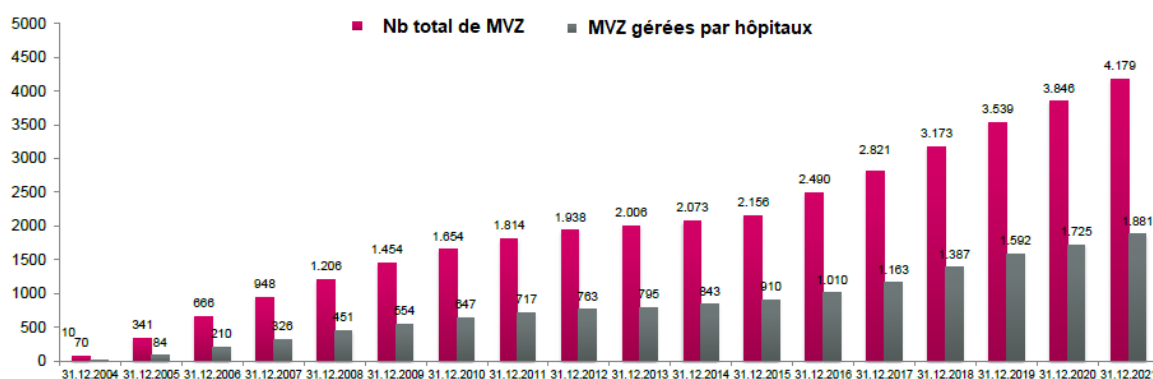
En Allemagne, les médecins allemands continuent à exercer principalement en cabinet. L'exercice salarié en MVZ reste minoritaire bien qu'il se développe (4 574 MVZ au 31/12/2022 soit une augmentation de 10 % par rapport à 2021).

Depuis leur création en 2004, l'Association Nationale des Médecins de l'Assurance Maladie Obligatoire (Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV) suit leur évolution. Les données ci-dessous sont issues d'un document mis à jour chaque année (<https://www.kbv.de/media/sp/mvz-aktuell.pdf>) et publié sur le site de la KBV : <https://www.kbv.de/html/mvz.php> :

- Nombre total de médecins et de psychothérapeutes travaillant en MVZ : 28 140 ;
- Dont nombre de médecins contractuels et psychothérapeutes -thérapeutes : 1 706 ;
- Dont nombre de médecins et psychothérapeutes salariés : 26 434 ;
- Taille moyenne d'une MVZ : 6,2 Médecins/psychothérapeutes

Les MVZ sont principalement dirigés soit par des médecins conventionnés (43 %), soit par des établissements de santé (43 %).

Graphique 1 : Nombre de MVZ (2004-2021)

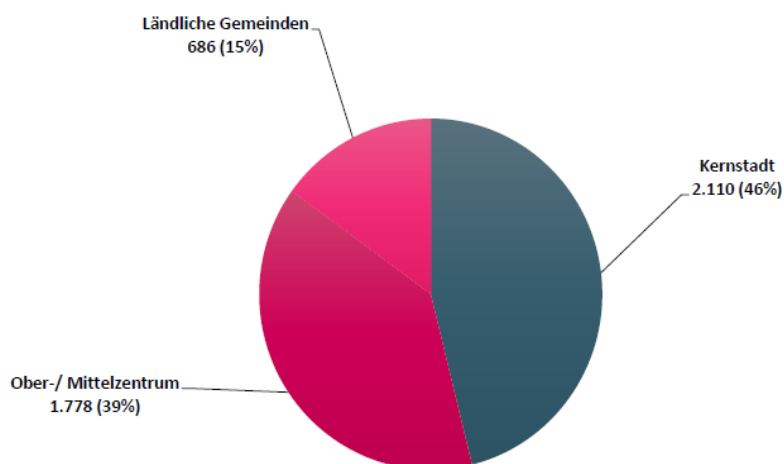


Source : KBV

La majorité des MVZ sont implantés dans les centres villes (Kernstadt) ainsi qu'en périphérie (Ober / Mittelzentrum), et dans une moindre mesure, en zone rurale (Ländliche Gemeinden).

¹²³ Ajout de la mission

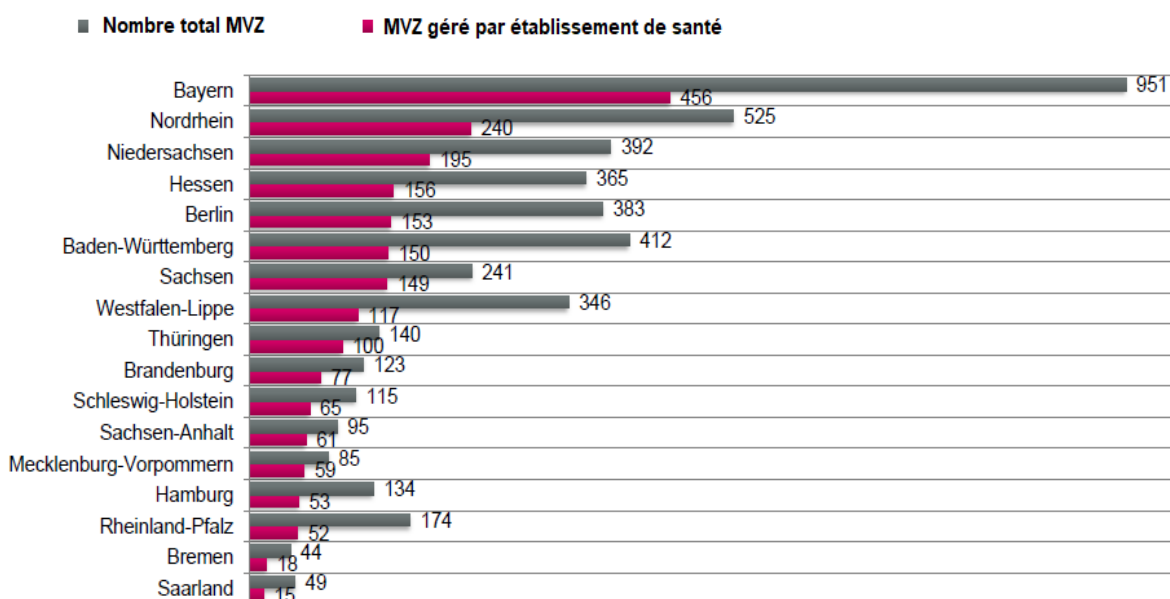
Graphique 2 : Répartition des MVZ par lieu d'installation



Source : Medizinische Versorgungszentren aktuell – Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2022 – KBV

C'est en Bavière, en Rhénanie-du-Nord et en Rhénanie-du-Nord que l'on trouve le plus grand nombre de centres médicaux hospitaliers en chiffres absolus.

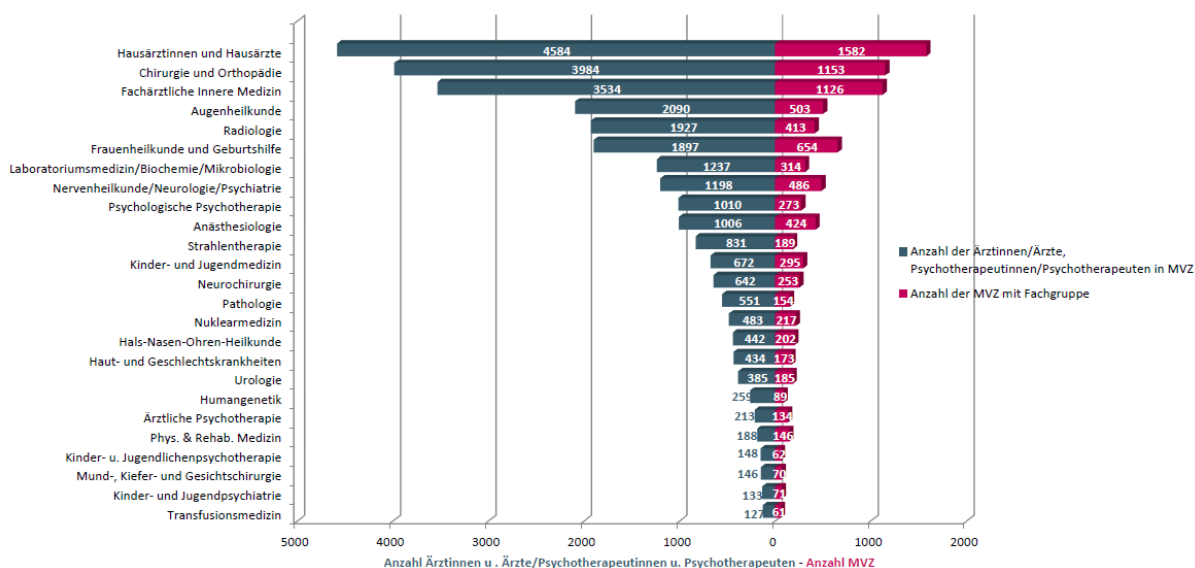
Graphique 3 : Nombre de MVZ 2022 - répartition régionale par type de gestionnaire



Source : KBV

Les médecins généralistes, la chirurgie et l'orthopédie ainsi que la médecine interne spécialisée sont les groupes de spécialistes les plus fréquemment représentés dans la MVZ.

Graphique 4 : Répartition des spécialités médicales et psychothérapeutiques en MVZ



Source : KBV

D’autres éléments d’informations concernant les MVZ sont disponibles en ligne¹²⁴.

1.1.3 Projets de réforme des soins primaires

Le ministre fédéral de la Santé, Karl Lauterbach (SPD), souhaite rénover en profondeur l’organisation des soins en Allemagne. Le **classement des hôpitaux** doit permettre l’intégration des structures de proximité dans des **réseaux médecine de ville – médecine hospitalière**, quasiment inexistantes à l’heure actuelle.

En matière de soins primaires, un **projet de loi sur le renforcement des soins de santé (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz)**, en cours de préparation, pourrait prévoir :

- La **création d’environ 1000 kiosques de santé**, qui devront permettre une prise en charge médico-sociale de base et facilement accessible pour des patients avec un fort besoin d’accompagnement dans des **régions et quartiers socialement défavorisés ou sous-dotés**. Ils assureront un rôle de conseil, de prévention et de soin, au travers notamment d’**infirmiers spécialisés (community health nurses)**, et travailleront en lien

¹²⁴ 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 (vol. 28) ;

Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ; Prof. Dr. Andreas Ladurner, Prof. Dr. Ute Walter, Prof. Dr. Beate Jochimsen, novembre 2020, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf ;

Medizinische Versorgungszentren- Eine Analyse der ambulanten- ärztlichen Versorgungslage, Karina Bauer, Westsächsische Hochschule Zwickau, Fachbereich Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Studiengang Gesundheitsmanagement, <https://docplayer.org/215742320-Bachelorarbeit-fachbereich-gesundheits-und-pflegewissenschaften-medizinische-versorgungszentren-eine-analyse-der.html>

étroit avec les communes et les caisses d'assurance maladie. Ces kiosques pourront être mobiles ;

- L'ouverture de **centres de soins primaires** (*Primärversorgungszentren*), qui s'adresseront notamment aux **patients âgés** et à ceux souffrant de **comorbidités** multiples dans des zones en tension sur le plan médical, **notamment en milieu rural**. Ils devraient offrir une prise en charge adaptée et coordonnée par des médecins généralistes et d'autres professionnels médicaux et paramédicaux ;
- Des **règles facilitées pour l'ouverture de centres de santé** (*Medizinische Versorgungszentren, MVZ*) **par les communes** ;
- Le **renforcement de la coopération entre les acteurs au sein de zones régionales de santé** (*Gesundheitsregionen*), regroupant notamment les communes et les caisses d'assurance maladie, afin de combler plus efficacement les déficits en matière de prévention et de soin au niveau local.

1.1.4 Régulation territoriale de l'offre

L'installation des médecins en Allemagne est **régulée par la planification des besoins** (*Bedarfsplanung*), qui détermine le **nombre de médecins conventionnés** (*Vertragsärzte*) pouvant **s'établir par région ainsi que leur répartition**.

Cette planification est effectuée par les associations de médecins conventionnés (*Kassenärztliche Vereinigungen*) au niveau des Länder, en fonction de lignes directrices établies au niveau fédéral. Elle tient compte de plusieurs indicateurs pour chaque spécialité médicale et dans chaque région, notamment le nombre de médecins par habitant. Un médecin ne peut s'installer dans une région si celle-ci est suffisamment dotée, à l'inverse, des aides peuvent être apportées pour l'installation dans une région sous-dotée.

Il revient donc à ces associations de s'assurer qu'il n'y ait pas de zones particulièrement sous-denses. Lorsque le risque existe, elles peuvent ouvrir directement des cabinets médicaux ou mettre à disposition des solutions mobiles ou de téléconsultation.

1.1.5 Orientation du patient et taille de la patientèle

Les patients **s'orientent seuls vers une structure ou sont orientés par le biais des associations de médecins conventionnés** (*Kassenärztliche Vereinigungen*) **et des caisses d'assurance maladie**, qui offrent des services d'information et d'orientation vers le professionnel de santé adapté.

Le **choix du médecin est très libre en Allemagne** : les **notions de parcours de soin ou de médecin traitant « référent » n'existent pas en tant que telles** et la **consultation d'un médecin spécialiste se fait sans passage par le médecin généraliste** (sauf certaines exceptions, pour la radiologie par exemple).

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**.

1.1.6 Normes d'activité

La **loi sur les soins et les rendez-vous médicaux** (Terminservice- und Versorgungsgesetz, TSVG), entrée en vigueur en 2019, avait notamment pour objectif **d'améliorer les délais d'obtention de rendez-vous**. Les associations de médecins conventionnés (*Kassenärztliche Vereinigungen*) doivent désormais mettre en place des **centres téléphoniques de mise en relation avec des médecins** (équivalents de SOS Médecins) **et de prise de rendez-vous, joignables 24h/24 et 7j/7**. Des **délais maximums d'obtention de rendez-vous sont prévus** : quatre semaines par exemple pour les bilans de santé des enfants et deux semaines pour un besoin psychologique aigu. Cependant, 83 % des patients obtiennent un rendez-vous chez un médecin spécialiste dans le délai d'un mois. Les médecins conventionnés doivent accueillir les patients pour une durée **hebdomadaire minimum de 25 heures** et des **incitations financières** sont mises en place pour les encourager à prendre en charge les patients de manière rapide.

1.2 Pratiques en matière de coordination des soins

En Allemagne, le modèle du cabinet médical avec un médecin seul est presque inexistant. **En moyenne, près de 10 personnes travaillent dans un cabinet médical**. Celui-ci comprend toujours des personnels d'accueil et le plus souvent des infirmières de pratique avancée.

Toutefois, les pratiques de coordination des soins ainsi que le dispositif d'accueil des patients à l'arrivée dans une structure de soins primaires ne sont **pas harmonisés au niveau national** et sont **très variables en fonction des structures**, qui se distinguent elles-mêmes par des tailles et formes d'organisation très variées.

Au sein des MVZ, un rôle central est accordé au **directeur médical, chargé de l'organisation et de la coordination des soins**. Par ailleurs, les **MVZ se distinguent par leur coopération avec d'autres structures de soins** : en 2014, 93 % d'entre eux indiquaient coopérer avec des médecins libéraux, 84 % avec des hôpitaux, 55 % avec des pharmacies, 44 % avec des kinésithérapeutes et 38 % avec des résidences pour personnes âgées ou dépendantes ou d'autres MVZ.

Le dispositif d'accueil des patients à l'arrivée est **propre à chaque structure** de soins primaires. Dans l'expérience de ce poste, dans le cas le plus courant, le **premier accueil** est assuré par **un(e) secrétaire médical(e)**, qui vérifie les conditions de la prise en charge financière (type d'assurance et caisse de rattachement), effectue les formalités administratives et recueille les antécédents médicaux du patient. **Certains examens** (biologiques, ophtalmologiques, ORL, pédiatriques) sont également fréquemment réalisés **par des professionnels paramédicaux**.

Le médecin est en revanche le **seul habilité à effectuer une prescription médicamenteuse**.

1.3 Focus : la délégation des actes médicaux en Allemagne

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.

L'accord-cadre stipule tout d'abord que les actes nécessitant des compétences médicales spécifiques ne peuvent pas être délégués. Il s'agit notamment de l'anamnèse, de l'examen du patient (surtout les actes diagnostics invasifs), de l'établissement du diagnostic, de l'information et du conseil au patient, des décisions concernant la thérapie et de l'exécution des thérapies invasives et des interventions chirurgicales.

La délégation des autres actes suit par ailleurs plusieurs principes :

- Le médecin décide de ce qu'il délègue et à qui ;
- Le médecin ne peut déléguer des actes qu'à des professionnels auxquels il est lié par un rapport hiérarchique ;
- Le médecin déléguant doit s'assurer de la qualification ou des compétences du professionnel délégataire (devoir de sélection), doit l'instruire sur la conduite des actes (devoir d'instruction) et doit en contrôler régulièrement l'exécution (devoir de contrôle) ;
- Une délégation est en principe possible à des professionnels en cours de formation. Dans ce cas, le médecin déléguant est tenu de faire preuve d'une diligence particulière et doit s'assurer que les connaissances et compétences nécessaires à la réalisation de l'acte aient bien été acquises par le délégataire.

L'accord-cadre dresse une liste non-exhaustive des actes pouvant être délégués :

I. Actes généraux		
Actes pouvant être délégués	Particularités	Qualification minimale requise
1. Tâches administratives , telles que : <ul style="list-style-type: none"> - Saisie des données et documentation des résultats d'examens et des succès thérapeutiques - Soutien du médecin dans la rédaction de communications écrites et de comptes-rendus 		Assistant médical <i>(Medizinische/r Fachangestellte/r, MFA)</i> Secrétaire <i>(Schreibkraft)</i> Employé de bureau <i>(Bürokraft)</i>
2. Préparation de l'anamnèse <ul style="list-style-type: none"> - Recueil standardisé de l'anamnèse 	Vérification ultérieure et, le cas échéant, complément par le médecin lors de l'entretien avec le patient.	Assistant médical
3. (Première) information du patient <ul style="list-style-type: none"> - Aide à l'information du patient, explication de supports d'information standardisés 	Vérification ultérieure et, le cas échéant, complément par le médecin lors de l'entretien avec le patient.	Assistant médical
Réalisation technique d'examens		
4. a. Actes utilisant des rayonnements ionisants : <ul style="list-style-type: none"> - Examens radiologiques - Tomodensitométrie (CT) 	En cas d'utilisation de produits de contraste, la présence du médecin est requise.	Manipulateur en électroradiologie médicale <i>(Medizinisch-technische/r Radiologie-assistent/-in, MTRA)</i> ou

I. Actes généraux		
Actes pouvant être délégués	Particularités	Qualification minimale requise
	Réalisation technique d'examens radiologiques (y compris le scanner) uniquement dans le cadre d'examens radiologiques en série ou après qu'un médecin disposant des compétences nécessaires en radioprotection a posé l'indication justifiée.	assistant médico-technique (<i>Medizinisch-Technische/r Assistent/in, MTA</i>) avec les compétences nécessaires en radioprotection Assistant médical avec les connaissances nécessaires en radioprotection et sous la surveillance permanente et la responsabilité d'un médecin disposant des compétences nécessaires en radioprotection
4. b. Actes utilisant des rayonnements non ionisants : - Imagerie par résonance magnétique (IRM)		Assistant médical
5. Actes de dépistage précoce : - Dans le cadre des actes de dépistage de maladies chez les adultes : o Examens de laboratoire (recherche de sang dans les selles) dans le cadre du dépistage du cancer - Dans le cadre des actes de dépistage précoce de maladies chez les enfants et les adolescents : o Soutien à l'information des parents dans le cadre des examens de dépistage et des vaccinations o Test de la vue et de l'ouïe, prise de mesures corporelles	Un contact préalable entre le médecin et le patient est nécessaire.	Assistant médical [Éventuellement : formation complémentaire en biologie médicale] [Éventuellement : formation complémentaire en prévention des maladies infantiles] [Éventuellement : formation complémentaire en prévention des maladies chez les adolescents et les jeunes adultes]
6. Visites à domicile	Un contact préalable entre le médecin et le patient est nécessaire.	Assistant médical [Éventuellement : formation complémentaire d'assistant de cabinet médical] [Éventuellement : formation

I. Actes généraux		
Actes pouvant être délégués	Particularités	Qualification minimale requise
		complémentaire en accompagnement et coordination des patients] [Éventuellement : formation complémentaire en prise en charge ambulatoire des personnes âgées] [Éventuellement : formation complémentaire en soins palliatifs]
7. a. Injection : intramusculaire et sous-cutanée (y compris les vaccinations)	En fonction de la substance injectée, la présence du médecin peut être nécessaire.	Assistant médical
7. b. Injection : intraveineuse Perfusion : intraveineuse ; mise en place d'une perfusion	En fonction de la substance injectée, la présence du médecin peut être nécessaire. La première administration intraveineuse de médicaments ne peut pas être déléguée.	Assistant médical Infirmier (<i>Kranken- und Gesundheitspfleger</i>)
8. Biologie médicale - Actes généraux de biologie médicale (p. ex. glycémie, test d'urine) - Traitement technique et évaluation du matériel d'examen - Réalisation d'examens techniques de laboratoire - Actes de génétique humaine		Assistant médical Technicien de laboratoire (<i>Medizinisch-technische/r Laboratoriumsassistent/-in, MTLA</i>)
9. Mesures de soutien pour le diagnostic/ la surveillance : - Prise de sang capillaire et veineuse - Mesure de la pression artérielle (de longue durée) - ECG (de longue durée) - Test de la fonction pulmonaire/spirométrie - Oxymétrie de pouls - Analyse des gaz du sang - Autres paramètres vitaux	En cas de patient à risque ou si des tests de provocation sont réalisés, le médecin doit être consulté.	Assistant médical
10. Soins des plaies / changement de pansements	Le traitement initial de la plaie est effectué par le médecin. Les autres soins de la plaie sont effectués après consultation du médecin.	Assistant médical [Éventuellement : formation complémentaire en gestion des plaies]

I. Actes généraux		
<u>Actes pouvant être délégués</u>	<u>Particularités</u>	<u>Qualification minimale requise</u>
		[Éventuellement : formation complémentaire en prise en charge ambulatoire des personnes âgées]
II. Actes spécialisés		
<u>Actes pouvant être délégués</u>	<u>Particularités</u>	<u>Qualification minimale requise</u>
1. Actes d'anesthésiologie		
<ul style="list-style-type: none"> - Examens préliminaires standardisés - Surveillance des fonctions vitales - Observation et prise en charge d'un patient après une intervention chirurgicale ou diagnostique 	Pour la surveillance des fonctions vitales, l'observation et les soins, la présence du médecin peut être nécessaire en phase pré- et post anesthésique, selon la situation et l'état du patient.	Assistant médical
2. Actes d'ophtalmologie		
<ul style="list-style-type: none"> - Tonométrie - Administration de médicaments au niveau du globe oculaire (par ex. collyres mydriatiques) 		Assistant médical
3. Actes d'oto-rhino-laryngologie (ORL)		
<ul style="list-style-type: none"> - Mesures audiométriques, examen de l'audition / des nerfs vestibulaires - Appareillage auditif : contrôle de la manipulation des appareils auditifs 		Assistant médical Assistant médico-technique spécialisé en diagnostic fonctionnel
4. Actes de dermatologie		
<ul style="list-style-type: none"> - Vérification des réactions cutanées - Documentation métrique et photographique avant le début et après la fin du traitement 		Assistant médical
5. Actes de médecine interne		
a. Actes de gastro-entérologie :		
<ul style="list-style-type: none"> - Préparation des examens et première information du patient (p. ex. avant une endoscopie) - Soutien lors du suivi et de la prise en charge 	En cas de patient à risque, le médecin doit être consulté.	Assistant médical [Éventuellement : formation complémentaire en réalisation d'endoscopie digestive]

I. Actes généraux		
Actes pouvant être délégués	Particularités	Qualification minimale requise
b. Actes d'hématologie/oncologie : <ul style="list-style-type: none"> - Retrait d'aiguilles portales - Préparation et assistance lors de ponctions - Entretien/retrait de drains 	En cas de patient à risque, le médecin doit être consulté.	Assistant médical [Éventuellement : formation complémentaire en prise en charge oncologique]
c. Actes de néphrologie : <ul style="list-style-type: none"> - Soutien dans le cadre du diagnostic - Mise en place, contrôle et surveillance d'une dialyse 		Assistant médical [Éventuellement : formation complémentaire en réalisation de dialyses]
d. Actes de pneumologie : <ul style="list-style-type: none"> - Examen(s) spirographique(s) - Diagnostic de la fonction pulmonaire par pléthysmographie du corps entier avec enregistrement(s) graphique(s) 	En cas de patient à risque ou si des tests de provocation sont réalisés, le médecin doit être consulté.	Assistant médical [Éventuellement : formation complémentaire en prise en charge pneumologique]
6. Soins prénataux		
<ul style="list-style-type: none"> - Soutien dans le suivi d'une femme enceinte - Examens pendant la grossesse (par ex. contrôle du poids, détermination de la glycémie) 	Un contact préalable entre le médecin et le patient est nécessaire. Les examens échographiques doivent être conduits par le médecin.	Assistant médical
7. Actes neurologiques et neurochirurgicaux		
<ul style="list-style-type: none"> - Soutien dans la prise en charge continue d'un patient souffrant d'une maladie neurologique - Instructions pour la réalisation d'exercices physiques - EEG (de longue durée) - Examen(s) électroneurographique(s) avec détermination de la vitesse de conduction nerveuse motrice ou sensitive 	Un contact préalable entre le médecin et le patient est nécessaire. Présence du médecin requise pour l'électroneurographie et l'électromyographie.	Assistant médical Assistant médico-technique spécialisé en diagnostic fonctionnel
8. Actes de médecine nucléaire		
<ul style="list-style-type: none"> - Participation technique à la réalisation d'examens scintigraphiques 	Uniquement après qu'un médecin disposant des compétences nécessaires en radioprotection a posé l'indication justifiée. L'injection du radionucléide doit s'effectuer conformément aux prescriptions de la directive sur la radioprotection en médecine.	Manipulateur en électroradiologie médicale (<i>Medizinisch-technische/r Radiologie-assistent/-in, MTRA</i>) ou assistant médico-technique (<i>Medizinisch-Technische/r Assistent/in, MTA</i>) avec les compétences nécessaires en radioprotection

I. Actes généraux		
<u>Actes pouvant être délégués</u>	<u>Particularités</u>	<u>Qualification minimale requise</u>
		Assistant médical avec les connaissances nécessaires en radioprotection et sous la surveillance permanente et la responsabilité d'un médecin disposant des compétences nécessaires en radioprotection
9. Actes d'orthopédie/de chirurgie traumatique		
<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place et/ou remise en place de bandages et d'orthèses - Documentation des restrictions de mouvement - Instructions pour la réalisation d'exercices de mobilité - Coordination avec les professions de la technique orthopédique - Prise d'empreintes ou réalisation de modèles en plâtre ou autres matériaux 	Lors de la pose de bandages de fixation (en particulier les plâtres), le contrôle final par le médecin est nécessaire.	Assistant médical [Éventuellement : formation complémentaire en gestion des plaies]
10. Actes de radiothérapie		
<ul style="list-style-type: none"> - Participation technique à la mise en œuvre de la radiothérapie 	Uniquement après qu'un médecin disposant de la compétence requise en matière de radioprotection a posé l'indication justificative.	Manipulateur en électroradiologie médicale (<i>Medizinisch-technische/r Radiologie-assistent/-in, MTRA</i>) ou assistant médico-technique (<i>Medizinisch-Technische/r Assistent/in, MTA</i>) avec les compétences nécessaires en radioprotection Assistant médical avec les connaissances nécessaires en radioprotection et sous la surveillance permanente et la responsabilité d'un médecin disposant des compétences nécessaires en radioprotection

I. Actes généraux		
<u>Actes pouvant être délégués</u>	<u>Particularités</u>	<u>Qualification minimale requise</u>
11. Actes d'urologie		
<ul style="list-style-type: none"> - Soutien lors de l'examen instrumental en cas d'incontinence urinaire - Changement de cathéter 		Assistant médical
12. Actes préopératoires et postopératoires dans le cadre d'opérations ambulatoires		
Préopératoire : <ul style="list-style-type: none"> - Soutien lors de la préparation à l'opération En post-opératoire : <ul style="list-style-type: none"> - Contrôles de la plaie et de l'évolution - Surveillance du drainage 	Après avis du médecin	Assistant médical [Éventuellement : formation complémentaire de prise en charge des opérations ambulatoires] [Éventuellement : formation complémentaire en gestion des plaies]

1.4 Modes de rémunération des structures d'exercice collectif

1.4.1 Rémunération des structures d'exercice coordonné

La **rémunération des actes** effectués par les structures d'exercice collectif s'opère dans les conditions de **droit commun**. Il n'existe pas de règles de tarification spécifiques, ni de cahier des charges national définissant leurs missions et les conditions de leur rémunération.

La **prise en charge des actes est encadrée** par :

- Un **catalogue commun des actes** (*Einheitlicher Bewertungsmaßstab, EBM*), sur lequel s'accordent, au niveau fédéral, les associations de médecins conventionnés et les caisses publiques d'assurance maladie. Ce catalogue définit les actes pris en charge par l'assurance maladie publique et leur associe un certain nombre de points ;
- Des **budgets annuels négociés** au niveau des Länder 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** (*Honorarverteilungsmaßstab, HVM*). Cette répartition se fait au sein des associations de médecins conventionnés, en jouant sur le tarif et le volume des actes.

Le **tarif des actes** est régulé par la valeur du point (*Punktwert*), définie chaque année au niveau des Länder sur la base d'une valeur de référence définie au niveau fédéral (*Orientierungswert*).

Le **volume des actes** est également régulé en Allemagne. Pour environ 70 % des actes (forfaits de base, consultations, visites à domicile, diagnostics de base), les praticiens disposent d'une limite trimestrielle de points (*arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen, RLV*), fixée par les

associations de médecins conventionnés dans chaque région et pour chaque spécialité, pondérée par la répartition en âge et en sexe de la patientèle du praticien. Une limite supplémentaire est également accordée pour des actes allant au-delà des soins primaires de santé (*Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen, QZV*). En cas de dépassement significatif (150 %) du nombre de points autorisé, un abattement progressif s'applique sur la valeur du point. Des exceptions existent pour les zones sous-dotées. Les 30 % d'actes restants (par exemple, les opérations réalisées en ambulatoire, les consultations de prévention et de dépistage, de suivi des patients en situation d'addiction ou bien encore les vaccinations) ne sont pas concernées par cette limite, pour encourager les praticiens à les réaliser (*besonders förderungswürdige Leistungen*). La coalition gouvernementale actuellement au pouvoir a prévu de supprimer la limite annuelle de points pour les médecins généralistes.

Dans cette limite, la **rémunération des médecins** par l'assurance maladie publique se fonde sur 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 soins¹²⁵ ;
- 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.

Il existe enfin des **actes non pris en charge par les caisses publiques d'assurance maladie**, dites prestations individuelles de santé (*individuelle Gesundheitsleistungen, IGeL*). Le tarif de ces actes à la charge du patient est fixé par un barème spécifique (*Gebührenordnung für Ärzte*). Elles peuvent constituer une part non négligeable de la rémunération des structures.

Toutefois, la **rémunération des structures d'exercice collectif répond à deux spécificités**. D'une part, elles peuvent recevoir un **supplément**, variable entre 10 et 40 % selon les Länder (le taux étant fixé par l'association des médecins conventionnés) et en **fonction du niveau de coopération** (*Kooperationsgrad*), défini par la part des soins réalisée par des praticiens différents sur un même patient au sein d'une structure. D'autre part, les **limites annuelles de points de chaque médecin s'ajoutent** dans ces structures et peuvent être transférées d'un praticien à l'autre.

Les cabinets en réseau (Praxisnetze) peuvent quant à eux bénéficier de subventions s'ils remplissent certains critères (notamment deux ans d'existence, une taille minimum et au moins trois spécialités médicales différentes).

¹²⁵ Un épisode de soins (*Behandlungsfall*) est défini comme le traitement d'un même patient par le même cabinet et aux frais d'une même caisse d'assurance maladie, au cours d'un trimestre calendaire.

Le modèle économique des MVZ, objet de controverses en Allemagne

Il apparaît que les conditions économiques sont très propices au développement des MVZ, puisque l'Allemagne en comptait 4179 en 2021 contre 70 en 2004 et que leur dynamique de croissance reste très soutenue.

De fait, ces structures peuvent réaliser des économies de gamme et/ou d'échelle en mutualisant les investissements ou bien encore les process comptables et administratifs, ce qui est susceptible d'augmenter leur rentabilité. On assiste par ailleurs à l'entrée au capital de ces structures d'investisseurs tant stratégiques que financiers, y compris de capital-investissement (private equity). La stratégie de ces derniers est typiquement orientée sur une rentabilité à court terme de quelques années, d'où des efforts intensifiés d'optimisation des coûts.

Le fort développement des MVZ ainsi que la dynamique de financiarisation qu'on y observe est l'objet de nombreuses controverses en Allemagne. D'une part, on leur reproche d'évincer la médecine libérale (l'installation des médecins étant régulée, un médecin salarié en MVZ est un médecin libéral de moins) et de pratiquer une médecine de moindre qualité, car trop orientée sur des objectifs quantitatifs. D'autre part, l'augmentation de la concurrence économique dans le secteur ambulatoire est parfois perçue comme un moyen d'accroître l'efficacité des soins et d'encourager l'innovation, tout en garantissant une meilleure qualité de prise en charge par une approche diagnostique et thérapeutique coordonnée, permettant notamment d'éviter la multiplication des examens.

Le modèle économique des MVZ est loin d'être uniforme au niveau national, tant ces structures sont variables par leur taille, leur structure juridique et leur projet de santé. Les MVZ portés par des hôpitaux, eux-mêmes souvent privés, connaissent la plus forte croissance aujourd'hui. Ils sont en grande partie déficitaires, ce déficit étant alors compensé par l'activité hospitalière. Dans cette stratégie, le MVZ constitue surtout une opportunité de s'établir dans le secteur ambulatoire et d'y recruter une nouvelle patientèle. C'est dans ces MVZ que la dynamique de financiarisation est la plus forte. En comparaison, des communes rurales peuvent ouvrir un MVZ dans la seule optique de salarier un jeune médecin pour lutter contre la désertification médicale de leur secteur.

Il n'existe pas, à ce jour, de données représentatives établissant un lien entre la structure juridique d'un MVZ, son caractère lucratif ou non et la qualité des soins. La littérature met particulièrement en avant le rôle central du directeur médical pour garantir cette dernière, même si son indépendance réelle est sujette à débats, notamment lorsqu'il est également le directeur commercial de la structure (ce qui est le cas dans un tiers des MVZ).

Le modèle des MVZ a d'ores et déjà fait l'objet de plusieurs réformes depuis sa création, notamment pour répondre à ces critiques. Des propositions émergent actuellement pour renforcer notamment la transparence de leur structure juridique. Le ministre fédéral de la Santé, Karl Lauterbach, est très critique des MVZ dans son expression publique, et notamment de ceux portés par des acteurs privés. De nouvelles mesures sont attendues dans le cadre de la réforme des soins primaires mentionnée en 1.2., et éventuellement dans un texte spécifique en 2024.

Le tableau suivant indique des exemples de tarification en 2023, selon la valeur de référence du point définie au niveau fédéral :

Forfait trimestriel de base pour un patient âgé de moins de 4 ans en médecine générale	25,86 €
Forfait trimestriel de base pour un patient âgé de 5 à 18 ans en médecine générale	16,32 €
Forfait trimestriel de base pour un patient âgé de 19 à 54 ans en médecine générale	13,10 €
Forfait trimestriel de base pour un patient âgé de 55 à 75 ans en médecine générale	17,01 €
Forfait trimestriel de base pour un patient âgé de plus de 76 ans en médecine générale	22,98 €
Forfait trimestriel supplémentaire pour les patients atteints d'affection de longue durée en médecine générale (supplément)	14,94 €
Supplément pour une consultation complexe en médecine générale	14,71 € toutes les 10 minutes
Supplément pour 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 €

1.4.2 Statut et spécificités de la rémunération des praticiens et personnels des MVZ

Le statut des praticiens **dépend du type de structure dans lesquelles ils exercent** : ils sont libéraux dans les cabinets collectifs (*Praxisgemeinschaft*), associés dans les communautés d'exercice professionnel (*Berufsausübungsgemeinschaft, BAG*) et libéraux ou salariés (ce dernier statut étant très majoritaire et avec une tendance à la hausse) dans les centres de santé (*Medizinische Versorgungszentren, MVZ*).

La rémunération des médecins salariés dans les MVZ peut comporter, dans le cadre de la liberté de contracter, une **part variable sur objectifs** (par exemple, le volume d'honoraires réalisé ou les profits annuels de la structure). Cette pratique est encadrée par la jurisprudence, la part fixe devant se situer à environ deux tiers au moins du salaire généralement constaté pour des postes équivalents. La part variable ne peut pas non plus faire porter le risque de pertes financières de l'entreprise sur le praticien salarié. Les effets de cette part variable sur la qualité des soins sont limités par la régulation du volume des actes, la responsabilité individuelle du praticien sur les actes qu'il facture à l'assurance maladie, la responsabilité hiérarchique du directeur médical, les procédures internes de *compliance* et des contrôles de plausibilité réalisés par les caisses d'assurance maladie pour vérifier l'adéquation entre les actes réalisés et le temps de travail du praticien.

1.5 Fluidification de la prise de rendez-vous et télémédecine

La prise de rendez-vous médicaux peut s'effectuer par le patient :

- Soit **directement** auprès de la structure de soins ;
- Soit **par le biais des associations de médecins conventionnés** (*Kassenärztliche Vereinigungen*) et de leurs centres téléphoniques ou plateformes en ligne ;
- Soit par le biais de plateformes commerciales en ligne, Doctolib et Jameda étant en la matière les leaders du marché en 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.**

Il est courant pour les cabinets médicaux de prévoir dans ce cas la **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.

L'assurance maladie légale ne dispose d'aucune donnée sur le nombre de consultations non honorées par le patient. Selon un sondage en ligne lancé par l'association des médecins conventionnés, 70 % des cabinets seraient concernés, dont 40 % pour 5 à 10 % des consultations prévues et un maximum à 20 %. La mise en place par les caisses d'assurance maladie à Brême d'un service de prise de rendez-vous en ligne se serait accompagnée d'une hausse des « no-shows », variant de 5 % en rhumatologie à 32 % en gynécologie et 36 % en médecine générale.

Les médecins conventionnés peuvent réaliser des **téléconsultations depuis avril 2017**, à hauteur de **30 % du total de leurs consultations par trimestre**. Depuis octobre 2020, la **téléexpertise** est également prise en charge par les caisses publiques d'assurance maladie. Depuis le 1^{er} janvier 2022, c'est également le cas pour le **télémonitoring** des patients atteints d'insuffisance cardiaque. Le projet de Loi d'accélération de la numérisation du système de santé (*Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens*), discuté actuellement au Parlement, prévoit de **supprimer le plafond actuel de recours à la téléconsultation de 30 %** et de permettre la **téléconsultation assistée dans les pharmacies**. Enfin, des **offres complémentaires** peuvent être développées par chaque caisse d'assurance maladie, à l'instar du service « Online-Hautcheck » de la Techniker Krankenkasse, qui permet aux patients d'envoyer gratuitement la photo d'un problème de peau et d'obtenir un premier avis et des conseils de la part d'un médecin dermatologue en 48h.

2 Danemark

2.1 Organisation des soins primaires de santé

2.1.1 Décrire les structures qui sont, pour un patient, la porte d'entrée au système de soins : cabinets personnels, maisons ou centres médicaux.....

La porte d'entrée au système de soins au Danemark est principalement constituée par des **structures collectives ou centres médicaux** intégrant des **praticiens libéraux**.

En 2021, le Danemark comptait **1 635 « pratiques » ou cabinets de médecins généralistes**. Plus de la moitié d'entre eux étaient des cabinets avec **plusieurs médecins** – en général avec **2-3 médecins**.

Les prestataires de soins primaires, dont les médecins généralistes, disposent d'un **conventionnement avec leur région d'implantation**. Ce sont en effet les régions au Danemark qui sont en charge de la santé – plus particulièrement des hôpitaux et des contrats avec les prestataires de soins primaires. Les médecins sont donc **payés par les régions**.

Il faut noter que **les 98 communes** du Danemark ont également un rôle important à jouer dans l'organisation des soins primaires de santé, puisqu'elles sont en charge **du médicosocial, de la prévention et de la rééducation**. Elles sont notamment responsables des **services de santé municipaux** comme les cabinets infirmiers, les infirmières à domicile, les visiteurs médicaux¹²⁶ et les dentistes municipaux.

2.1.2 Décrire en particulier la typologie des structures d'exercice collectif, groupes de médecins, maisons de santé pluridisciplinaires, qui permettent de mutualiser les contraintes et d'assurer un bon accès de la population aux soins en allégeant la charge administrative des professionnels, comparativement à l'exercice « isolé »

Le Danemark a pour modèle majoritaire **les regroupements de professionnels** sous le format **d'entreprise médicale libérale**. Ces centres rassemblent souvent des **médecins généralistes et d'autres professionnels de santé**. Quelques centres de soins de santé locaux abritent également des pharmacies.

2.1.3 Existe-t-il une forme de régulation de l'installation ? Décrire les dispositifs mis en œuvre : qui décide du maillage sur le territoire ? Existe-t-il une forme d'« obligation de service », assortie éventuellement d'une rotation, dans les zones sous-denses ?

Il n'existe pas vraiment de régulation de l'installation ni de planification détaillée des capacités basée sur les besoins en matière de santé. Cette question est toutefois suivie de près.

¹²⁶ Représentant les laboratoires médicaux.

Une fois par an, chacune des cinq régions analyse la capacité en matière de médecins généralistes et décide s'il est nécessaire d'accroître cette capacité, par exemple en cas d'augmentation de la population.

Selon la législation danoise, tous les citoyens doivent pouvoir **choisir entre deux médecins généralistes** – c'est le moyen le plus sûr de déterminer s'il y a pénurie de médecins.

Si les patients ne peuvent pas choisir un médecin, les régions peuvent mettre en place **une clinique à court terme** employant des médecins généralistes ou passer un contrat avec un fournisseur privé.

2.1.4 Décrire les professionnels de santé qui peuvent effectuer des actes dans ces structures : médical, paramédical, ou autre professionnel

Les médecins généralistes et autres praticiens libéraux organisent la clinique comme ils le souhaitent, en **salariant plusieurs professionnels**. Les deux groupes d'employés les plus importants sont **les infirmières et les secrétaires médicales** (cf. tableau ci-dessous).

Graphique 5 : Effectif total des salariés travaillant dans les cabinets de médecins généralistes au Danemark (2020)

	Nombre d'employés (temps plein et temps partiel)
Infirmiers	2 274
Secrétaires médicales	695
Assistants médicaux/sociaux	659
Bioanalystes, pharmaciens, physiothérapeutes, sages-femmes	433
Médecins salariés	1 403
Autres	2 035
Total des effectifs	7 500

Source : PLO - Organisation danoise des médecins généralistes

2.1.5 Comment sont orientés les patients vers les structures de soins primaires ? Combien de patients suit en moyenne un médecin généraliste (par an) ? S'il existe une procédure visant à déclarer un médecin traitant « référent », existe-t-il une obligation d'inscription qui s'impose au médecin généraliste ? Comment s'effectue le choix du médecin par le patient ? Combien de patients sont suivis, en moyenne, par médecin référent ?

Les patients doivent d'abord consulter leur généraliste pour :

- être orienté vers un spécialiste ;
- avoir droit à des soins à domicile ;
- être admis en soins palliatifs ;

- être admis à l'hôpital et/ou aux urgences. Il est toutefois aussi possible d'être admis aux urgences par le biais de la ligne d'assistance médicale ou du numéro d'urgence (le 112).

Les généralistes jouent ainsi **un rôle important de « garde-barrière » entre les soins primaires et secondaires.**

L'ensemble des résidents au Danemark disposent d'une **carte de santé, dite « carte jaune »**. Un médecin traitant est **attribué automatiquement à chacun d'entre eux**, en fonction de leur zone de résidence. Les coordonnées du médecin figurent sur la carte. Toutefois, les citoyens peuvent décider de choisir un autre médecin s'ils le souhaitent, moyennant une participation financière. La carte de santé enregistre **toutes les données médicales du patient et lui permet d'accéder à tous les services publics de santé.**

Tous les médecins généralistes qui travaillent dans le cadre de la convention collective les couvrant sont tenus d'accueillir un **minimum de 1 600 patients et un maximum de 2 700 patients**. Lorsqu'il atteint 1600 patients, le médecin généraliste peut fermer sa « pratique » pour ne plus accueillir de nouveaux patients. Lorsqu'il atteint 2700 patients, le médecin généraliste est obligé de fermer. En 2021 par exemple, chaque médecin avait en **moyenne 1 637 patients** au Danemark contre 1 579 en 2012. Il est à noter que **les Danois consultent relativement peu leur médecin** : en moyenne, **7 consultations par patient par an - dont à peu près la moitié en présentiel.**

2.1.6 Données disponibles concernant : le nombre de consultations en moyenne par jour par médecin généraliste, la durée moyenne d'une consultation par médecin généraliste

Selon l'Organisation danoise des médecins généralistes (*Praktiserende Lægers Organisation - PLO*), on dénombrait **53,5 consultations en moyenne par médecin par jour en 2021** au Danemark, **dont la moitié en téléconsultations** (cf. dernière question du questionnaire).

Une consultation normale dans un cabinet danois dure souvent **10 à 15 minutes.**

2.1.7 Existe-t-il des objectifs fixés aux structures de soins primaires (quel que soit l'exercice, isolé ou collectif, libéral ou salarié) en matière de délais d'obtention de rendez-vous (pour une consultation non urgente) ? en matière d'activité ? Par qui, comment sont-ils fixés ?

Au Danemark, **le niveau national** établit la **stratégie globale** et décide du **budget alloué**. Une contractualisation nationale entre l'État et les **organisations professionnelles** définit les grandes orientations. En pratique, **chaque région contractualise avec les praticiens libéraux** et leur alloue les financements, en prenant en compte les **objectifs du contrat national.**

Les régions **mesurent régulièrement les délais d'attente pour joindre le médecin par téléphone.** Les médecins généralistes sont tenus de prendre en charge les patients le jour même si le problème de santé est sérieux, alors que les problèmes qui ne sont pas graves doivent être évalués par le médecin en consultation ordinaire via un **rendez-vous dans un délai de 5 jours ouvrables.** Si ces conditions ne sont pas remplies, cela constitue une violation de l'accord qui couvre les médecins généralistes et celle-ci peut être sanctionnée.

2.2 Pratiques en matière de coordination des soins

2.2.1 Décrire les pratiques d'exercice coordonné et les dispositifs mis en place dans les structures de soins de premier recours pour optimiser la ressource médicale en s'appuyant sur des professionnels paramédicaux

Comme mentionné plus haut, **les médecins généralistes et autres praticiens libéraux** au Danemark **organisent la clinique comme ils le souhaitent** en salariant plusieurs professionnels, tout en sachant que **le personnel infirmier** constitue de loin le groupe d'employés le plus important. Or, **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**.

Il est à noter par ailleurs que **l'organisation au Danemark représentant les médecins généralistes (PLO)** élabore des **conseils et recommandations** sur son site web (<https://www.laeger.dk/PLO/praksisdrift>) concernant le **démarrage d'un cabinet médical**, la **délégation d'actes et d'activités**, la **gestion et l'utilisation du personnel**, ou encore la **gestion financière du cabinet**. Il est indiqué qu'« *en tant que propriétaire de cabinet, vous devez, comme tout autre propriétaire d'entreprise, chercher à gérer votre cabinet de manière optimale. Comment savoir si votre cabinet est efficace et rentable ? Quelles opportunités existe-t-il pour améliorer les flux de travail du cabinet ? Comment minimiser les coûts afin d'optimiser vos profits et/ou avoir la possibilité de travailler moins ?* »

Enfin, il est important de souligner que le Danemark mise beaucoup sur **l'utilisation le plus possible du numérique** dans le système de santé pour optimiser les ressources et la coordination des soins (télémédecine, ordonnances électroniques, échange de données médicales, dossier médical intégralement numérisé comprenant toutes les données médicales, paramédicales, pharmaceutiques et radiologiques, etc.).

2.2.2 Décrire en particulier le dispositif d'accueil des patients à l'arrivée dans une structure de soins primaires

Lors d'une consultation dans une structure de soins primaires, il suffit au patient de passer **sa carte de santé au secrétariat, sur une machine automatique**, et il sera ainsi enregistré directement avant de se rendre à la salle d'attente. Le patient ne paie rien. Il n'existe pas, à notre connaissance, de procédure d'orientation spéciale.

En ce qui concerne les prescriptions, seuls les médecins peuvent prescrire des médicaments au Danemark.

2.2.3 Quels sont les résultats de ces dispositifs sur la file d'attente des patients, la qualité des soins... ?

Il existe **des questionnaires** qui permettent aux usagers d'indiquer leur niveau de satisfaction par rapport aux services rendus. **Les patients semblent très satisfaits (à plus de 90 %) des services rendus dans les structures de soins de premier recours.** Les problématiques de file d'attente, de manque de personnel, de qualité des soins, etc. concernent davantage **les soins de santé secondaires et l'hôpital au Danemark.** De nombreux plans et recommandations ont d'ailleurs été élaborés ces derniers mois dans le but de **soulager le plus possible les hôpitaux** (recours accru au secteur privé, incitations à travailler davantage pour le personnel soignant/infirmier, priorisation/hiérarchisation des traitements et des patients, etc.).

2.3 Modes de rémunération des structures d'exercice collectif

2.3.1 Décrire, de manière la plus détaillée possible, le système de rémunération des structures de soins primaires et ses principales composantes

Le financement public de la santé est **délégué par l'Etat aux régions** au moyen d'une **allocation annuelle fixe (dotation globale)** et d'une **part de financement à l'activité**, basé sur les performances.

Le cadre de financement général est basé sur **l'accord de financement négocié chaque année entre le gouvernement, les régions et les municipalités** afin de fixer les objectifs en matière de niveau d'activité et de dépenses de santé pour l'année à venir. Cet accord multipartite annuel constitue un cadre motivant toutes les parties à respecter le budget fixé. Les **dotations globales** financent environ **83 % des dépenses totales** de santé des régions. De plus, un **cofinancement municipal à l'activité** représente approximativement **16 % du financement**. Le mécanisme de **financement à l'activité de l'Etat** représente environ **1 % du financement**.

Les médecins généralistes et les spécialistes **facturent leurs honoraires aux régions**, sur la base de **barèmes détaillés et agréés et du nombre de patients pris en charge**. En 2021 par exemple, les régions ont versé environ **9 milliards de DKK (environ 1,2 milliard d'euros) d'honoraires** au **3 298 médecins généralistes** qui étaient en activité au Danemark.

2.3.2 Décrire la part de chacun des modes de rémunération, lorsque le système est mixte

La répartition pour la rémunération des médecins est la suivante : **70 % à l'acte et 30 % à la capitation**.

2.3.3 Le montant perçu pour une consultation est-il différencié selon : la durée de la consultation (consultation courte/ordinaire/approfondie), la typologie de la patientèle (nouveau patient, âge, pathologie (ALD, psy...) ou d'autres caractéristiques du patient (sexe, handicap...)?

De manière générale, les montants ne sont pas différenciés en fonction de la durée de la consultation ou de la patientèle.

Pour un médecin généraliste par exemple, une consultation en présentiel est facturée 20 €, par messagerie 6 €, par vidéo 22 € et par téléphone 4 € (cf. grille de tarification à la question suivante). L'ensemble des consultations – en physique ou à distance – sont **gratuites pour le patient, qui n'a pas à avancer les frais** et qui doit juste fournir sa carte jaune (l'équivalent de la carte vitale) au médecin.

A noter que les consultations pour d'autres professionnels de santé comme les psychologues ou les masseurs-kinésithérapeutes sont gratuites pour le patient si elles sont mises en œuvre par les hôpitaux ou les municipalités, dans le cadre leurs missions. S'il y a un recours direct, il y aura alors une participation financière du patient.

Il existe toutefois 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)**. Afin d'inciter les généralistes à prendre en charge un nombre croissant de patients atteints de maladies chroniques, une convention, conclue en janvier 2018, permet en effet aux généralistes de facturer des **honoraires majorés pour soigner les malades chroniques**. Cette disposition contribue ainsi à maintenir les patients atteints de maladies chroniques le plus possible hors des hôpitaux.

2.3.4 Détailler les montants ou joindre des exemples

La grille de tarification pour la médecine générale est disponible sur le site de PLO, l'organisation représentant les médecins généralistes. Elle est actualisée 2 fois par an, en avril et en octobre. La dernière version est disponible ici : <https://laeger.dk/media/2wdpsi1l/honorartabel-2023-oktoberv2.pdf>

2.3.5 Décrire les différents statuts et les différentes modalités de rémunération pour les professionnels médicaux ou paramédicaux exerçant dans les structures de soins de premier recours

Pour les **professionnels qui ne sont pas médecins et/ou qui sont salariés dans le cabinet médical**, ils sont couverts par un certain nombre de règles que **l'employeur - le médecin qui possède le cabinet** - est tenu de respecter. Ce dernier est membre en général de **l'organisation PLA (Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening)**.

PLA a conclu **deux conventions collectives** pour le **personnel des cabinets médicaux**. L'une couvre les infirmières et les bioanalystes qualifiés, l'autre tous les autres membres du personnel du cabinet (secrétaires médicales, sages-femmes, assistants sociaux et de santé, etc.). Les conventions collectives **fixent notamment un salaire minimum**. Par exemple, pour une **infirmière**

avec moins de 2 ans d'expérience/d'ancienneté, le salaire brut mensuel est de **36 490 DKK** (environ 4900 €) ; pour une infirmière avec plus de 2 ans d'expérience, il s'élève à **41 386 DKK** (environ 5 550 €).

L'organisation représentant les médecins généralistes PLO met à disposition sur son site un fichier Excel afin de calculer **le coût engendré par l'embauche d'une infirmière, d'un médecin salarié ou d'un secrétaire** (lien à la rubrique : « Løn »)¹²⁷ :

2.3.6 S'il existe, décrire le dispositif de paiement à la performance mis en place pour les structures d'exercice regroupés ou des praticiens

A notre connaissance, il n'existe pas de tel dispositif.

2.4 Pratiques d'optimisation ou d'organisation des soins mises en place pour optimiser la gestion des rendez-vous

2.4.1 Décrire l'organisation et les opérateurs de la prise de rendez-vous : téléphonique, sur internet...

En ce qui concerne la gestion des rendez-vous, elle **dépend des centres de santé**.

La prise de rendez-vous se fait **souvent par téléphone**, mais elle peut se faire également **sur internet (Lægevejen.dk) ou via une application (« Min læge »)** – en général pour les choses non urgentes (vaccins, suivi de grossesse, etc.). Il n'existe pas au Danemark de site équivalent à Doctolib.

2.4.2 Décrire les modalités d'indemnisation de la structure collective ou du professionnel de santé qui s'appliquent 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 »)

Il n'existe pas de système d'indemnisation si le patient annule ou en cas de rendez-vous non honoré.

2.4.3 Décrire les pratiques mises en place pour optimiser les ressources médicales, s'agissant des visites à domicile (téléexpertise)

En ce qui concerne **les visites à domicile**, le médecin est **tenu d'effectuer des visites chez les patients enregistrés chez lui du lundi au vendredi pendant la journée**, si c'est nécessaire (selon

¹²⁷Source : <https://laeger.dk/foreninger/plo/drift-af-praksis/ledelse-og-ansatte/klinikpersonalets-arbejdsopgaver-og-funktionsbeskrivelser>

l'évaluation de la maladie par le médecin et/ou les circonstances). Le médecin doit effectuer des visites **quelle que soit la distance** entre le domicile du patient et le lieu de consultation.

Toutefois, le médecin généraliste peut, via un accord spécifique, demander à un autre médecin accrédité (*stedlig læge* – « médecin local ») d'effectuer la visite à sa place si le patient séjourne à plus de 15 kilomètres du cabinet. Un article de janvier 2018 de la revue médicale *Dagens Medicin* relatait ainsi que 535 cabinets médicaux, sur les plus de 1 850 que comptait le Danemark à l'époque, accueillait des médecins qui avaient accepté d'être accrédités « médecins locaux ». Ces derniers pouvaient donc être appelés par un collègue d'une autre clinique afin d'effectuer des visites lorsque la distance entre le patient et le médecin traitant était trop longue.

A notre connaissance, il n'existe pas d'équivalent au Danemark de la téléexpertise – bien que la télémédecine soit très développée dans le pays et que les médecins disposent d'outils numériques pour communiquer avec les patients et entre eux (cf. prochaine question). Comme mentionné plus haut dans le questionnaire, le Danemark mise beaucoup sur l'utilisation le plus possible du numérique dans le système de santé pour optimiser les ressources et la coordination des soins (télémédecine, ordonnances électroniques, échange de données médicales, dossier médical intégralement numérisé comprenant toutes les données médicales, paramédicales, pharmaceutiques et radiologiques, nombreuses applications santé disponibles pour le patient et le professionnel de santé, etc.).

2.4.4 Décrire les pratiques en matière de téléconsultation

Les téléconsultations sont très utilisées au Danemark, depuis plusieurs années déjà.

Selon l'Organisation danoise des médecins généralistes (*Praktiserende Lægers Organisation* - PLO), on dénombrait **53,5 consultations en moyenne par médecin par jour en 2021** au Danemark, dont **21,8 consultations en présentiel (« konsultation »)**, **11,7 par messagerie (emailkonsultation)** et **11,5 par téléphone (telefonkonsultation)**. Les **consultations vidéo (videkonsultation)**, qui sont apparues en 2020 avec la pandémie de Covid-19, représentaient une part négligeable (0,4). Le reste des consultations étaient des visites et autres services rendus par le médecin (prestations de soins chroniques notamment). Le graphique ci-dessous permet de suivre l'évolution de ces chiffres depuis 2012.

Les règles sur le recours aux téléconsultations apparaissent principalement dans les **conventions collectives des professionnels de santé**.

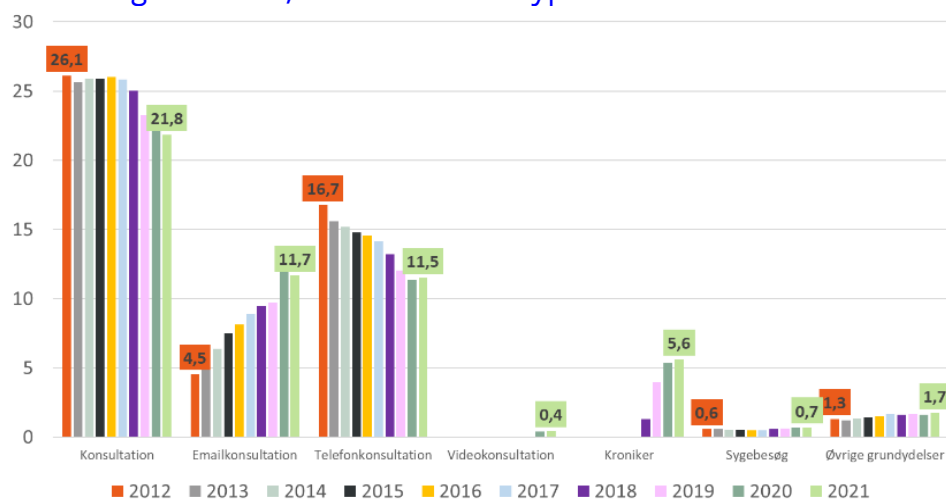
Par exemple, **les consultations par messagerie** doivent être limitées, selon la convention collective des médecins généralistes, à « des demandes simples, spécifiques et non urgentes qui ne nécessitent pas de questions supplémentaires de la part du médecin ».

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 ».

La possibilité de consulter le médecin par des moyens nouveaux et numériques est principalement due au fait que l'Organisation danoise des médecins généralistes, en collaboration avec le ministère de la Santé et les régions danoises, a développé l'**application MinLæge** (« Mon Médecin » en danois). L'application contribue à rendre le système de santé plus accessible, car elle comprend

une fonction **messagerie** permettant au patient de recevoir les réponses du médecin et une fonction permettant de mettre en place des **consultations vidéo**. L'application aide également les patients à suivre leurs rendez-vous passés et futurs avec leur propre médecin, leurs spécialistes et leurs rendez-vous à l'hôpital.

Graphique 6 : Evolution du nombre de consultations par jour par médecin généraliste, en fonction du type de consultations



Source : Le registre des prestations (Ydelsesregisteret) et PLO

3 Espagne

3.1 Organisation des soins primaires de santé

3.1.1 Décrire les structures qui sont, pour un patient, la porte d'entrée au système de soins : cabinets personnels, maisons ou centres médicaux.....

Les compétences en matière de santé ont été totalement dévolues au niveau régional, et les « ministères » régionaux ont pour compétence principale l'organisation et la prestation de services de santé, de sorte que les dépenses de santé sont principalement décidées et financées par les administrations régionales, sous réserve du respect du budget global fixé au niveau national. Les collectivités locales se chargent de la santé publique en matière de prévention (lutte contre la toxicomanie, prises en charge médico-sociales) et de la santé environnementale.

Le ministère national de la Santé et de la Politique sociale n'est donc investi que de compétences limitées. Il a autorité sur la législation relative aux produits pharmaceutiques et est garant du fonctionnement équitable des services de santé dans tout le pays. Cette dernière compétence comprend la définition du panier de base des soins, la fixation de seuils minimaux pour les services de santé, les dépenses de santé, la qualité des soins et le suivi des performances du système de santé.

Le système de santé légal espagnol est de type beveridgien, universel, presque entièrement financé par l'impôt, et de caractère public. La fourniture de soins est gratuite, à l'exception des médicaments prescrits aux personnes âgées de moins de 65 ans, qui entraînent une participation de l'assuré.

Le système national de santé couvre les prestations de base suivantes :

- prévention, diagnostic, traitement et réadaptation dans le domaine sanitaire ou médico-social ;
- transports sanitaires d'urgence ;
- médicaments et dispositifs médicaux ;
- orthèses et prothèses ;
- produits diététiques ;
- transports sanitaires non urgents, soumis à prescription médicale pour des raisons médicales.

Les régions peuvent inclure la prise en charge de prestations qui ne font pas partie du panier de soins national, sous réserve qu'elles mettent en place les ressources financières nécessaires.

3.1.2 Organisation des soins ambulatoires primaires et préventifs

Chaque région est découpée en « zones sanitaires ».

Le décret royal 137/1984, du 11 janvier 1984, établit que les critères de délimitation des zones sanitaires sont démographiques, géographiques et sociaux, prenant en compte le volume de population à desservir dans chaque zone de santé (entre 5 000 et 25 000 habitants, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain).

Les zones sanitaires de base sont les plus petites unités d'organisation des soins primaires. Chacune est définie en fonction du degré de concentration de la population, des caractéristiques épidémiologiques, des installations et ressources sanitaires de la région et du temps de trajet standard nécessaire pour rejoindre les centres de santé. Selon le décret précité, les soins primaires doivent être accessibles dans un délai de 30 minutes à partir de n'importe quel lieu de résidence mais, dans certaines zones rurales, ce délai peut être plus élevé, en raison notamment du fait que certains postes/centres ne sont pas pourvus, faute de candidats.

3.1.3 Décrire en particulier la typologie des structures d'exercice collectif

Le pays compte 3000 « centres de santé », dotés d'équipes multidisciplinaires, comprenant des généralistes, des pédiatres, des infirmières et du personnel administratif et, dans certains cas, des travailleurs sociaux, des sages-femmes, des kinésithérapeutes voire des dentistes. Il existe aussi 10 000 « centres de consultation » de plus petite taille, où exercent des généralistes et parfois une infirmière, qui fonctionnent en réseau avec le centre de santé auquel ils sont rattachés. Les soins primaires sont assurés par des médecins généralistes qui sont aussi **des coordonnateurs de soins** (fonction attribuée règlementairement), garantissant la continuité des soins tout au long de la vie du patient. Les soins primaires peuvent également être dispensés à domicile, si l'état de santé du patient le requiert.

3.1.4 Comment sont orientés les patients vers les structures de soins primaires ? Combien de patients suit en moyenne un médecin généraliste (par an) ? (notion de « file active », entendue comme nombre de patients vu au moins une fois dans l'année)

En principe, l'assuré choisit librement un médecin généraliste ou un pédiatre de la zone sanitaire où il réside, pour autant que le praticien n'ait pas encore rempli son contingent d'inscriptions.

Les soins primaires, qui englobent la prise en charge des problèmes de santé mais aussi des facteurs de risque et des comportements à risque, comprennent les services suivants :

- soins de santé programmés ou d'urgence en consultation ou chez le patient,
- prescription et mise en œuvre de mesures diagnostiques et thérapeutiques,
- activités de prévention, de promotion de la santé, de soutien à la famille, activités de surveillance et d'information en matière de protection de la santé,
- rééducation de base (traitement des troubles musculosquelettiques, kinésithérapie pour insuffisants respiratoires ou pour patients atteints de troubles neurologiques),

- soutien spécifique pour les femmes (incluant la détection et le traitement des situations de violence sexiste), les enfants, les adolescents, les adultes, les personnes âgées, les personnes à risque et les malades chroniques,
- soins palliatifs,
- soins psychiatriques (dépistage précoce des troubles mentaux et ceux liés au stress de la vie), en coordination avec les services de soins spécialisés,
- soins dentaires et bucco-dentaires.

Les soins de santé primaires comprennent aussi la vaccination systématique des enfants ainsi que la vaccination contre la grippe pour les groupes à risque.

Les soins spécialisés sont le plus souvent dispensés en hôpital ou en centre de soins spécialisé de référence. Ils sont accessibles sur prescription du médecin généraliste du centre de soins primaires. Les soins spécialisés sont dispensés dans le cadre de consultations externes à l'hôpital et d'hospitalisations de jour, tant que l'état du patient le requiert.

Les soins d'urgence peuvent être effectués, en principe sur prescription du médecin du centre de soins primaires, soit dans des centres de soins primaires, soit dans des hôpitaux ou à domicile, 24 heures sur 24. Ils se composent de soins médicaux et de soins infirmiers.

Statut : les professionnels de santé des centres de santé sont des fonctionnaires régionaux ou des contractuels de droit public. Les médecins peuvent choisir d'exercer dans le secteur privé : en cabinet privé, ils sont alors rémunérés à l'acte, et les assurances privées (le plus souvent professionnelles) permettent au patient d'obtenir la prise en charge ou le remboursement de leurs frais médicaux. Le tarif de la consultation est libre, dans ce cadre. L'exercice privé de la médecine est généralement le fait des très grandes villes, où il existe une patientèle solvable.

En Espagne, il y a **88 923 professionnels dans les équipes de soins primaires** (source : *ministère de la santé, janvier 2022*). 41 % sont des professionnels infirmiers, 34 % médecins de famille, 7 % des pédiatres et 18 % des assistants administratifs. S'agissant de la population moyenne affectée à chaque médecin généraliste, le ratio est de 1 361 habitants/médecin généraliste. Il varie toutefois selon les territoires, de 1 769 à 909. Pour les pédiatres, le ratio moyen est de 962 patients/pédiatre. Concernant les infirmières, le ratio moyen au niveau national est de 1 515 habitants : le plus élevé est de 1 988 et le plus faible de 1 094.

Interviennent également, dans les centres de soins (données 2020), sur l'ensemble du territoire : 1787 masseurs-kinésithérapeutes (pi : aucun au Pays Basque), 16 orthophonistes, 1345 dentistes-stomatologues et 707 assistants dentaires, 351 psychologues cliniciens, 500 radio-techniciens et 36 ergothérapeutes.

3.1.5 Données disponibles concernant : le nombre de consultations en moyenne par jour par médecin généraliste, la durée moyenne d'une consultation par médecin généraliste

Consultations : il y a eu, en 2021, 262,1 millions de consultations médicales en soins primaires : 122,2 millions sur place, dans les centres de soins, 137,2 millions de téléconsultations et 2,7 millions

de visites à domicile. En moyenne, un habitant effectue 5,6 consultations médicales (soins primaires).

Durée des consultations : elle n'est pas fixée par la loi.

A titre illustratif, dans la région de Madrid, le département "soins primaires" du Service madrilène de Santé" (SERMAS) est parvenu en 2022, après plusieurs journées de grèves des médecins, à un accord avec les principaux syndicats de médecins qui porte sur les points suivants :

- une durée minimale de consultation de 10 minutes pour les patients sans rendez-vous.
- une durée minimale de 30 minutes pour les visites à domicile.
- une limitation de l'activité de soins à un maximum de 70 % de la journée de travail (300 minutes).
- un délai minimum de consultation (présentielle et par téléphone) de :
 - Médecine familiale : 1 patient toutes les 10 minutes.
 - Soins infirmiers : 1 patient toutes les 12 minutes.
 - Pédiatrie : 1 patient toutes les 15 minutes.
 - Soins infirmiers pédiatriques : 1 patient toutes les 15 minutes.
 - Kinésithérapie : 1 patient toutes les 15 minutes en consultation (traitement non inclus)
 - Sage-femme : 1 patiente toutes les 15 minutes.
 - Dentiste : 1 patient toutes les 15 minutes.
 - Hygiéniste : 1 patient toutes les 15 minutes.
 - Travail social : 1 patient toutes les 20 minutes.

Comme l'expliquent les syndicats dans un communiqué commun, "*le professionnel peut modifier la durée de ces consultations s'il le juge opportun, comme par exemple dans les soins aux enfants sains, les traitements, les consultations complexes, etc.*"

3.2 Pratiques en matière de coordination des soins

3.2.1 Décrire les pratiques d'exercice coordonné et les dispositifs mis en place dans les structures de soins de premier recours pour optimiser la ressource médicale en s'appuyant sur des professionnels paramédicaux

La définition et la composition des équipes de soins primaires (EAP) sont définies par décret (137/1984) :

Les équipes de soins primaires sont organisées de manière hiérarchique, sous la direction d'un coordonnateur médical. Le périmètre territorial d'action du centre de santé est la zone de santé. Les équipes de soins primaires sont constituées de :

- Docteurs en Médecine Générale et Pédiatrie, assistants techniques de santé ou diplômés en soins infirmiers, sage-femmes.
- Travailleurs sociaux ou assistants sociaux.
- Le personnel nécessaire pour réaliser les tâches d'administration, d'accueil, d'information, ou tout ce qui est jugé nécessaire au bon fonctionnement du centre.

Les pharmaciens titulaires établis dans la zone de santé collaboreront avec l'équipe, selon des critères opérationnels et des formes à déterminer.

3.3 Dispositif d'accueil des patients à l'arrivée dans une structure de soins primaire

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 infirmiers a étendu le cadre d'activité des infirmiers.

Le texte, pris en application de l'article 79 de la loi 29/2006 modifiée, justifie le rôle des infirmiers 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 infirmiers 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.

Le gouvernement rappelle, dans l'exposé des motifs du décret 954/2015, que sur ce dernier point, conformément à ce qu'a indiqué la Cour suprême dans son arrêt du 3 mai 2013, il ne s'agit pas d'attribuer de nouvelles compétences professionnelles aux infirmiers ni de modifier le pouvoir de prescrire médicaments et, par conséquent, la compétence préalable en matière de diagnostic.

Article 2 : Indication, usage et autorisation de délivrance de médicaments non soumis à prescription médicale et produits de santé à usage humain.

1. L'infirmier, dans l'exercice de son activité professionnelle, peut indiquer, utiliser et autoriser la délivrance de médicaments non soumis à prescription médicale et de produits de soins à usage humain, de manière autonome, grâce à un ordre de délivrance qui aura les caractéristiques établies à l'article 5.
2. A cette fin, l'infirmier généraliste ou l'infirmier spécialisé doivent être titulaires d'une accréditation délivrée par l'autorité responsable de la communauté autonome du lieu d'exercice.

Article 3 : Indication, usage et autorisation de délivrance de médicaments à usage humain soumis à prescription médicale.

1. Les infirmières et infirmiers, dans l'exercice de leur activité professionnelle, peuvent indiquer, utiliser et autoriser la délivrance de médicaments soumis à prescription médicale, selon des protocoles ou guides de pratique clinique ou de soins mentionnés à l'article 6, et moyennant un ordre de délivrance correspondant.
2. A cette fin, l'infirmier généraliste ou l'infirmier spécialisé doivent être titulaires d'une accréditation délivrée par l'organisme compétent de la Communauté autonome respective. Par ailleurs, les protocoles ou guides de pratique clinique ou de soins doivent indiquer les cas spécifiques dans lesquelles une validation médicale est nécessaire, avant toute indication infirmière. De même, les protocoles ou guides doivent établir les cas dans lesquels, dans le respect de leurs compétences respectives, le personnel médical et infirmier est amené à collaborer dans le suivi du processus, afin de garantir la sécurité des patients et la continuité des soins.

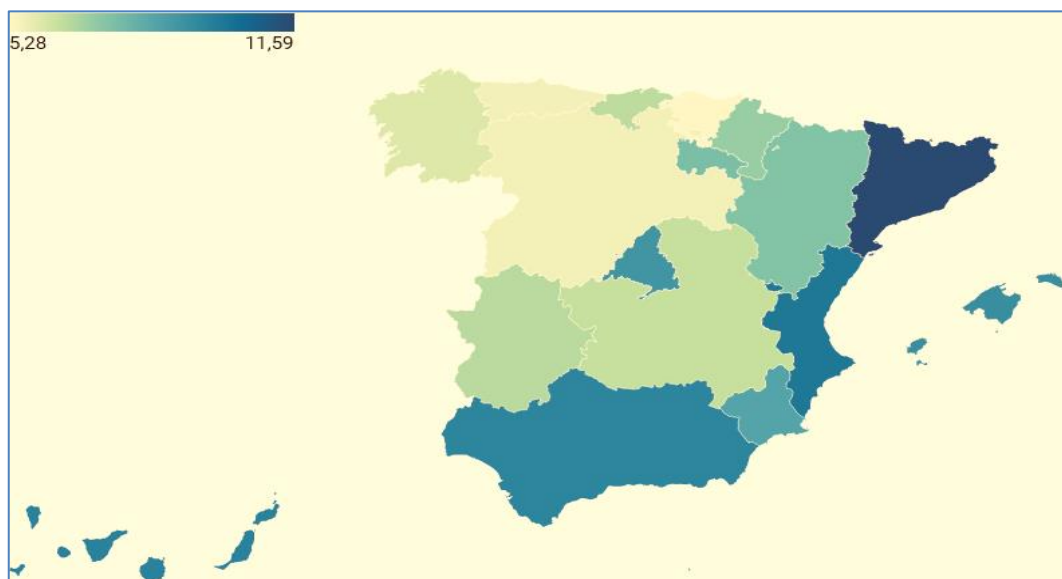
=> l'ordre de délivrance de médicaments soumis à prescription médicale n'est donc permis que si les guides et protocoles de pratiques cliniques existent et si l'infirmier/ère est accrédité/e.

L'Andalousie a été pionnière dans la mise en place de la prescription infirmière (80 % des infirmières de soins primaires sont accréditées), 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.

3.3.1 Quels sont les résultats de ces dispositifs sur la file d'attente des patients, la qualité des soins... ?

Le secteur se plaint de la persistance de problèmes de longue date, notamment du manque de ressources médicales au sein du SNS et de l'allongement, qui en découle, des listes d'attente. Les délais de consultation ont été particulièrement allongés dans les soins primaires, la Catalogne et la Communauté valencienne étant en tête, au-dessus de la moyenne nationale de 8,8 jours pour obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille. En Espagne, deux personnes sur trois attendent plus d'une journée pour voir leur médecin de famille en raison du manque de place dans les agendas des centres de santé, le délai moyen pour obtenir un rendez-vous en soins primaires étant supérieur à une semaine, selon les données du dernier Baromètre de la Santé, mis à jour par le ministère de la Santé au mois de novembre 2022 au niveau national et en mars 2022 au niveau régional.

Carte 1 : Délai d'attente moyen, pour un rdv en soins primaires (en jours)



Source : Ministère de la santé - 2022

3.4 Modes de rémunération des structures d'exercice collectif

3.4.1 Décrire, de manière la plus détaillée possible, le système de rémunération des structures de soins primaires et ses principales composantes

La gestion financière des centres de soins est centralisée, au niveau régional, au sein du « ministère » régional de la santé. La rémunération des soignants et les coûts de fonctionnement des centres sont assurés par l'administration régionale, dans le cadre d'un budget global (santé) ou dédié aux soins primaires.

3.4.2 Décrire les différents statuts et les différentes modalités de rémunération pour les professionnels médicaux ou paramédicaux exerçant dans les structures de soins de premier recours

Il s'agit de personnels fonctionnaires ou contractuels de droit public. Voir en PJ les grilles de rémunération des personnels soignants de la Communauté autonome (région) de Madrid, sachant que les rémunérations (part fixe et part variable) varient selon les régions.

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),...

3.4.3 S'il existe, décrire le dispositif de paiement à la performance mis en place pour les structures d'exercice regroupés ou des praticiens : objectifs, indicateurs, montant de la rémunération...

Une étude réalisée en 2023 sur la situation des soins primaires en Espagne, à partir de questionnaires adressés aux professionnels de santé, relève des disparités, dans chaque région, dans la manière de présenter le budget des soins primaires, et distingue deux types de présentation :

- 1) des budgets intégrés à ceux des autres niveaux de soins (8 régions),
- 2) des budgets indépendants pour les soins primaires (10 régions).

L'étude relève le consensus, de la part des professionnels de soins primaires et des patients interrogés, sur le fait que les budgets alloués aux soins primaires ne sont pas suffisants pour offrir un service de qualité garantissant l'accessibilité, l'égalité et la durabilité.

Les critères de détermination du budget des soins primaires, au niveau régional, sont :

- 1) l'historique des dépenses,
- 2) les besoins et les priorités des organismes compétents en matière de préparation du budget (ministères régionaux de la santé).

Toutefois, selon l'étude précitée, les professionnels de santé interrogés indiquent que les critères utilisés dans leur région ne sont ni clairs ni explicites.

Au niveau national, les dépenses publiques de santé représentaient, en 2020, 83,8 Md€, soit 7,5 % du PIB (1 770 € en moyenne par habitant). Les dépenses de soins primaires représentent 14,3 % de ce total (soins hospitaliers : 61,9 %, pharmacie : 14,5 % et autres 9,3 %), avec de fortes variations selon les régions (17,5 % en Andalousie et seulement 10,7 % à Madrid).

3.5 Pratiques d'optimisation ou d'organisation des soins mises en place pour optimiser la gestion des rendez-vous

3.5.1 Décrire l'organisation et les opérateurs de la prise de rendez-vous : téléphonique, sur internet

Chaque région organise son système de prise de rendez-vous, dans le cadre du système régional de santé. Les différentes modalités suivantes sont proposées dans toutes les régions : prise de rendez-vous présentiel (au centre de soins auquel le patient est rattaché), sur Internet, sur téléphone mobile (via une application, propre à chaque région), par téléphone (appel à son centre de santé).

3.5.2 Décrire les modalités d'indemnisation de la structure collective ou du professionnel de santé qui s'appliquent 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 »)

Non pertinent en Espagne : le médecin, fonctionnaire ou contractuel de droit public, est payé même si le patient ne se présente pas. Il n'existe pas de données sur les situations de « no-show » (qui doivent bien exister) mais le fait que le patient soit rattaché à un seul centre de santé et à un médecin (qu'il peut choisir librement) limite les possibilités de « tourisme médical ».

3.5.3 Décrire les pratiques mises en place pour optimiser les ressources médicales, s'agissant des visites à domicile (téléexpertise) ; Décrire les pratiques en matière de téléconsultation, et leur éventuelle régulation par les pouvoirs publics.

2021 : les téléconsultations représentent **53,6 %** des consultations en médecine générale, **47,9 %** en pédiatrie et **15,7 %** en infirmierie. (source : *SIAP, sistema de información de atención primaria, ministerio de sanidad*).

La téléconsultation est notamment utilisée pour le renouvellement de prescriptions (cas de maladies chroniques, par exemple).

Il n'existe pas de législation spécifique relative à la téléconsultation. A défaut, la téléconsultation est soumise au droit commun applicable en matière de santé et de consultations médicales en général :

- La loi 14/1986, dite loi générale de santé, applicable à toute prise en charge médicale.
- La loi 41/2002, dite loi régulatrice de l'autonomie du patient et des droits et obligations en matière d'information et documentation clinique, notamment son article 7 relatif à la confidentialité de la prise en charge sanitaire et à l'intimité du patient, l'article 8 relatif au consentement éclairé, l'article 19 sur la conservation des dossiers médicaux.
- La loi 16/2003 de cohésion et qualité du système national de santé dont les articles 21 et 28 font référence à la sécurité, la qualité de la prise en charge, l'efficacité et l'efficience et l'affectivité des prestations de santé.
- La loi 45/2007 pour le développement durable du monde rural, article 30 sur le renforcement des systèmes de télémédecine pour améliorer la prestation des soins de santé en milieu rural.
- La loi organique 3/2018 de protection des données personnelles et garantie des droits numériques.

4 Italie

4.1 Organisation des soins primaires de santé

4.1.1 Décrire les structures qui sont, pour un patient, la porte d'entrée au système de soins

Les soins de santé primaires sont la base de la médecine générale et le premier point de contact avec le service national de santé (SSN) italien.

Ces soins primaires sont exercés principalement par les médecins généralistes (dits aussi « de base » / « de famille » / « traitants ») et les pédiatres dits « de libre choix ».

Il s'agit de professionnels de santé libéraux, établis dans leur cabinet personnel (sauf dans le cas de certains regroupements ; voir ci-après) et liés à l'Etat par une convention. Ils ont un rôle de coordonnateur, sont chargés de prescrire les médicaments et, après avoir diagnostiqué un problème de santé, d'orienter les patients vers des consultations de spécialistes ou d'autres niveaux de soins si nécessaire.

Sur le plan organisationnel, les médecins généralistes et les pédiatres sont rattachés aux districts, subdivision opérationnelle des agences sanitaires locales (ASL), chargées de garantir le service des soins primaires médicaux et médico-sociaux en fonction des besoins de la population.

Cette organisation des soins primaires, et la médecine de premier recours en particulier, est en crise profonde depuis de nombreuses années, et a même fini par être désigné comme le bouc émissaire de la pandémie du Covid 19, ces professionnels de santé ayant été accusés de ne pas s'être adaptés aux évolutions de la société, des technologies de santé et de l'information, continuant à fonctionner selon un modèle organisationnel et culturel du vingtième siècle : celui du médecin libéral isolé.

Depuis une quinzaine d'années pourtant, diverses tentatives ont été lancées, visant à moderniser la structuration de l'offre de soins primaires, à travers principalement des regroupements de médecins et autres personnels de la sphère sanitaire : Cf. réponse à la question suivante.

4.1.2 Décrire en particulier la typologie des structures d'exercice collectif

Les associations entre médecins sont apparues très lentement en Italie, et les initiatives d'ordre législatif pour les structurer n'ont jusqu'à présent jamais abouti à une réalisation pleine et entière.

Deux formes principales de structures d'exercice collectif ont vu le jour :

- les associations uni-professionnelles entre médecins généralistes, dites AFT (agrégations fonctionnelles territoriales, qui peuvent être des regroupements physiques ou une organisation en réseau) ;
- les associations multi-professionnelles entre médecins généralistes, spécialistes ambulatoires et autres professionnels de la santé.

Ces dernières, qui sont le sujet du présent questionnaire, ont connu et connaissent encore différentes formes, mais ont en commun certaines caractéristiques définies dans la convention de 2000 qui les régit : : i) l'association est "libre, volontaire et égalitaire", ii) les relations entre les membres et la répartition des coûts sont régies par une convention interne ; iii) chaque médecin doit être disponible pour exercer son activité auprès des patients des autres médecins.

Sur la base de cette même convention, trois formes d'association sont identifiées : la médecine en association, la médecine de réseau et la médecine de groupe :

La médecine en association simple prévoit uniquement le partage de lignes directrices, des moments d'examen de la qualité et l'ouverture d'au moins un cabinet jusqu'à 19 heures, mais les médecins continuent à travailler dans leur propre cabinet. Entre 3 et 10 médecins peuvent adhérer ;

La médecine en réseau nécessite la présence d'un cabinet où se déroulent certaines activités communes, telles que la gestion partagée du dossier médical individuel, le travail en réseau et l'utilisation de procédures télématiques. Les médecins opèrent dans leur propre cabinet et les mêmes paramètres et obligations s'appliquent ;

La médecine de groupe, quant à elle, prévoit un seul cabinet de groupe, divisé en plusieurs cabinets, l'utilisation d'un personnel infirmier et de secrétariat commun, la gestion informatisée du dossier individuel et un nombre maximum de huit médecins.

Les trois formes d'association bénéficient d'une majoration du droit d'entrée et d'une participation aux frais de personnel infirmier et administratif. Au niveau national, en 2019, 68 % des médecins généralistes (28 944 sur un total de 42 428 médecins généralistes) travaillent dans une forme d'association, avec des pointes de 86 % dans la province de Trente, 84 % en Vénétie et en Émilie-Romagne. Le pourcentage de pédiatres est similaire (67 %).

Les (véritables) associations multi-professionnelles apparaissent dans l'accord national de 2005, qui prévoit la possibilité pour les régions de mettre en place des UTAP (unités territoriales de soins primaires). En juillet 2007, la ministre de la santé Turco a lancé l'expérimentation de ces formes intégratives avec les maisons de santé (« casa della salute »), pour lesquelles il a alloué 10 millions d'euros. Il s'agit de structures polyvalentes comprenant des médecins de premier recours, des spécialistes ambulatoires, des infirmières, des techniciens de la rééducation et de la prévention, du personnel administratif, un laboratoire d'analyse, un centre de radiologie, un service unique de prise de rendez-vous (CUP), et qui doivent être ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Puis, en 2012, la réforme dite Balduzzi a créé les unités de soins primaires complexes (UCCP), auxquelles est consacrée la note en annexe.

Enfin, le plan national de relance et de résilience (PNRR) a prévu de remplacer les maisons de santé par des maisons communautaires (« casa della comunità »).

Ces nouvelles structures ont été conçues comme le premier pas vers une plus grande prise en compte du droit à la santé des citoyens. Après deux années de pandémie, le message est passé haut et fort : les soins de santé doivent être réformés, actualisés et repensés en partant de la proximité. Les maisons communautaires ont précisément cet objectif, avec en plus celui d'éviter l'engorgement des urgences. Il s'agit d'agir sur plusieurs fronts, d'une part en diminuant la pression de l'aide d'urgence, d'autre part en augmentant la veille sanitaire locale et en facilitant l'accès au diagnostic et aux soins préventifs.

Les maisons communautaires sont un projet de nature physique, c'est-à-dire une véritable structure médicale de référence territoriale et de proximité, mais qui verra en même temps se développer la télémédecine. L'emplacement de la maison communautaire devra être visible et facilement accessible à la communauté de référence, car c'est l'endroit où le citoyen devra pouvoir trouver une réponse adéquate à ses différents besoins sanitaires ou socio-sanitaires.

Il est prévu d'en créer une pour 40 à 50 000 habitants (soit 1 350 au total d'ici 2026, en utilisant des structures existantes et en en construisant de nouvelles), avec 30 à 35 professionnels de la santé, administrateurs et travailleurs sociaux à l'intérieur pour garantir les services. Les médecins seront les mêmes médecins de famille que ceux que le territoire connaît déjà, ainsi que les pédiatres. Il y aura 7 à 11 infirmières (dont la figure clé sera l'infirmière familiale, une figure déjà introduite par le décret-loi n° 34/2020 qui, grâce à ses connaissances spécialisées et à ses compétences en matière de soins primaires et de santé publique, devient le professionnel responsable des processus infirmiers au sein de la famille et de la communauté), une assistante sociale et 5 à 8 unités de soutien social et administratif. Des psychologues, des kinésithérapeutes, des rééducateurs et des obstétriciens pourront également être présents. La présence de travailleurs sociaux dans les maisons communautaires renforcera le rôle des services sociaux territoriaux ainsi que leur intégration dans les soins de santé. Les services inclus comprennent notamment le point d'accès unique (PUA) pour les évaluations multidimensionnelles (services socio-médicaux) et les services dédiés à la protection des femmes, des enfants et des familles selon une approche de médecine de genre. Il sera également possible d'accueillir des services sociaux et de soins destinés principalement aux personnes âgées et fragiles, diversement organisés en fonction des caractéristiques de la communauté spécifique

Les structures seront ouvertes 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour les activités ambulatoires, y compris les jours fériés et les dimanches. Outre le fait d'éviter la pression sur les hôpitaux, ces structures auront pour principal objectif la "proximité". On y trouvera donc des services de suivi de la chronicité (échographe, électrocardiographe, rétinographe, spiromètre), des services ambulatoires pour les pathologies à forte prévalence (cardiologue, pneumologue, diabétologue, etc.) et de la prévention collective, du dépistage à la vaccination.

Dans cette nouvelle version du métier de médecin généraliste, 18 heures de travail à la maison communautaire et 20 heures par semaine à son propre cabinet seront exigées.

4.1.3 Existe-t-il une forme de régulation de l'installation ? Décrire les dispositifs mis en œuvre : qui décide du maillage sur le territoire ? Existe-t-il une forme d'« obligation de service », assortie éventuellement d'une rotation, dans les zones sous-denses ?

La santé est un droit pour tous, protégé par la Constitution italienne et les soins primaires font partie des niveaux essentiels de soins (LEA), ces prestations et services que le Service national de santé (SSN) est tenu de fournir à tous les citoyens de façon universelle, égale et équitable. Ce qui supposerait la nécessité d'une véritable politique volontariste pour faire respecter ces principes.

Les autorités régionales ont certes la responsabilité, notamment, d'élaborer un plan régional de santé, qui est généralement plus précis que le plan national de santé et comprend des détails tels que la répartition des lits dans les établissements de soins secondaires, de soins d'urgence ou de soins de longue durée, la taille et l'emplacement des hôpitaux, les mesures visant à assurer un

équilibre entre les soins primaires et secondaires, l'intégration entre les soins de santé et les soins médico-sociaux et l'amélioration constante.

Cette régulation ne va cependant pas jusqu'à l'organisation des soins primaires et donc à l'installation des médecins généralistes. Ceux-ci ne connaissent que deux formes de régulation : le *numerus clausus* à l'entrée en faculté de médecine et le nombre maximal de patients qu'ils peuvent prendre en charge (Cf. ci-après la réponse à la question sur ce point spécifique).

La lutte contre les déserts médicaux ne fait pas non plus, jusqu'à présent, l'objet d'une quelconque politique volontariste, ni même organisée, au plan national. Seules quelques initiatives locales peuvent être mentionnées, pas toujours couronnées de succès. Ainsi, la région Calabre fait régulièrement appel à des médecins cubains pour pallier les manques en effectifs médicaux, mais il s'agit le plus souvent de renforts temporaires. Et tout récemment, la région Vénétie a fait paraître une annonce proposant un local gratuit au médecin qui viendrait s'installer dans une ville dépourvue de docteur, et promettant l'aide des services officiels pour faciliter l'installation de la famille de ce docteur. Ce qui a aussitôt suscité une protestation officielle des autorités napolitaines, accusant la Vénétie de concurrence déloyale et de contribuer à attirer vers le Nord les ressources humaines du Sud du pays (sujet épidermique et récurrent s'il en est en Italie...).

4.1.4 Décrire les professionnels de santé qui peuvent effectuer des actes dans ces structures : médical (médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, sage-femmes ?), paramédical (infirmières, kinés, diététiciennes...), ou autre professionnel (assistants médicaux, psychologues...)

Cf. la réponse aux formes d'organisation des centres de soins pluriprofessionnels.

4.1.5 Comment sont orientés les patients vers les structures de soins primaires ? Combien de patients suit en moyenne un médecin généraliste (par an) ? (notion de « file active », entendue comme nombre de patients vu au moins une fois dans l'année).

Au sein du SSN, les patients sont libres d'obtenir des soins de santé auprès de n'importe quel prestataire de soins de santé public (même en dehors de leur autorité locale de santé ou de leur région) et de tout prestataire privé, conventionné avec le SSN. Les patients sont libres de choisir leur médecin généraliste et leur pédiatre pour les enfants de moins de 14 ans parmi ceux qui travaillent dans leur ASL. Les patients ne peuvent pas changer de médecin généraliste pendant au moins 12 mois, et leur inscription est automatiquement prolongée s'ils n'y renoncent pas.

Le médecin généraliste devrait en principe et de façon optimale s'occuper de 1 000 patients, avec un maximum autorisé de 1 500. Toutefois, depuis quelques années et la baisse constante du nombre de médecins en exercice, ce chiffre maximal n'est plus que théorique, notamment dans les grands centres urbains du nord du pays, où certains médecins traitent jusqu'à 1 800 patients, voire plus.

4.1.6 Données disponibles concernant : le nombre de consultations en moyenne par jour par médecin généraliste, la durée moyenne d'une consultation par médecin généraliste

D'après Eurostat, le nombre moyen de consultations médicales en Italie sur la période 2018-2020 se situait entre 8,5 et 9 par an. Ce chiffre est tombé à 5,3 en 2021 (effet Covid). La durée moyenne d'une consultation oscille entre 9 et 10 minutes (durée à mettre en référence avec les données de l'étude du British Medical Journal qui montre que près de la moitié de la population mondiale bénéficie de visites de moins de 5 mn chez son médecin).

4.1.7 Existe-t-il des objectifs fixés aux structures de soins primaires (quel que soit l'exercice, isolé ou collectif, libéral ou salarié) en matière de délais d'obtention de rendez-vous (pour une consultation non urgente) ? en matière d'activité ? Par qui, comment sont-ils fixés ?

La question du temps d'attente pour obtenir un rendez-vous médical dans le secteur public est depuis plusieurs années un problème de plus en plus marqué en Italie (et régulièrement traité dans la presse), mais uniquement dans le secteur des soins spécialisés et hospitaliers. Il existe à cet effet, pour tenter de résoudre le problème, un plan national pour la gestion des listes d'attente, mais là encore celui-ci n'établit les priorités et les délais maximums que pour la fourniture d'examens, de visites de spécialistes, d'admissions à l'hôpital et d'interventions chirurgicales par le service de santé.

4.2 Pratiques en matière de coordination des soins

4.2.1 Décrire les pratiques d'exercice coordonné

Chaque UCCP prévoit un coordinateur qui a plusieurs fonctions importantes. La personne idéale pour occuper ce poste est un médecin généraliste qui connaît le territoire, le contexte et le travail, et qui a une expérience en matière d'organisation et de gestion. Ses tâches sont les suivantes :

- Vérifier la mise en œuvre du plan d'activité du district et des parcours de diagnostic et d'aide thérapeutique (PDTA) de l'UCCP ;
- Vérifier le respect des objectifs budgétaires ;
- Vérifier la bonne utilisation des services de soins à domicile et des services résidentiels ;
- Promouvoir et coordonner les activités d'auto-audit et d'audit par les pairs au sein de l'UCCP à l'aide d'outils appropriés.

Par ailleurs, la mission 6 du PNRR, en repensant les soins aux citoyens et le parcours du patient, introduit des changements significatifs dans le rôle et les compétences que l'infirmière doit posséder. Dans les maisons communautaires qui doivent être mise en place, elle sera appelée à jouer un rôle plus important, en termes d'identification des besoins des patients, d'orientation vers les services, de coordination desdits services et de fourniture d'assistance.

4.2.2 Quels sont les résultats de ces dispositifs sur la file d'attente des patients, la qualité des soins... ?

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.

4.3 Modes de rémunération des structures d'exercice collectif

4.3.1 Décrire, de manière la plus détaillée possible, le système de rémunération des structures de soins primaires et ses principales composantes

Le financement des structures de soins primaires multi-professionnelles, lorsqu'elles sont physiques (i.e. disposant d'un lieu d'accueil) est le fait des régions (et le cas échéant, pour partie, des communes) en ce qui concerne le bâtiment.

Le mode de rémunération des personnels médicaux varie selon leur statut :

Les agents d'accueil peuvent être bénévoles, ou salariés de la structure ;

Les infirmières peuvent être salariées permanentes de la structure, ou employées à temps partiel sur une base contractuelle ;

Les médecins sont rémunérés sur la base de leur activité (Cf. réponse à la question suivante), dans les mêmes conditions qu'à leur cabinet (et *a fortiori* si leur cabinet est hébergé dans la structure de soins multi-professionnelle), mais certains des avantages auxquels ils ont droit dès lors qu'ils travaillent à plusieurs (Cf. réponse à la question suivante) peuvent – selon l'organisation propre à chaque structure de soins multi-professionnelle - leur être versés non pas sous forme monétaire mais sous forme d'avantages en nature (fourniture d'équipements informatiques, prise en charge des coûts de secrétariat, etc.).

4.3.2 Décrire la part de chacun des modes de rémunération

Le mode de rémunération des médecins généralistes se fonde sur un accord national. Il semble toutefois inutile de rapporter ici l'ensemble du dispositif très détaillé décrit dans ce texte, d'une part parce que ce document s'est avéré obsolète dès son entrée en vigueur (publié en 2022, il porte sur les années 2016 à 2018, et de ce fait ne prend pas du tout en compte les modifications majeures introduites par le PNRR), d'autre part parce que s'il évoque le cas des organisations uniprofessionnelles (AFT), il ne parle pas du tout des organisations multi-professionnelles.

Ce qu'il est possible de préciser ici, c'est que la rémunération des médecins généralistes se répartit entre une part fixe et une part variable.

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 boni liés 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,...).

4.3.3 Détailler les montants ou joindre des exemples

Comme indiqué, un certain nombre des éléments de la rémunération dépendent de chaque région et de la situation individuelle de chaque médecin, ce qui rend la production d'un tel document quasiment impossible.

4.3.4 Décrire les différents statuts et les différentes modalités de rémunération pour les professionnels médicaux ou paramédicaux exerçant dans les structures de soins de premier recours

Comme indiqué au point 1.1, les médecins généralistes sont des médecins libéraux liés par convention au SSN.

Les infirmières peuvent être salariées de la structure de soins qui les emploie, ou y intervenir à titre libéral, sur la base d'un contrat.

Pour ce qui est du salaire, Cf. point 3.2

4.3.5 S'il existe, décrire le dispositif de paiement à la performance mis en place pour les structures d'exercice regroupés ou des praticiens

Cf. réponse au point précédent

4.4 Pratiques d'optimisation ou d'organisation des soins mises en place pour optimiser la gestion des rendez-vous

4.4.1 Décrire l'organisation et les opérateurs de la prise de rendez-vous : téléphonique, sur internet

La prise de rendez-vous téléphonique et celle par Internet cohabitent en Italie.

Le marché voit un grand nombre d'entreprises proposer leurs propres plateformes de services en ligne pour les médecins.

Certaines d'entre elles sont des entreprises nées à l'étranger qui opèrent sur le marché italien.

C'est le cas, par exemple, de Doctolib, une entreprise française qui opère également en Allemagne et qui prévoit d'investir 250 millions d'euros en Italie pour créer un centre technologique à Milan et embaucher 500 personnes. Doctolib a acquis la société Dottori.it, fondée en 2013, qui est très

active dans le domaine du marketing et de la publicité. Le dernier tour de table, de 150 millions d'euros (pour un total de 266), a porté la valorisation de la société à plus d'un milliard d'euros.

D'Espagne, vient Top Doctors, fondé à Barcelone en 2013 par des Italiens, qui s'est ensuite étendu à l'Europe, à l'Amérique du Sud et à l'Arabie grâce à quatre tours de financement, dont le dernier s'est élevé à 13 millions de dollars.

Medicitalia, une société fondée en Italie en 2000 et rachetée ensuite par CGM, appartient désormais à CompuGroup Medical, un géant allemand des TIC dans le domaine des soins de santé.

Fondé en Pologne en 2012, le groupe Docplanner, possède en Italie Miodottore.it.

Les start-ups et les entreprises nées en Italie même et qui, du moins pour le moment, sont détenues par des partenaires italiens ne manquent pas, comme iDoctors, Paginemediche, Doctorium, DoctorApp et WelMed (cette dernière étant à ce jour l'entreprise italienne qui a reçu le plus grand nombre d'investissements).

Microsoft est bien sûr également très engagé à soutenir la voie de la transformation numérique du secteur sanitaire italien.

La prise de rendez-vous médicale peut aussi se faire via des applications, telles que WhatsApp (57 % des médecins spécialistes et 64 % des médecins généralistes en Italie utilisent WhatsApp pour planifier/modifier des rendez-vous, mais aussi pour échanger des données et des informations cliniques) ou DoctorApp (qui revendique 300 000 utilisateurs et 88 000 prises de RDV mensuelles par ce biais-là).

A ce jour, il semble qu'iDoctors se dispute la place de premier site web italien de réservation d'examens médicaux et de tests de diagnostic avec MioDottore (qui annonce 1 million de réservations en ligne mensuelles), suivi de TopDoctors et de Doctolib.

4.4.2 Décrire les modalités d'indemnisation de la structure collective ou du professionnel de santé qui s'appliquent 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 »)

Depuis le 1er août 2021, la pénalité pour défaut d'annulation ou annulation tardive des réservations de visites et d'examens spécialisés s'applique de nouveau. Introduites par l'article 23 de la loi régionale 2/2016, les sanctions pour les citoyens qui manquent un rendez-vous sanitaire réservé et non annulé, ou annulé tardivement, sans produire de justification appropriée, avaient été suspendues au début de la période pandémique, en février 2020.

Le montant de l'amende 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.

Dans un de ses rapports récents, la Cour des comptes italiennes reconnaît toutefois la difficulté pour les structures de soins de mettre effectivement en œuvre les sanctions, celles-ci étant toujours nettement inférieures aux cas de « no-show » détectés. L'efficacité du mécanisme de sanction représentant un élément essentiel de son effet dissuasif à l'égard du phénomène de non-

présentation, la Cour recommande d'accorder une plus grande attention aux procédures de sanction, y compris par le biais de formules d'automatisation, afin de contenir le phénomène de non-présentation.

4.4.3 Décrire les pratiques mises en place pour optimiser les ressources médicales, s'agissant des visites à domicile (téléexpertise)

A ce stade, l'Italie est très en retard en termes de développement de la télémédecine (incluant les téléconsultations). Si celle-ci a fortement progressé du fait de la pandémie de Covid-19, elle partait presque de zéro, malgré des débuts de mise en place remontant à 2014, et a marqué le pas dès la fin des confinements. Elle devrait connaître un nouvel et significatif essor du fait des investissements prévus dans le cadre du plan national de résilience et de relance (PNRR), mais cela ne porte encore que sur des effectifs très limités. En Lombardie, la région la plus avancée dans ce domaine, le recours à la télémédecine (et donc pas uniquement aux téléconsultations) ne concerne que quelques milliers de personnes.

4.4.4 Décrire les pratiques en matière de téléconsultation, et leur éventuelle régulation par les pouvoirs publics

Il est très difficile de répondre à la première partie de la question (« pratiques en matière de téléconsultation »), d'abord en raison du faible taux de téléconsultations actuellement pratiquées en Italie au sens français du terme, ensuite parce que les informations disponibles portent essentiellement sur la téléconsultation au sens italien du terme, laquelle désigne non pas l'échange entre un praticien et son patient mais l'échange intervenant entre deux ou plusieurs praticiens médicaux sur le cas d'un patient qui ne participe pas physiquement à cet échange.

En ce qui concerne en revanche la régulation, les nouvelles lignes directrices nationales en matière de santé, adoptées en décembre 2020, intègrent désormais la télémédecine au sein des services de santé reconnus par le système national de santé (il ne s'agissait dans la précédente version que d'indications non contraignantes) ; elles assimilent les services de télémédecine à des services similaires fournis en présence ; les responsabilités juridiques du médecin et des établissements fournissant le service sont également assimilées.

Ces lignes directrices ont été reprises dans un décret ministériel du 21 septembre 2022 sur " l'approbation des lignes directrices pour les services de télémédecine - Exigences fonctionnelles et niveaux de service ", publié au Journal officiel du 2 novembre 2022. Le décret ministériel du 21 septembre 2022 s'adresse aux Régions et aux Provinces autonomes et a pour fonction d'établir des normes techniques et de service que les entités territoriales devront mettre en œuvre dans la conception de leurs services, afin que l'offre de soins de télémédecine devienne généralisée et homogène dans la poursuite de la réalisation de la mission 6 (« Santé ») du PNRR.

Comme l'expliquent les lignes directrices de 2020, la télémédecine peut être utilisée dans les domaines du diagnostic, de la prévention, du traitement, du suivi des paramètres cliniques des patients, mais aussi pour l'échange d'opinions entre professionnels. D'une manière générale, les services de télémédecine ne doivent pas être utilisés dans des situations où le médecin ne peut pas effectuer à distance toutes les actions qu'il juge nécessaires pour le patient à ce moment-là. La télémédecine ne saurait donc remplacer l'acte médical en face à face ; elle doit nécessairement

être précédée d'au moins une rencontre physique entre le médecin et son patient, et l'évaluation finale des instruments adaptés à chaque patient relève de la responsabilité du médecin traitant.

4.4.5 Focus sur les unités de soins primaires complexes (UCCP)

Le projet de développement et de diffusion des unités de soins primaires complexes (UCCP) dans toute l'Italie a fait suite à un accord État-région signé en 2006, qui fixait comme objectif la déshospitalisation des soins primaires ; en 2007, les premières structures ont été mises en place à titre expérimental sous le nom d'unités de soins primaires (UTAP), et les premières régions ont été l'Émilie-Romagne et la Toscane.

Dépendant des autorités sanitaires locales (ASL) de référence, gérées et coordonnées par les régions, les UCCP sont apparues en tant que telles en 2009.

Leur existence a été confortée par le décret-loi Balduzzi de 2012, qui a promu une réorganisation des soins primaires, avec l'intention de renforcer la prise en charge territoriale généralisée 24 heures sur 24, soulageant ainsi la pression sur les hôpitaux et les services d'urgence. À cette fin, les Régions se sont engagées à organiser les soins primaires selon des modes de fonctionnement mono-professionnels, appelés agrégations territoriales fonctionnelles (AFT), et des formes d'organisation multi-professionnelles, appelées unités de soins primaires complexes (UCCP).

Les UCCP fonctionnent dans un lieu unique ou disposent d'un site de référence intra-district, exercent des activités ambulatoires et fournissent des soins de santé primaires et des diagnostics de premier niveau. Elles assurent l'intégration des médecins généralistes, des médecins de continuité des soins, des pédiatres de libre choix, des spécialistes ambulatoires, des autres professionnels de la santé du district sanitaire : infirmiers, psychologues, professionnels de l'obstétrique et de la technique, professionnels de la réadaptation, de la prévention et de la santé sociale, ainsi que du personnel administratif.

Les unités de soins primaires complexes sont mises en place dans des réseaux de cliniques ambulatoires dotées d'équipements de base et ouvertes au public toute la journée. Les régions doivent veiller à ce que les médecins adhèrent à l'organisation et au système d'information, y compris aux aspects liés au système de carte de santé ainsi qu'à la participation active à la mise en œuvre de la prescription électronique. En outre, elle doit prévoir la présence d'un médecin formé et expérimenté dans les questions de thérapie de la douleur au niveau du district. L'UCCP offre des services en continuité avec les AFT.

Les UCCP sont situées dans des districts de santé dont la population est d'au moins 30 000 habitants.

Ce modèle a été promu par le Pacte de santé 2014-2016 qui, dans son article 5 dédié à l'aide aux territoires, engageait les Régions à promouvoir, dans le cadre de leur autonomie décisionnelle et organisationnelle, les UCCP et les AFT comme formes organisationnelles de la médecine conventionnée. En outre, le Pacte a réaffirmé la centralité du district en tant que centre de gravité des soins territoriaux et lieu de coordination, de gestion et de définition des soins primaires et des activités territoriales. En ce sens, le Pacte a fourni de nouvelles normes organisationnelles pour le District et a défini les UCCP et les AFT au sein du District, en précisant que l'UCCP est une partie fondamentale et essentielle du District, intégrée dans le réseau des services du District et des entreprises.

Comme mentionné à l'article 5 du Pacte, les AFT et les UCCP sont identifiées comme les seules formes d'agrégation des médecins généralistes, qui auraient dû remplacer à court terme les différents types de formes d'association des médecins.

La réalité est assez différente des objectifs initiaux. Ainsi, en 2018, les recherches présentées à l'occasion du 40^{ème} anniversaire du système de santé italien soulignaient "que la mise en œuvre des AFT et des UCCP s'est arrêtée aux blocs de départ, à l'exception de quelques cas promus par certaines régions, qui plus est sous des noms différents et avec une cohérence organisationnelle différente, qui ont conduit à l'élaboration à ce jour d'une carte de mise en œuvre si variée qu'elle exige un remède rapide visant à coordonner et à rendre efficaces ce qui a été réalisé avec ce qui peut être effectivement réalisé.

Déjà, en 2015, un rapport du syndicat de la médecine ambulatoire italienne portant sur la mise en œuvre des UCCP, les nouvelles formes d'organisation de la santé territoriale prévues par la loi Balduzzi et le Pacte pour la santé dans 8 régions italiennes, soulignait une représentation inégale sur le territoire d'une région à l'autre, l'absence de projet commun, une application de façade dans certaines régions, une spécialisation ambulatoire pas toujours représentée et des systèmes informatiques différents.

Le rapport indiquait que la première différence était dans l'appellation retenue. Dans cinq régions (Émilie-Romagne, Toscane, Latium, Marches et Pouilles), le terme "Casa della Salute" est utilisé pour définir les UCCP, tandis qu'en Sicile, elles sont appelées PTA (Presidi territoriali di assistenza), alors qu'en Campanie, le nom est SPS (Strutture polifunzionali per la Salute), et enfin en Lombardie, il y a le réseau CREG (Chronicle related Group).

En outre, les différences se situaient également au niveau de la composition professionnelle. La seule constante dans les 8 modèles observés est la présence du médecin généraliste, tandis que la présence des autres médecins de la zone (pédiatres et spécialistes), ainsi que des professions de santé, est inégale. Ce n'est que dans quatre régions sur huit (Émilie-Romagne, Toscane, Latium et Marches) que tous les professionnels de santé territoriaux sont représentés : médecins généralistes, pédiatres, spécialistes, employés médico-psychologiques, travailleurs sociaux, infirmiers, techniciens de réadaptation. En Lombardie, il n'y a que des médecins de famille et dans les Pouilles, uniquement des généralistes avec des infirmières. Dans 3 régions (Sicile, Lombardie et Pouilles), il n'y a pas de spécialistes ambulatoires dans les projets.

De même, le bassin territorial de référence et la localisation physique des unités de soin sont également extrêmement variés, quand ils sont spécifiés. L'organisation du travail et la gouvernance sont elles aussi différentes et chaque région dispose d'un système d'information différent.

Au final, les points forts des UCCP identifiés étaient :

- le renversement du processus d'organisation du district, du modèle sectoriel au modèle divisionnaire ;
- la prise en charge des patients en fonction de leurs besoins ;
- l'intégration du travail dans des équipes multi-professionnelles et multidisciplinaires ;
- une meilleure gestion des personnes chroniques et fragiles.

En revanche, leurs faiblesses étaient :

- la résistance au changement ;
- le manque de ressources économiques pour investir ;
- les différentes méthodes d'organisation régionales et entre les ASL d'une même région ;
- une faible propension à l'intégration entre l'hôpital et le territoire ;
- une tendance à la prédominance d'une catégorie professionnelle sur une autre et une mauvaise habitude du travail en équipe.

5 Suède

5.1 Organisation des soins primaires de santé

5.1.1 Décrire les structures qui sont, pour un patient, la porte d'entrée au système de soins

Le système de santé suédois est peu hospitalo-centré, avec seulement **2,1 lits pour 1 000 habitants, contre 5,8 en France**. Depuis les années 1990, la Suède a cherché à transférer les activités hospitalières vers le secteur primaire, entraînant une forte diminution du nombre de lits, passant d'environ **120 000 lits dans les années 1960 à 25 000 aujourd'hui**.

Le système de santé est fondé sur un modèle de soins primaires centré sur les centres de santé de proximité, appelés "vårdcentraler", qui sont censés offrir des soins de base à la population locale et orienter les patients vers des spécialistes en cas de besoin. **La Suède compte ainsi 1150 centres de soins primaires et une soixante d'hôpitaux régionaux dont sept sont des centres hospitaliers universitaires. Six hôpitaux sont des établissements privés.**

L'offre de soins primaires s'articule ainsi autour de centres de soins pluridisciplinaires qui comptent souvent entre 10 et 20 médecins mais peuvent parfois atteindre plusieurs dizaines de professionnels. Le centre de soins d'Ålidhem comptait ainsi 93 collaborateurs. L'exercice individuel de professionnels de santé est très rare.

Ces centres peuvent se concentrer sur une prise en charge primaire ou être orientés sur une spécialité médicale. Les centres pluridisciplinaires sont parfois équipés de salles d'examens spécialisées, pour l'ORL par exemple, ou d'une salle de prélèvements pour des examens biologiques sur place.

Les collectivités locales jouent donc un rôle majeur, aussi bien dans l'organisation et la gestion du système de santé que dans son financement. En outre, l'association des collectivités locales (SKR, **Sveriges Kommuner och Regioner**), extrêmement puissante en Suède, permet de mettre en commun certaines réflexions ou négociations salariales avec les professionnels.

Les 21 régions financent, achètent et assurent les soins de santé : les soins primaires, spécialisés et psychiatriques. Les soins médicaux des régions sont concentrés en six **Sjukvårdsregioner** (régions de santé), afin de faciliter la coopération entre les prestataires et de garantir des soins de qualité. Les régions financent également les soins ambulatoires et les programmes spéciaux nationaux. Les 290 municipalités s'occupent quant à elles des soins dispensés aux personnes en situation de handicap ou aux personnes âgées, des soins à domicile, et de la médecine scolaire.

5.1.2 Décrire en particulier la typologie des structures d'exercice collectif

Comme mentionné *supra*, l'exercice libéral individuel est résiduel, pour ne pas dire inexistant en Suède. Contrairement à la France, où les structures d'exercice collectif revêtent des formes diverses (maisons de santé, centres de santé, CPTS etc.) la Suède dispose d'une « structure-type » avec le vårdcentral, auquel sont rattachés tous les patients disposant d'un numéro personnel (personnummer), y compris les plus jeunes puisque la naissance d'un enfant entraîne son rattachement auprès d'un « barnvårdcentral », dans lequel exercent conjointement infirmières, sages-femmes et pédiatres.

5.1.3 Existe-t-il une forme de régulation de l'installation ? Décrire les dispositifs mis en œuvre : qui décide du maillage sur le territoire ? Existe-t-il une forme d'« obligation de service », assortie éventuellement d'une rotation, dans les zones sous-denses ?

Les professionnels de santé jouissent théoriquement d'une liberté d'installation mais se tournent en réalité quasi exclusivement vers un exercice salarié.

5.1.4 Description des professionnels de santé qui peuvent effectuer des actes dans ces structures

Au centre de santé, on trouve plusieurs types de professionnels de santé, ce qui permet d'offrir les soins les plus polyvalents possibles. Le patient consulte généralement un médecin spécialiste en médecine générale, une infirmière ou une infirmière de district, mais peut également être amené à consulter des psychologues, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes ou d'autres professionnels de santé comme les diététiciens.

5.1.5 Orientation des patients

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 un infirmier. À ce titre, le partage d'information sur le parcours du patient au cours de la prise en charge est déterminant. Les professionnels chargés de la régulation primaire ont, sauf mention contraire, accès au journal médical du patient qui figure en ligne. Si les régions organisent chacune les soins comme elles le souhaitent, elles coordonnent une plateforme commune Vårdguiden (guide des soins de santé), avec un numéro de téléphone, le 1177, et un site internet, qui renvoient vers les services locaux de santé. Cette plateforme d'information et de contact est à la fois un point d'entrée et un outil de régulation : elle est présentée comme le premier niveau de recours dans le système de santé, avant l'orientation vers un centre de soins primaires puis l'hôpital.

La Suède compte un nombre de médecins et d'infirmières par habitant plus élevé que la moyenne de l'UE, avec 4,3 médecins pour 1 000 habitants en 2018 (la moyenne de l'UE est de 3,9) et 10,9 infirmiers pour 1 000 habitants (la moyenne de l'UE est de 8,4). Cependant, les médecins généralistes ne représentent qu'un médecin sur sept, de sorte que la densité de médecins

généralistes en Suède (0,6 pour 1 000 habitants) est inférieure d'un tiers à la moyenne de l'UE (près de 1 pour 1 000 habitants). Les infirmières assument ainsi un rôle élargi dans les soins primaires, avec la capacité de prescrire des médicaments et de coordonner les soins.¹²⁸ Il n'existe pas de procédure visant à déclarer un médecin référent en Suède. En général, après avoir reçu un numéro d'identité personnel suédois (*personalnummer*), il est possible de s'inscrire dans un centre de santé local (*vårdcentral*) où exercent plusieurs médecins et infirmières. Le site [1177.se](https://www.1177.se)¹²⁹, qui se décline par région, propose des conseils sur le choix d'un professionnel de santé ainsi qu'une fonction de recherche utile des établissements de santé à proximité. Habituellement, un médecin généraliste est directement attribué au patient. Celui-ci peut rediriger le patient vers un médecin spécialiste si besoin. Si le médecin généraliste attribué au patient n'est pas disponible, un autre médecin généraliste du même centre peut s'occuper du patient. Un système de dossiers médicaux électroniques accessible depuis le 1177 permet aux médecins d'avoir accès aux données relatives aux traitements des patients et ainsi de les suivre.¹³⁰ Il n'existe pas de fait pas de concept de médecin traitant en Suède comme on le trouve. Les patients qui ont des maladies chroniques sont tout de même suivis par un médecin référent spécialiste de la pathologie en question.

5.1.6 Données disponibles concernant : le nombre de consultations en moyenne par jour par médecin généraliste, la durée moyenne d'une consultation par médecin généraliste

Selon une enquête de PwC de 2016, les médecins travaillent en Suède en moyenne 41 h par semaine¹³¹.

La Suède est le pays où un médecin voit le moins de patients, soit environ 2,7 patients par jour. Cela peut être comparé à 20,7 au Japon¹³². En raison de l'organisation du système de santé qui privilégie la régulation par le *vårdcentral* et l'infirmière coordinatrice, la Suède est un pays où un patient consulte rarement un médecin.

¹²⁸ Source : <https://healthsystemsfacts.org/national-health-systems/beveridge-model/sweden/sweden-health-system-personnel/>

¹²⁹ Source : <https://www.1177.se/Stockholm/>

¹³⁰ Source : <https://www.visitstockholm.com/live-work/your-life-stockholm/healthcare/>

¹³¹ Source : <https://slf.se/app/uploads/2018/08/laxxkares-arbetstid-en-rapport-fraxxn-laxxkarfoxxrbundet1.pdf>

¹³² Source : <https://cross-solutions.com/sv/sverige-ligger-i-botten-vad-galler-antal-patienter-som-en-lakare-tar-emot-japan-i-toppl/>

Graphique 7 : Pourcentage de médecins généralistes disposant d'un système de rendez-vous à intervalles fixes et durée moyenne des intervalles de prise de rendez-vous par pays (2003)¹³³

Country	% of GPs using fixed time intervals	Length (in minutes)
Austria	34	15
Belgium	63	19
Bulgaria	29	13
Croatia	15	12
Czech Republic	19	18
Denmark	92	13
Germany	66	13
Estonia	27	16
Finland	89	18
France	69	20
Greece	15	21
Hungary	9	14
Iceland	90	17
Ireland	50	14
Israel	63	11
Italy	20	22
Latvia	14	21
Lithuania	27	17
Luxemburg	61	18
Netherlands	93	10
Norway	82	19
Poland	22	21
Portugal	58	16
Romania	23	19
Slovak Republic	28	7
Slovenia	21	13
Spain	54	10
Sweden	71	24
Switzerland	78	15
Turkey	4	19
Ukraine	9	15
United Kingdom	85	8

Source : *Profiles of General Practice in Europe An international study of variation in the tasks of general practitioners*, Wienke G.W. Boerma, Nivel/ Commission européenne BIOMED1, 2003

Le problème des longues files d'attente pour les soins en Suède, créé en raison d'un manque de capacité, est néanmoins bien connu. Les longues files d'attente conduisent à un rationnement des ressources de santé, de telle sorte que même les personnes qui en ont besoin - et souvent les personnes âgées - doivent souvent attendre longtemps pour recevoir les soins dont elles ont besoin. La possibilité d'accéder à un médecin généraliste le jour suivant est la pire d'Europe en Suède et en Norvège et la meilleure aux Pays-Bas, en Irlande et en Islande.

¹³³ Ajout de la mission

En Suède, en Finlande, au Portugal et en Espagne, presque tous les médecins généralistes travaillaient dans le secteur public, en Norvège et en Islande, environ la moitié étaient dans le secteur public. Dans les dix autres pays européens, presque tous les médecins généralistes étaient privés.

Des critiques ont tout de fois été adressées aux centres de santé par les médecins en exercice libéral, et le gouvernement réfléchit à une incitation pour les faire travailler davantage.

Dans les années 90, le système de médecins de famille (hushälsystemet) a été introduit, puis aboli et remplacé par différents modèles de systèmes de médecins de famille (familjeläkarsystem) dans chaque département (landsting). Pour les défenseurs du système suédois, un système organisé sur beaucoup de visites ne convient pas aux patients avec plusieurs problèmes et des pathologies complexes. À cette époque, le ministre des Affaires sociales, Lars Engqvist, avait présenté son plan national pour les soins de santé, prévoyant des investissements particuliers dans les soins primaires et l'objectif déclaré d'avoir un médecin pour 1 500 habitants d'ici 2008 au plus tard. Mais le problème du manque d'accessibilité n'a guère diminué dans les soins primaires, bien au contraire¹³⁴.

Actuellement, la référence nationale pour le contact permanent avec un médecin en soins primaires est fixée par le conseil national de la santé et bien-être, *Socialstyrelsen*¹³⁵ :

- 1 100 habitants par spécialiste en soins primaires,
- 550 habitants par médecin en service spécialisé (ST) en médecine générale, au milieu de sa formation spécialisée.

Le gouvernement et l'association des municipalités et régions suédoises (SKR) ont fixé pour objectif que 55 % de la population ait un contact régulier nommé avec un médecin de soins primaires avant la fin 2022. À long terme, tous les Suédois devraient avoir un contact régulier avec un docteur. Ces objectifs de continuité et de contact régulier avec les médecins, qui auraient dû être atteints d'ici la fin de l'année 2022 ne l'ont pas été, montre un rapport de *Socialstyrelsen*¹³⁶.

Un autre rapport de l'Agence suédoise pour les soins et l'analyse des soins (Analys för vård och omsorg) de 2023 montre que l'objectif n'est pas atteint et qu'actuellement, seuls 30 % des suédois ont un contact régulier avec un médecin.

Par comparaison, en 2020, le chiffre correspondant était de 40 %, mais seules les personnes qui ont consulté des soins au cours des douze derniers mois ont répondu à l'enquête, et la pandémie a probablement affecté ceux qui ont consulté.

De leur côté, les responsables des centres de santé affirment que plus de 55 % des patients ont un contact régulier avec un médecin, du moins si l'on calcule les chiffres au niveau national. Ce tableau est également confirmé par le système de référencement des régions. Il existe donc un décalage entre les perceptions des patients et les visites répertoriées par les centres de santé.

¹³⁴Source : <https://www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/digitalisering/svart-att-fa-tillrackligt-med-tid-over-till-fler-patienter/>

¹³⁵ Source : <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-4-7896.pdf>

¹³⁶ Source : <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-2-6628.pdf>

Cependant, de nombreux médecins estiment qu'ils ne peuvent pas remplir leur rôle d'interlocuteur médical permanent auprès de leurs patients référencés. Selon l'enquête Vård och sorganalys, environ quatre personnes sur dix estiment qu'elles ne peuvent pas du tout être responsables des soins prodigués aux patients répertoriés, ou seulement dans une faible mesure.

Un autre objectif national est d'augmenter l'indice de continuité des médecins %, c'est-à-dire le nombre de médecins différents que les patients consultent et la fréquence des visites chez les différents médecins, de 20 %, afin de réduire l'errance diagnostique.

Cet objectif n'a pas non plus été atteint, comme le montre le rapport de l'Agence suédoise pour les soins et l'analyse des soins, qui s'appuie sur des données comprenant environ 80 % de la population. Les résultats ont été assez stables dans le temps, avec toutefois une légère baisse entre juin 2021 et juin 2022. Les données diffèrent donc selon les régions. Stockholm est le meilleur (indice de 0,41), tandis que le comté d'Örebro se situe à l'autre extrémité de l'échelle (indice de 0,22).

L'analyse des soins a également été étudiée pour l'atteinte d'une autre cible nationale, à savoir qu'au moins 80 % des personnes âgées hébergées dans les résidences spéciales pour personnes âgées aient des contacts réguliers avec un médecin. Pour cet indicateur, il n'a cependant pas été possible d'établir une cartographie du point de vue du patient en raison du manque de données exploitables.

On peut signaler que les régions ont également entrepris de nombreux travaux pour améliorer la continuité et le contact régulier avec les médecins. Cela passe par exemple par des plans d'action et d'information à destination des patients¹³⁷, afin de mieux les informer des options de prise en charge auxquelles ils ont accès.

5.1.7 Objectifs fixés aux structures de soins primaires

Voir ci-dessus.

5.2 Pratiques en matière de coordination des soins

5.2.1 Pratiques d'exercice coordonné

Le fonctionnement d'une équipe de soins en centre de santé ressemble à celui de n'importe quel groupe de travail. Selon les orientations du Conseil de la santé et du bien-être, *Socialstyrelsen*¹³⁸, les managers et les dirigeants créent une bonne culture de sécurité en :

- s'assurant que le personnel soignant est impliqué ;
- écoutant activement lorsque le personnel de santé a des objections sur la sécurité des patients ;

¹³⁷Source : <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2022/10/rapport-langt-kvar-till-nationella-mal-om-kontinuitet-i-primarvarden/>

¹³⁸Source : <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/arbetsakerhet/sakerhetskultur/ledarskap-team-och-individ/>

- faisant preuve d'appréciation lorsque le travail est effectué de manière sûre pour le patient ;
- étant clair sur les comportements qui sont tolérés et ceux qui ne le sont pas ;
- ayant une vue d'ensemble du système de santé et connaître son fonctionnement ; ce qui favorise la sécurité et dans quelles situations elle peut échouer.

Dans le domaine des soins de santé, le travail d'équipe se produit dans de nombreux domaines différents, qu'il s'agisse de planification à court ou à long terme. Dans les soins d'urgence, par exemple, l'équipe travaille physiquement à proximité du patient dans le but de lui permettre de survivre dans des conditions difficiles. La coordination des soins autour d'un même patient est donc nécessaire pendant une durée relativement limitée. Dans les activités non urgentes, il est plus probable que la même équipe travaille vers des objectifs communs pendant une période plus longue. Ces équipes peuvent par exemple travailler sur des besoins de rééducation plus longs ou planifier des soins palliatifs à domicile. Pour les équipes d'urgence, le patient ou son proche peut rarement être impliqué, tandis que les équipes non urgentistes considèrent en général les remarques du patient et de ses proches comme des apports nécessaires à la discussion sur la prise en charge¹³⁹.

5.3 Dispositif d'accueil des patients à l'arrivée dans une structure de soins primaire

Après avoir convenu d'un rendez-vous, par téléphone, dans un *vårdcentral*, le patient est accueilli dans la structure de soins primaire. Il n'existe pas de procédure d'orientation particulière dans les *vårdcentraler*. Lorsque le patient arrive dans ces structures de soins, il se dirige vers l'accueil où son numéro personnel et sa carte d'identité lui sont demandés. Le médecin ou l'infirmier, 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. Quant aux pratiques de prescription et de médication en Suède, elles sont similaires à celles des autres pays européens. Les pharmacies peuvent fournir des médicaments sur ordonnance et en vente libre. Les médicaments sur ordonnance nécessitent une ordonnance valide d'un médecin agréé, et les médicaments en vente libre peuvent être achetés sans ordonnance. Sur [Läkemedelskollen.se](https://lakemedelskollen.se)¹⁴⁰, les patients peuvent suivre leur consommation de médicaments sur prescription et le nombre de retraits qu'il leur reste pour une prescription d'un an.

Les professionnels de santé paramédicaux, comme les infirmières sont autorisés à prescrire des médicaments à partir d'une liste limitée.¹⁴¹ Les infirmières sont spécialisées et assument des responsabilités élargies en Suède, notamment celle de coordination de la file de soins. Les 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. Les paramédicaux infirmiers peuvent évaluer et filtrer la demande de soins ainsi qu'assurer un nombre

¹³⁹Source : <https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/teamarbete-och-kommunikation/oversikt/>

¹⁴⁰Source : <https://lakemedelskollen.ehalsomyndigheten.se/lmkoll-web/>

¹⁴¹ Source : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12919210/>

limité de prescriptions d'urgence. En effet, depuis la loi de 1994 sur la délégation des tâches un infirmier peut prescrire des médicaments à partir d'une liste limitée.¹⁴²

5.3.1 Quels sont les résultats de ces dispositifs sur la file d'attente des patients, la qualité des soins... ?

La Suède est connue pour avoir de longues files d'attente pour accéder à certains soins, comme ceux pour le traitement du cancer. Le fait que les régions soient responsables de l'organisation des soins de santé sur le territoire crée aussi de fortes inégalités territoriales de santé.

En décembre 2021, quatre patients sur dix attendaient une intervention chirurgicale depuis plus de 90 jours, selon le Conseil national de la santé et du bien-être (*Socialstyrelsen*). La pandémie de Covid-19 a eu un effet négatif sur le nombre de patients en attente de soins spécialisés, qui a augmenté de 25 % entre janvier et décembre 2021. En décembre 2021, on comptait environ 465 800 patients en attente d'une première visite et environ 163 600 en attente d'une opération. Parmi ceux qui étaient en liste d'attente pour une opération en décembre, 40 % avaient attendu plus de 90 jours. Dans la file d'attente pour une première visite chez un spécialiste, 28 % avaient attendu plus de 90 jours.

En août 2023, 84,1 % des personnes essayant de joindre les services de santé en Suède, ont eu un retour le jour même. 88,3 % de ces personnes ont eu un bilan médical dans les trois jours suivants l'appel. 60,8 % de ces personnes ont été redirigés vers le service compétent pour les accompagner dans les 90 jours. Enfin, 50 % de ces patients ont pu terminer le traitement en 90 jours ou moins en août 2023.¹⁴³ Ce qui laisse tout de même 50 % de ces patients sans traitements après plus de 90 jours.

On peut cependant souligner que pour les patients, ces problèmes liés aux listes d'attentes n'impactent pas la qualité perçue des soins dispensés. En effet, en Suède, une grande majorité des patients ont une impression positive sur les soins de santé. En effet, 82 % des patients étaient satisfaits à l'égard de la qualité des soins de santé en Suède en 2021.¹⁴⁴

5.4 Modes de rémunération des structures d'exercice collectif

5.4.1 Système de rémunération des structures de soins primaires et ses principales composantes

– **Du point de vue du patient :**

Le panier de soins pris en charge et les tarifs des soins et prestations de santé sont fixés par les régions, de même que le niveau de la participation du patient. Cependant, 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

¹⁴² Source : <https://www.expatsfocus.com/sweden/guide/sweden-prescriptions-and-medications>

¹⁴³ Source : <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/aktuelltvardgarantilage.46227.html>

¹⁴⁴ Source : <https://www.statista.com/statistics/953422/patient-satisfaction-with-the-quality-of-health-care-in-sweden-by-sector/>

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).

Les soins dentaires font l'objet d'une prise en charge distincte, avec une couverture par la collectivité limitée pour les adultes mais intégrale pour les enfants et les jeunes. Au-delà de 23 ans ou en cas de pathologies particulières, les soins dentaires peuvent faire l'objet d'aides publiques.

– **Du point de vue de l'établissement de santé :**

Le périmètre des activités autorisées dans chaque établissement a été revu et les opérations les plus lourdes sont réservées à un nombre restreint d'établissements agréés. Certaines activités de soins très spécialisés, comme les greffes, la prise en charge des grands brûlés ou encore la chirurgie cardiaque infantile, sont organisées au niveau national. Les soins dans les centres de santé en Suède sont financés par l'argent public. Il est à noter que le tarif de la visite diffère d'une région à l'autre, en fonction de l'âge et du type de visite.

5.4.2 Décrire la part de chacun des modes de rémunération, lorsque le système est mixte (%age paiement à la capitation, %age paiement à l'activité, %age de paiement à la performance...).

Toutes les régions de Suède appliquent une combinaison de rémunération fixe et variable dans le cadre des soins de santé primaires. En plus de cela, les modèles de rémunération comportent d'autres parties différentes. Les formes de compensation appliquées et leur taille mutuelle varient selon les régions. L'autonomie municipale a contribué à ce que les modèles de compensation se développent dans des directions partiellement différentes, mais avec certaines caractéristiques communes. Les pièces communes dans les modèles de remplacement sont les suivantes :

- rémunération fixe par capitation, ajustée en fonction du risque,
- rémunération variable liée aux visites ou aux mesures,
- une rémunération liée à un objectif basée sur des indicateurs qui doivent refléter la qualité et l'efficacité,
- taux de couverture des consommations de santé.

L'indemnisation a une logique différente et suit des principes différents selon que le patient est :

- inscrit dans un centre de santé ou inscrit dans un autre centre de santé de la région non répertorié,
- enregistré dans un autre comté (patient dit hors du comté)

Un rapport de SKR de 2021 décrit les principes de remboursement dans les soins primaires en fonction de leurs forces et faiblesses, et décrit également la situation financière des régions et des modèles de remboursement dans le cadre de la sélection des soins primaires¹⁴⁵.

¹⁴⁵Source

<https://skr.se/skr/demokratiledningstyrning/styrningledning/driftformer/valfrihetssystem/halsoochsjukvardvalfrihetssystem/ersattningsmodellerprimarvard.2061.html>

Graphique 8 : Tarif moyen payé par les patients en fonction des régions (en couronnes)

Région	Soins primaires de Médecins de famille ¹⁴⁶	Supplément Visite à domicile ¹⁴⁷	Tarif par téléphone	Médecins spécialistes	Urgence	Soins d'urgence de garde	Traitements de santé en urgence	Chiropracteur Naprapathes
Stockholm	250	0	0	250 250	400 - 120 (- de 18 ans)	250	250	250
Uppsala	200	110	0	260	500 250	200 250	260 200	260
Sörmland	200	0	0	400	400	400	200 400	200
Östergötland	200	0	0	200	200	200	200	250
Jönköping	250	0	100	250	250	250	250	100
Kronoberg	150	0	0	350	350	350	100/150	200
Kalmar	200	0	100	200	200	200	200	
Blekinge	150	0	0	300 150	400	150	100 150	200
Skåne	200	0	0	300	400 200	200	200	100
Halland	200	50	0	300	450	200	100	200
Västra Götaland	100-300	100	0	300	300	100 300	50 100	200
Värmland	200	0	100	200	200	200	200	170
Örebro	200	0	100	300	400	300	200	
Västmanland	170	0	0	340	340	170	170 340	
Dalarna	200	50	100	350	350/400	250	150	
Gävleborg	200	0	100	200	200	200	200	
Västernorrland	330	50	0	330	550	330	330	
Jämtland Härjedalen	300	0	150	300	400	400	300	
Västerbotten	200	0	0	200	200	200	200	
Norrbotten	300	0	0	300	400	400	300	
Gotland	200	0	200	300	400	200	200	

Source : SKR, Tarif moyen payé par les patients en fonction des régions

Les tarifs ne sont pas les mêmes selon les régions. Dans la plupart des régions du pays, aucune participation pour les consultations médicales n'est demandée aux jeunes de moins de 20 ans. Il existe des exceptions, notamment dans la région de Stockholm, dans laquelle l'assuré doit participer aux consultations médicales dès 18 ans. Les régions peuvent prévoir des participations moins élevées pour certaines catégories de patients (notamment à partir de 65 ans). Les personnes de 85 ans et plus n'ont généralement pas de frais à leur charge pour des soins en

¹⁴⁶ Hembesökstillägg

¹⁴⁷ Husläkare

ambulatoire.¹⁴⁸ Sur une période d'un an, la charge maximale du patient en situation de handicap est de 1 200 SEK (environ 100 €).¹⁴⁹

5.4.3 Le montant perçu pour une consultation est-il différencié selon : la durée de la consultation (consultation courte/ordinaire/approfondie), la typologie de la patientèle (nouveau patient, âge, pathologie (ALD, psy...) ou d'autres caractéristiques du patient (sexe, handicap...) ? communiquer les montants moyens versés, si possible par patient ou par médecin

Voir ci-dessus.

5.4.4 Détailler les montants ou joindre des exemples

Voir ci-dessus.

5.4.5 Décrire les différents statuts et les différentes modalités de rémunération pour les professionnels médicaux ou paramédicaux exerçant dans les structures de soins de premier recours

L'échelle de salaire brut pour les personnes travaillant en Suède dans le domaine de la santé et des services sociaux est généralement comprise entre **25 397 SEK** (2 200 €, salaire minimum) et **68 845 SEK** (6 000 €) salaire moyen le plus élevé. 10 % de ces professionnels touchent moins de 25 000 SEK par mois et 10 % touche plus de 69 000 SEK par mois.¹⁵⁰ Par exemple, le salaire d'un assistant de soins de santé et de services médicaux est compris entre **23 000 SEK** (1 900 €) et **43 000 SEK** (3700 €) brut par mois.¹⁵¹ Le salaire des infirmiers est compris entre **23 000 SEK** (1 900 €) et **54 000 SEK** (4 600 €) brut par mois.¹⁵² Un assistant médical de santé et de services sociaux touche entre **23 000 SEK** (1 900 €) et **32 000 SEK** (2 700 €) brut par mois.¹⁵³ Le salaire mensuel moyen d'un médecin résident en Suède est de **44 000 SEK** (3 800 €) brut, celui d'un spécialiste de **61 000 SEK** (5 300 €) brut et celui d'un médecin-chef de **90 000 SEK** (7 800 €) brut. Le revenu moyen total des médecins est de **70 000 SEK** (6 000 €) brut.¹⁵⁴

¹⁴⁸ Source : https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_suede-salaries.html

¹⁴⁹ Source : <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1130&intPageId=4809&langId=fr>

¹⁵⁰ Source : <https://www.paylab.com/se/salaires/sante-service-social?lang=fr>

¹⁵¹ Source : <https://www.paylab.com/se/salaires/sante-service-social/assistant-de-soins-de-sante?lang=fr>

¹⁵² Source : <https://www.paylab.com/se/salaires/sante-service-social/infirmiere?lang=fr>

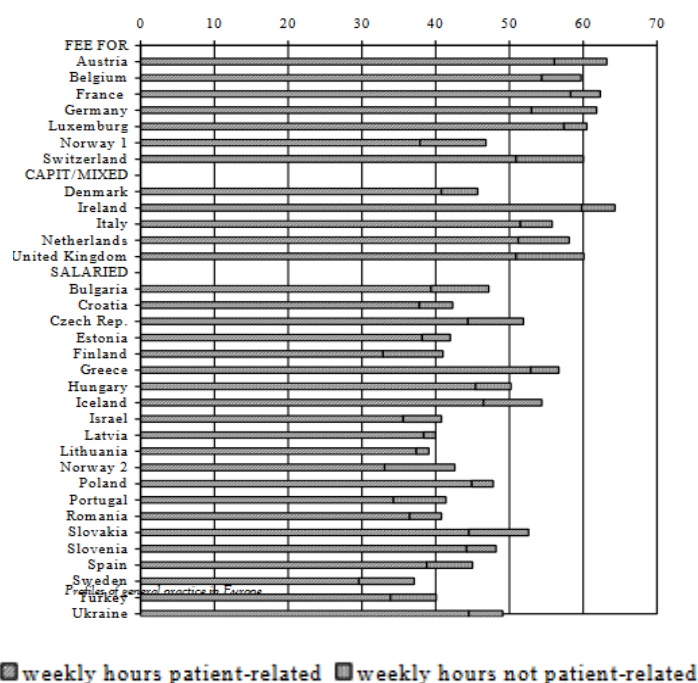
¹⁵³ Source : <https://www.paylab.com/se/salaires/sante-service-social/assistant-medical?lang=fr>

¹⁵⁴ Source : <https://www.paragona.com/healthcare-jobseekers/where-would-you-like-to-work/sweden/opportunities>

5.4.6 S'il existe, décrire le dispositif de paiement à la performance mis en place pour les structures d'exercice regroupés ou des praticiens

D'après une étude européenne, l'étude Nivel, réalisée en 2003¹⁵⁵, les médecins généralistes suédois avaient la pire accessibilité d'Europe. L'étude était basée sur une enquête auprès de médecins généralistes dans 16 pays différents, 200 dans chaque pays. L'enquête reflétait le contenu du travail, les heures de travail, le nombre de visites de patients, etc. Les résultats ont montré, entre autres choses, que : les médecins généralistes suédois avaient le moins de visites à la clinique, 16 par jour, contre plus de 50 visites par jour pour les médecins généralistes allemands. La possibilité de consulter un médecin généraliste le lendemain était la pire en Suède et en Norvège et la meilleure aux Pays-Bas, en Irlande et en Islande. En Suède, en Finlande, au Portugal et en Espagne, presque tous les médecins généralistes étaient employés par le secteur public. Dans les dix autres pays européens, la quasi-totalité des médecins généralistes étaient libéraux. La Suède et la Finlande avaient la semaine de travail la plus courte pour les médecins généralistes, soit environ 40 heures par semaine. Les généralistes irlandais travaillaient le plus longtemps, 64 heures par semaine (cf. graphique ci-dessous). Ces résultats témoignent un manque d'accessibilité qui constitue un problème au sein des soins primaires suédois.¹⁵⁶

Graphique 9 : Nombre d'heures de travail (totales et liées au patient et non liées au patient) par pays (2003), par mode de rémunération des MG¹⁵⁷



Source : Profiles of General Practice in Europe An international study of variation in the tasks of general practitioners, Wienke G.W. Boerma, Nivel/ Commission européenne BIOMED1, 2003

¹⁵⁵ Source : <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/profiles-of-general-practice-in-europe.pdf>

¹⁵⁶Source : <https://www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/digitalisering/svart-att-fa-tillrackligt-med-tid-over-till-fler-patienter/>

¹⁵⁷ Ajout de la mission

En 2021, le Conseil national de la santé et du bien-être, Socialstyrelsen, a proposé que les données des soins de santé primaires soient incluses dans un registre national élargi des patients afin de faciliter la collaboration et l'accessibilité de ces données aux médecins employés dans le secteur public tout comme les médecins libéraux¹⁵⁸. Les données à inclure sont les suivantes : le numéro de sécurité sociale, le sexe et l'année de naissance du patient, le lieu d'enregistrement à l'état civil, le lieu de naissance, la date et l'heure du contact avec les soins primaires, la forme du contact de soins primaires, l'établissement de santé de référence, l'unité de soins de santé exécutante, le diagnostic, la cause externe de la maladie ou de la blessure, les interventions réalisées et les médicaments prescrits.¹⁵⁹

La région de Stockholm, a annoncé ses objectifs pour les soins de santé primaire entre 2019 et 2025, dans un rapport de 2019¹⁶⁰, entre autres mettre à disposition des soins accessibles et de proximité pour une santé égale pour tous, améliorer la qualité médicale des soins dispensés, promouvoir une continuité des soins et une confiance élevée dans le système de santé; garantir une utilisation efficace des ressources, un suivi approprié et de bonnes conditions pour le système de soins de santé afin d'améliorer les résultats médicaux pour les résidents ; passer à une approche des soins plus préventive, plus promotrice de la santé et plus cohérente, avec le résident comme co-constructeur des soins ; et de développer, de retenir, d'attirer et de redéployer les compétences adéquates en fonction des besoins actuels et futurs.¹⁶¹

Ainsi, à l'échelle nationale, comme local, les acteurs sont conscients des problèmes liés à l'accessibilité des soins de santé et agissent pour y remédier.

Il n'existe pas de dispositif de système de paiement à la performance en Suède. Toutefois, le système de santé suédois évalue l'efficacité des prestations de santé. En effet, SKR publie régulièrement des rapports sur la qualité et l'efficacité des soins de santé (*Quality and Efficiency in the Swedish Healthcare System*) dans les 21 régions sanitaires suédoises. Ces rapports comparent ces régions à l'aide d'un ensemble d'indicateurs de performance nationaux.

Le premier rapport a été publié en 2006. L'un des objectifs des comparaisons est d'informer et de stimuler le débat public sur la qualité et l'efficacité des soins de santé. Un deuxième objectif est de stimuler et de soutenir les efforts locaux et régionaux visant à améliorer les services de soins de santé, tant en termes de qualité clinique et de résultats médicaux qu'en termes d'expérience des patients et d'utilisation efficace des ressources.

Les détracteurs du système suédois considèrent que la mise en place d'un système national avec capitalisation et une certaine composante de performance est nécessaire pour motiver les professionnels de santé¹⁶².

¹⁵⁸ Source : <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7223.pdf>

¹⁵⁹ Source : <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7223.pdf>

¹⁶⁰Source : <https://www.regionstockholm.se/globalassets/6.-om-landstinget/styrande-dokument/2-verksamhetsstod/halso-och-sjukvard/hsn-2019-0945.pdf>

¹⁶¹Source : <https://www.regionstockholm.se/globalassets/6.-om-landstinget/styrande-dokument/2-verksamhetsstod/halso-och-sjukvard/hsn-2019-0945.pdf>

¹⁶²Source : <https://www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/digitalisering/svart-att-fa-tillrackligt-med-tid-over-till-fler-patienter/>

5.5 Pratiques d'optimisation ou d'organisation des soins mises en place pour optimiser la gestion des rendez-vous

5.5.1 Décrire l'organisation et les opérateurs de la prise de rendez-vous

Différentes garanties de délais d'attente ont été mises en œuvre depuis 1992, avant une garantie établie par la loi applicable depuis le 1er juillet 2010 (vårdgarantin). La garantie de soins actuelle, présentée comme un renforcement des droits des patients, s'organise comme suit :

- 0 : le patient doit pouvoir obtenir un contact avec un soignant d'une structure de soins primaires dans la journée. Ce contact peut se faire par téléphone ou par tchat.
- 3 : en cas de besoin, le patient doit pouvoir bénéficier d'une consultation médicale dans les trois jours. Celle-ci est assurée par un professionnel de santé qui peut être un médecin mais aussi une infirmière ou un psychologue. Cette garantie s'applique pour les problèmes nouveaux ou sévères. Ce délai était fixé à 7 jours jusqu'en 2019, pour une consultation alors auprès d'un médecin.
- 90 : il s'agit, en nombre de jours, du délai fixé dans lequel le patient doit pouvoir obtenir, si nécessaire, une consultation de spécialiste.
- 90 : c'est enfin le délai dans lequel le patient doit pouvoir bénéficier des traitements particuliers ou opérations appropriées, à partir du moment où le traitement a été défini.

Les comparaisons internationales présentées par l'inspection IVO soulignent, sur la période 2010-2019, une dégradation de la situation en Suède, avec une augmentation de 13 à 27 % des patients ayant attendu plus de 90 jours.

Un certain nombre de rendez-vous médicaux peuvent être pris en se connectant sur 1177 Vårdguiden, un site d'information publique contenant à la fois de l'information médicale et le journal du patient. Il est nécessaire d'avoir une recommandation (remiss) du centre de santé de soins primaires pour une bonne quantité de pathologies afin d'être adressé à un spécialiste.

Certaines spécialités, comme la gynécologie, sont en revanche accessibles directement par les patients, qui peuvent contacter directement les services concernés.

La prise de rendez-vous se fait généralement par téléphone, il est fortement recommandé d'appeler dès l'ouverture du service à 8h pour être sûr d'être rappelé dans la journée.

5.5.2 Décrire les modalités d'indemnisation de la structure collective ou du professionnel de santé qui s'appliquent 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 »)

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.

5.5.3 Décrire les pratiques mises en place pour optimiser les ressources médicales, s'agissant des visites à domicile (téléexpertise)

Le terme télémédecine est utilisé pour désigner l'ensemble des situations où un médecin ou un psychologue est en contact avec un patient par liaison vidéo, e-mail, web ou téléphone, plutôt que lors d'une réunion physique directe dans un hôpital, dans un centre de santé ou à domicile. Il peut également faire référence à un contact avec une infirmière. L'un des principaux intérêts de la télémédecine est de permettre d'optimiser des ressources médicales et de santé.

Lors d'un rendez-vous direct avec le patient, le médecin a la possibilité de faire un examen physique, ce qui fournit les conditions pour poser le bon diagnostic. En revanche, lors d'une réunion en télémédecine, les possibilités d'évaluation clinique des patients peuvent être limitées.

Par exemple, dans le cadre d'un diagnostic d'infection de l'oreille, il est nécessaire pour le soignant d'inspecter visuellement l'oreille ou la gorge ; ou encore, les douleurs à l'estomac nécessitent que le médecin soit capable d'utiliser la pression de la main pour isoler le problème.

Néanmoins, dans le cadre de la télémédecine, des outils numériques se sont développées pour permettre de mesurer la tension artérielle, la glycémie, la fièvre, ainsi qu'une inspection visuelle à distance des oreilles et du nez qui peut faciliter et optimiser les ressources médicales. Par ailleurs, les appels vidéo ou les services entièrement automatisés de télémédecine peuvent faciliter l'accès aux prestations de santé pour certaines personnes, notamment les personnes qui ont des problèmes de mobilité, ou des engagements familiaux à la maison. Alors qu'en juin 2016, il y avait aucune consultation en télémédecine, en mai 2018, il y en avait plus de 35 000.¹⁶³ La télémédecine a été progressivement introduite dans les soins primaires suédois au cours des deux dernières décennies.¹⁶⁴ La télémédecine a le potentiel d'atténuer le manque d'accessibilité aux soins primaires à travers les appels vidéo, la réduction du risque d'infection lors des visites physiques, l'augmentation de la flexibilité du temps de travail des médecins, les files d'attente moins longues, et la réduction des coûts hospitaliers. À titre d'exemple, *Min Doktor* (mon médecin), une application mobile de télémédecine, fait remplir aux patients un questionnaire pour identifier l'état clinique et psychique des individus, et procéder à une bonne organisation des soins entre ceux qui doivent être réadressés aux urgences ou aux centres de santé et ceux dont les maux relèvent de la bobologie, ou de la psychiatrie¹⁶⁵. Une étude sur l'efficacité des consultations de télémédecine dans les soins de santé primaires suédois montre que les patients ont principalement décrit les consultations de télémédecine comme une expérience positive et ont perçu que le service répondait à leurs besoins actuels en matière de soins de santé. Les patients ont également apprécié la grande accessibilité, le gain de temps et la contribution à la durabilité écologique¹⁶⁶.

¹⁶³Source : https://eso.expertgrupp.se/wp-content/uploads/2019/08/Digitalization-and-health-care-2018_6-English-version.pdf

¹⁶⁴ Source : <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-09133-z>

¹⁶⁵ Source : <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/183467/1/wp1238.pdf>

¹⁶⁶ Source : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8293950/>

5.5.4 Décrire les pratiques en matière de téléconsultation

Depuis la création des prestataires de soins numériques nationaux en 2016, le nombre de téléconsultations a considérablement augmenté. Au niveau national, les téléconsultations sont passées d'environ 20 000 visites en 2016 à un peu plus de 600 000 en 2018, puis à 2,3 millions en 2020. En 2019, les téléconsultations représentaient 8 % des visites médicales, contre 2 % en 2017.

Dans 19 régions (sur 21 au total), le nombre de centres de santé proposant des téléconsultations est passé de 37 % en 2020 à 82 % en 2021.

En 2022, les conseils généraux et les régions de Suède ont dû payer 40 millions SEK (3,4 M€) pour les visites dans les centres de santé numériques. Cette année, la somme pourrait être le double. Les partisans voient dans ces chiffres la preuve d'une meilleure accessibilité aux soins tandis que les critiques soulignent un gaspillage de l'argent des contribuables, les acteurs de la téléconsultation étant souvent accusés d'être des intermédiaires inutiles qui redirigent systématiquement les patients vers des centres de santé physiques en prenant une commission au passage¹⁶⁷.

¹⁶⁷Source : <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2017/02/kostnaden-for-digitala-vardecentraler-kan-fordubblas/>

6 Etats Unis

6.1 Organisation des soins primaires de santé

Le Committee on Implementing High-Quality Primary Care du National Academies of Sciences, Engineering and Medicine se base sur la définition du rapport Primary Care : America's Health in a New Era de l'IOM pour définir les soins primaires aux États-Unis comme « la mise à disposition de **soins de santé intégrés accessibles et équitables** par des **équipes pluriprofessionnelles** chargées de répondre à la majorité des besoins d'un patient en matière de santé et de bien-être par le biais d'un **partenariat durable** avec les **patients**, les **familles** et les **communautés** ». En effet, cette idée de partenariat solide entre le personnel médical et le patient est centrale à la conception de soins primaires aux États-Unis.¹⁶⁸

- **Les community health centers (CHC)**

Les centres de santé communautaires (CHC ou *community health centers*) sont des établissements de santé de soins primaires situés dans des zones considérées comme **sous-médicalisées** sur le plan médical. Les CHC sont des structures à but non lucratif et ouvertes à tous (inclus les patients sans assurance).

Le coût des soins est calculé à partir d'une **grille de tarification** progressive pour chaque patient, en fonction du revenu et de la taille de la famille à charge. Ces structures s'inscrivent dans une stratégie de prévention afin de limiter les hospitalisations et disposent de **partenariats** avec d'autres structures médicales (i.e. médecins spécialistes et hôpitaux).

La majorité des CHC sont des **structures privées**, 10 à 12 % sont publiques pour la plupart rattachées à un hôpital public ou une collectivité locale. Ils offrent un ensemble intégré de services dans le but de fournir des soins à des communautés conditionnées par certains déterminants sociaux :

- **Services médicaux** (soins dentaires, médecine généraliste, pharmacie, psychologues...)
- **Services non médicaux** dans le but de faciliter l'accès aux soins (aide aux transports, interprètes, éducation sanitaire)¹⁶⁹

Cependant, bien qu'il existe des exemples d'intégration de professionnels de la santé bucco-dentaires, ces derniers sont rarement inclus dans les équipes pluriprofessionnelles de soins de santé primaires aux États-Unis.¹⁷⁰

En 2022, 31.5 millions d'Américains bénéficient de services des CHC. En effet, un Américain sur 11 est patient d'un CHC. De plus 20 % d'entre eux ne sont pas assurés, 90 % sont des personnes à faible revenu, 65 % sont des personnes de **communautés minoritaires** (raciales et ethniques) et 42 % vivent au sein d'une **communauté rurale**. Les **enfants** et les **personnes âgées** représentent

¹⁶⁸ Source : National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2021. Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care. Washington, DC : The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25983>.

¹⁶⁹ Source : Réponse des Etats-Unis au questionnaire sur les Centres de santé communautaires, 2019

¹⁷⁰ Source : National Academies Press. Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care (2021). Primary Care in the United States: 72-75.

également une part importante des patients de ces CHC (8.6 millions et 3.3 millions respectivement)¹⁷¹.

On compte deux types de CHC :

- Les CHC reconnus par l'Etat (**Federally Qualified Health Centers – FQHC**). Ces CSC reçoivent des subventions du Health Center Program, un programme fédéral autorisé par l'article 330 du *Public Health Service Act*.
- Les CHC non-reconnus par l'État car ils n'ont pas soumis de candidature et ne recevant donc pas de subventions du programme – cela concerne seulement une centaine de CHC.

En 2022, les CHC ont également employé plus de 300 000 personnes, dont 270 000 employés à plein temps. Les CHC produisent plus de 85 milliards de dollars de chiffre d'affaires¹⁷².

Les professionnels de santé exerçant dans ces structures peuvent en trois catégories :

- Les **soignants** : médecins, aides-soignants, infirmiers, etc.
- Les **travailleurs sociaux** : assistants sociaux, médiateurs sanitaires, etc.
- Le **personnel administratif** : interprètes, personnel d'accueil, etc.

Le programme Primary care medical homes (PCMH) : le modèle de **PCMH** vise à favoriser la diffusion de soins primaires de qualité et rentables. Les structures qui obtiennent cette certification de l'Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ) sont centrées sur les patients et la coopération professionnelle. Le modèle PCMH a été associé à une gestion efficace des maladies chroniques, une **satisfaction** accrue des patients et des professionnels de santé, des **économies**, une meilleure qualité de soins et une meilleure **prévention**.¹⁷³ Des CHC peuvent devenir des PCMH.

▪ **Régulation de l'installation**

Deux facteurs influencent la régulation de l'installation sur le territoire :

Sur le plan quantitatif, le nombre de residencies financées dans le cadre de Medicare est déterminé par le Congrès. Or sous la pression corporatiste (American medical association), ce nombre n'a pas évolué en fonction des besoins au cours des dernières décennies. La répartition territoriale souffre de l'inégale répartition des programmes de formation qui sont bien plus nombreux dans les zones urbaines et dans certaines régions (nord-est et sud notamment) du fait de la difficulté à remplir les conditions d'accréditation. Les programmes développés par le HHS pour favoriser la formation dans des zones défavorisées (Teaching Health Center GME program du HRSA) ont permis une croissance du nombre de formation dans ces zones entre 2014 et 2020

¹⁷¹ Source : NACHC, "America's Health Centers: 2022 Snapshot," NACHC, August 1, 2022, <https://www.nachc.org/resource/americas-health-centers-2022-snapshot/>.

¹⁷² Source : "What Is a Community Health Center?," NACHC, accessed October 13, 2023, <https://www.nachc.org/community-health-centers/what-is-a-health-center/#:~:text=Health%20centers%20produce%20over%20%2485>.

¹⁷³ Source : CDC, "Patient-Centered Medical Home (PCMH) Model | Cdc.gov," Centers for Disease Control and Prevention, September 5, 2023, [https://www.cdc.gov/dhdsp/policy_resources/pcmh.htm#:~:text=Home%20\(PCMH\)%20Model-](https://www.cdc.gov/dhdsp/policy_resources/pcmh.htm#:~:text=Home%20(PCMH)%20Model-).

En cabinet individuel ou collectif, le Primary Care Physician est consulté chaque année pour une visite préventive. On remarque trois types de médecins généralistes :

- les *family medicine physicians* (patients tout âge confondu),
- les *internal medicine physicians* (patients adultes),
- les pédiatres¹⁷⁷.

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.¹⁷⁸

En 2020, les *Centers for Disease and Control* indiquent que **83.4 %** des adultes Américains s'étaient rendus chez le médecin ou un professionnel de la santé au cours de l'année, 51.2 % de ces visites étaient au près d'un médecin généraliste.¹⁷⁹

6.2 Pratiques en matière de coordination des soins

L'optimisation du temps médical et la répartition des tâches au sein des équipes pluriprofessionnelles varient selon les différents centres de soins primaires, les populations bénéficiaires et les États. Il n'existe pour l'instant pas d'approche standardisée.

Le *Committee on Implementing High-Quality Primary Care* du *National Academies of Sciences, Engineering and Medicine* a développé en 2021 une *Comprehensive Theory of Integration* afin de guider son étude des principes d'intégration des centres de santé de soins primaires aux États-Unis. Cette intégration comprend cinq aspects distincts et nécessaire pour **le bon fonctionnement d'une structure pluriprofessionnelle** : l'intégration structurelle (liens physiques, opérationnels), intégration fonctionnelle (politiques et protocoles), l'intégration normative (culture commune), intégration interpersonnelle (collaboration et travail d'équipe) et intégration des processus (activités visant à intégrer les services de soins).¹⁸⁰

¹⁷⁷ Source : IsaGKAS, "Choisir Son Médecin de Famille Aux Etats-Unis," AmerikSanté, February 22, 2016, <https://ameriksante.com/choisir-son-medecin-de-famille-aux-etats-unis/>.

¹⁷⁸ Source : Frédéric Michas, "U.S. Physicians Number of Patients per Day," Statista, July 27, 2022, <https://www.statista.com/statistics/613959/us-physicians-patients-seen-per-day/>.

¹⁷⁹Source : "FastStats - Physician Office Visits," Center for Disease Control and Prevention, 2019, <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/physician-visits.htm>.

¹⁸⁰ Source : Singer, S. J., M. Kerrissey, M. Friedberg, and R. Phillips. 2020. A comprehensive theory of integration. *Medical Care Research and Review* 77(2):196–207.

Graphique 10 : Structure pluriprofessionnelle « type »



La structure typique d'une équipe pluriprofessionnelle de soins primaires aux États-Unis est la suivante : une équipe centrale - **core team** (médecins, infirmières praticiennes et assistants médicaux), une **extended care team** (community health worker, pharmaciens, dentistes, assistants sociaux, spécialistes de la santé comportementale, nutritionnistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes,...) et une **extended community care team** (éducateurs, aides à domicile, services d'aide aux personnes handicapées, ...). Pour les patients aux besoins complexes, l'équipe centrale est souvent élargie et collabore avec des spécialistes médicaux tels que des psychiatres, cardiologues ou des endocrinologues.¹⁸¹

Une étude réalisée en 2013 et reprise en 2021 par la *National Academies of Sciences, Engineering and Medicine* a examiné la répartition des fonctions au sein de l'équipe à partir de 23 cabinets de soins primaires très performants. L'étude a mis en évidence plusieurs caractéristiques importantes. En effet on observe une **répartition des tâches administratives** (documentation, saisie des ordonnance médicales, gestion des prescriptions) et **l'optimisation du fonctionnement d'équipe et du temps médical** à travers la coordination et les **réunions d'équipes**.¹⁸²

Au sein de **l'équipe centrale / de base (core team)**, le rôle des **infirmières praticiennes** et des **assistants médicaux** varie en fonction de la législation des différents États. Dans 23 États et dans le District of Columbia, les infirmières peuvent exercer sans être supervisées par un médecin tandis que d'autres États nécessitent cette supervision ou limitent leurs champs d'activités. Cette différence ne permet pas d'approche unifiée et crée une certaine confusion pour les patients.

¹⁸¹ Source : National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2021. Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25983>.

¹⁸² Ibid.

Cependant, pendant le Covid-19, de nombreux États avaient adopté des lois dans le but **d'élargir le champ de pratique des infirmières et des assistants médicaux** en modifiant les exigences en matière de supervision afin de faire face à l'afflux de patients. Les infirmiers diplômés sont en général chargés de la planification des soins avec les familles, la coordination de ces soins. Les infirmiers peuvent **défendre les intérêts des patients et les orienter vers les services adaptés**.¹⁸³ Des études ont montré que le rôle des infirmiers dans la coordination des soins primaires améliorerait la satisfaction des patients.^{184 185}

De leur côté, les assistants **médicaux et les chefs de bureaux** (*office managers*) constituent l'une des catégories qui connaît la plus forte croissance.

Les assistants médicaux sont généralement affectés à un clinicien partenaire et constituent souvent **le premier point de contact** avec les demandeurs de soins et leurs familles, car ils sont familiers avec les antécédents personnels et médicaux des patients. Ils préparent les patients aux visites et s'assurent que leur médecin dispose des informations nécessaires pour une consultation. Cependant, l'utilisation accrue des assistants médicaux dans les centres de santé pluriprofessionnels s'accompagne de d'inconvénients : le taux de rotation peut dépasser 50 % par en raison de l'épuisement, de la faible satisfaction de de la rémunération sans possibilité d'évolution.

Le chef de bureau représente également un **premier point de contact pour le patient** et sa famille. Il est responsable des transactions, remboursements, commande de fourniture, le tenue des dossiers et document d'appui et d'un soutien administratif plus général.

Ces professionnels jouent un rôle essentiel en tant que principal point de contact pour les soins primaires et constituent le point central de la relation entre l'individu et l'équipe de soin.¹⁸⁶

Les PMCH se caractérisent pour leur part par la présence d'un coordinateur de soins (i.e. une infirmière diplômée, un assistant médical ou un coordinateur de soins) dont la fonction principale est **d'accompagner le patient tout au long de son parcours, en simplifiant l'accès aux soins**.

L'**équipe de soins de santé élargie** (*extended health care team*) permet de renforcer les compétences de l'équipe principale (*core team*) et de **répondre aux besoins et à la complexité des patients et de la communauté locale**. Selon les besoins, cette équipe peut être formée d'agents de santé communautaires (*community health workers – CHWs*), de pharmaciens, dentistes, travailleurs sociaux, spécialistes de la santé comportementale, nutritionnistes et autres. En fonction des besoins des patients et de la disponibilité des membres de l'équipe, ses membres **peuvent être pleinement intégrés à l'équipe principale**.

Les **CHWs** représentent une main d'œuvre émergente dans le domaine des soins primaires, ces agents partageant un contexte socioculturel et des expériences communes avec les patients, souvent originaires de milieux défavorisés. Cela leur permet d'établir rapidement une **relation de**

¹⁸³ Ibid.

¹⁸⁴ Source : Borgès Da Silva, R., I. Brault, R. Pineault, M. C. Chouinard, A. Prud'homme, and D. D'Amour. 2018. Nursing practice in primary care and patients' experience of care. *Journal of Primary Care and Community Health* 9:1–7.

¹⁸⁵ Ibid.

¹⁸⁶ Source : National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2021. *Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25983>.

confiance avec les patients et d’offrir des conseils pratiques. Leur formation est bien plus courte que celle d’un professionnel de santé ou du secteur social. Mais leur apport pour s’adresser efficacement aux communautés est déterminant.

Par ailleurs, l’expertise du **pharmacien** est essentielle pour guider l’équipe et les patients. Ils peuvent parfois collaborer au sein d’un cabinet de soins primaires pour dispenser des soins préventifs. Le principal obstacle à l’intégration du rôle de pharmacien dans les soins primaires est financier, en effet, le paiement des services pharmaceutiques n’est pas systématiquement couvert par Medicare et Medicaid et les systèmes de remboursement varient grandement d’un État à l’autre.

Enfin, les travailleurs sociaux peuvent être chargés de dépister et évaluer les patients, mais leur rôle principal reste comprendre les patients dans leurs contextes sociaux et les aider à naviguer dans le système de soins de santé. Bien que leur rôle soit de plus en plus important, la formation spéciale des travailleurs sociaux n’est pas encore pleinement intégrée au sein de la coordination des centres de santé pluriprofessionnels.¹⁸⁷

Enfin, l’**équipe élargie des soins communautaires** (*extended community care team*) est un élément important des centres de santé pluriprofessionnels aux États-Unis. Cette équipe comprend des éducateurs de la petite enfance, des aides à domicile, et autres services sociaux.

La taille et le niveau de coordination (cas par cas, institutionnalisée ou poussée) **des centres de santé pluriprofessionnels dépend de la complexité et la gravité de la situation du patient, ainsi que de la disponibilité et accessibilité des professionnels de santé.**¹⁸⁸ (Une étude théorique réalisée en 2018 sur la base de données de 73 cabinets détermine qu’afin de fournir des soins primaires de qualité pour 10 000 adultes, un cabinet avait besoin d’environ 37 professionnels dont 6 médecins, 2 infirmiers ou assistants médicaux, un pharmacien, un coordinateur de soins et des employées de bureau).¹⁸⁹

Cependant, cette coordination et coopération entre médecins et paramédicaux n’est souvent **pas optimisée** et le champ d’action des auxiliaires paramédicales n’est **pas exploité dans sa totalité**.

Le **financement pour la formation** des équipes pluriprofessionnelles de soins primaires reste insuffisant puisqu’elle ne permet pas de répondre aux besoins croissants de soins primaires de qualité. Dans le cadre des centres de santé communautaire, une diversité plus importante au sein de l’équipe pluriprofessionnelle permettrait également de mieux répondre et comprendre les besoins des communautés locales.¹⁹⁰

Le modèle *Making Care Primary* (MCP) des *Centers for Medicaid and Medicare Services* (CMS) – *développé plus loin dans cette note* – a pour but de **renforcer la coordination** entre les médecins, les spécialistes et les paramédicaux afin de réduire le nombre de visites aux urgences et d’améliorer les résultats en matière de santé. Le modèle fournit des ressources et données aux

¹⁸⁷ Ibid.

¹⁸⁸ Ibid.

¹⁸⁹ Source : Petterson, S., R. McNellis, K. Klink, D. Meyers, and A. Bazemore. 2018. *The state of primary care in the United States: A chartbook of facts and statistics*. Washington, DC: Robert Graham Center.

¹⁹⁰ Source : National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2021. *Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25983>.

cliniciens de soins primaires afin de les aider à coordonner les soins primaires avec les paramédicaux.¹⁹¹

L'ensemble de ces dispositifs de coopérations entre professionnels ont cependant des résultats concrets sur les patients et le système de soins primaires aux États-Unis.

La *Patient-Aligned Care Team* (PACT) du U.S. Department of Veterans Affairs' (VA) est par exemple un modèle pluriprofessionnel de soins primaires qui a fait ses preuves. Le personnel est organisé en « teamlets », chacun fournit des soins à un groupe d'environ 1200 patients. Un **teamlet** est composé d'un médecin, un assistant médical ou infirmière praticienne, une infirmière diplômée, une infirmière auxiliaire et un employé administratif.

Les PACTs sont associées à une **diminution du taux d'hospitalisation, des visites de soins spécialisés, de visites en services d'urgence et à une augmentation de visites en soins de santé mentale**. On observe également une diminution de l'épuisement professionnel, une meilleure satisfaction des patients, un accès aux soins plus fluide, et une amélioration des résultats cliniques pour les patients souffrant de diabète, de maladies cardiaques et d'hypertension. L'évaluation de cette structure a également montré que le passage d'un modèle de soins centré sur le médecin généraliste à un modèle de soins basées sur la coordination et coopération d'équipe se traduit par une **amélioration de la satisfaction professionnelle** et une plus grande satisfaction des équipes. On comprend donc que le modèle de centre de santé pluriprofessionnel peuvent améliorer la qualité des soins, diminuer l'épuisement des médecins, améliorer l'expérience des patients si les équipes répartissent efficacement le travail et les responsabilités en matière de soins primaires.¹⁹²

¹⁹¹ Source : Liz Fowler, JD, PhD, Purva Rawal, PhD, Sarah Fogler, PhD; Brian Waldersen, MD, MPH; Meghan O'Connell, MPH; Jacob Quinton, MD, MSHS, "The CMS Innovation Center's Strategy to Support Person-Centered, Value-Based Specialty Care | CMS," [www.cms.gov](https://www.cms.gov/blog/cms-innovation-centers-strategy-support-person-centered-value-based-specialty-care), November 7, 2022, <https://www.cms.gov/blog/cms-innovation-centers-strategy-support-person-centered-value-based-specialty-care>.

¹⁹² Source : Petterson, S., R. McNellis, K. Klink, D. Meyers, and A. Bazemore. 2018. The state of primary care in the United States: A chartbook of facts and statistics. Washington, DC: Robert Graham Center.

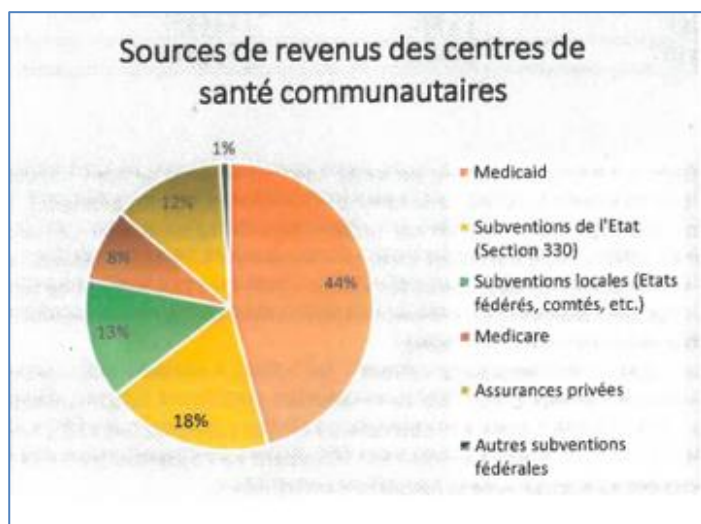
¹⁹² National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2021. Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25983>.

6.3 Modes de rémunération des structures d'exercice collectif

▪ Dotation globale – financement des centres de santé : Medicaid et Section 330 funding

Aux États-Unis, le système de financement des centres de santé communautaire est hybride.

Graphique 11 : Sources de revenus des centres de santé communautaires



L'assurance publique **Medicaid** est la plus grande source de financement des centres de santé avec 44 % des recettes totales.

Le financement par le budget fédéral au titre de la **Section 330** représente également 18 % des revenus totaux des centres de santé.¹⁹³

Le reste des financements provient des assurances privées, subventions locales et autres subventions fédérales. 2019

Des subventions fédérales sont octroyées par la *Health Resources and Services Administration (HRSA)* aux centres de santé communautaires dans le cadre de la **Section 330** de la loi sur la santé publique (*Public Health Service Act*). Plus communément appelé « 330 Grant », les subventions sont divisées en deux : un crédit annuel et le *Community Health Center Fund (CHCF)*. Dans le but de compléter les crédits annuels, le montant total des subventions accordées aux centres de santé dans le cadre de la Section 330 s'élève à 5,6 milliards de dollars en 2019, représentant 72 % du financement total de la Section 330.

Dans le cadre du **Prospective Payment System (PPS)**, **Medicaid** rembourse les centres de santé, liant les paiements aux coûts des prestations de soins. Chaque centre de santé reçoit un paiement par visite basé sur le coût des services couverts par Medicaid. Ce taux est actualisé chaque année afin de tenir compte de l'inflation médicale et des nouveaux services couverts par Medicaid.

En vertu du PPS, les agences Medicaid des États et leurs centres de santé peuvent développer **des méthodes de paiement et de financement alternatives** (*Alternative Payment Methods - APM*) afin de tester de nouvelles approches innovantes. Ces méthodes comprennent des paiement forfaitaires (ex : paiement annuel ou par mois par patient) ou capitation. Certains Etats et centres de santé ont commencé à tester des modèles de paiement alternatifs afin de mieux lier le paiement à la performance plutôt qu'au volume de service.¹⁹⁴

¹⁹³ Source : Sara Rosenbaum et al., "Community Health Center Financing: The Role of Medicaid and Section 330 Grant Funding Explained," March 2019, <https://files.kff.org/attachment/Issue-Brief-Community-Health-Center-Financing-The-Role-of-Medicaid-and-Section-330-Grant-Funding-Explained>.

¹⁹⁴Source : Sara Rosenbaum et al., "Community Health Center Financing: The Role of Medicaid and Section 330 Grant Funding Explained," March 2019, <https://files.kff.org/attachment/Issue-Brief-Community-Health-Center-Financing-The-Role-of-Medicaid-and-Section-330-Grant-Funding-Explained>.

▪ **Modes de rémunération complémentaires et alternatifs à la tarification à l'acte**

Le modèle de **FFS** (paiement à l'acte) domine le système de paiement des soins de santé primaire. Le Modèle FFS incite les médecins et les paramédicaux à un plus grand nombre de services, parfois au détriment de la **qualité** du service et de la **performance**.

Les médecins travaillant dans des **Accountable Care Organizations** (ACO, groupes de cliniciens et autres prestataires de soins qui se réunissent volontairement afin de fournir des soins de qualité) ou des maisons médicales centrées sur le patient sont plus susceptibles de participer à un système de VBP. Cette corrélation indique que les médecins engagés à améliorer la qualité des soins sont également plus disposés à s'engager dans de nouvelles formes de paiement.¹⁹⁵ La **coordination** entre le personnel médical dans les ACO permet de s'assurer que le temps médical est optimisé et d'éviter la duplication inutiles de services. Le *Shared Savings program*, l'*ACO Realizing Equity Access and Community Health* (ACO REACH) et *Primary First* sont également des programmes administrés par les CMS dans le but de soutenir une transition vers les VBP et l'**abandon progressif des paiements à l'acte**.¹⁹⁶

En vertu du PPS, les agences Medicaid des États et leurs centres de santé peuvent développer des méthodes de paiement et de financement alternatives afin de tester de nouvelles approches innovantes. Ces méthodes comprennent des paiement forfaitaires (ex : paiement annuel ou par mois par patient) ou capitation. Certains États et centres de santé ont commencé à tester des modèles de paiement alternatifs afin de mieux lier le paiement à la performance plutôt qu'au volume d'activité.¹⁹⁷

En octobre 2021, le **Center for Medicare and Medicaid Innovation** (CMMI) a annoncé son objectif de faire en sorte que la majorité des bénéficiaires de Medicare et Medicaid soient couverts par un modèle de paiement alternatif (APM) d'ici 2030.¹⁹⁸

Le **Making Care Primary Model** (MCP) a été annoncé le 8 juin 2023 par les CMS. Ce modèle sera testé dans huit Etats (Colorado, Caroline du Nord, New Jersey, Nouveau Mexique, New York, Minnesota, Massachusetts et Washington) à partir du 1^{er} juillet 2024 et durera 10,5 ans. Le MCP a pour but d'améliorer la gestion et la **coordination** des soins, de doter les cliniciens d'outils pour permettre la **coopération** avec des spécialistes de soins primaires. Les CMS travailleront avec les agences **Medicaid** de ces huit Etats dans le but de s'engager dans une **transformation** complète des soins à travers leur **système de paiement**., réduisant la **dépendance** des centres de santé au

¹⁹⁵ Ibid.

¹⁹⁶ Source : Purva Rawal, Jacob Quinton, Dora Hughes, and Liz Fowler, "The CMS Innovation Center's Strategy to Support High-Quality Primary Care | CMS," www.cms.gov, June 9, 2023, <https://www.cms.gov/blog/cms-innovation-centers-strategy-support-high-quality-primary-care>.

¹⁹⁷ Source : Sara Rosenbaum et al., "Community Health Center Financing: The Role of Medicaid and Section 330 Grant Funding Explained," March 2019, <https://files.kff.org/attachment/Issue-Brief-Community-Health-Center-Financing-The-Role-of-Medicaid-and-Section-330-Grant-Funding-Explained>.

¹⁹⁸ Source : "The Perils and Payoffs of Alternative Payment Models for Community Health Centers," www.commonwealthfund.org, January 19, 2022, <https://www.commonwealthfund.org/publications/2022/jan/perils-and-payoffs-alternate-payment-models-community-health-centers>.

paiement à l'acte.¹⁹⁹ Le modèle propose une **approche progressive** en trois étapes, comprenant plusieurs innovations en matière de paiement pour les soins primaires :

- **Étape 1** : le paiement restera **FFS** et les CMS fourniront un **financement supplémentaire** pour aider les participants (enhanced services payment). Les participants peuvent également recevoir des compensations financières basées sur la **performance** (performance incentive payment).
 - **Étape 2** : les participants passent à des options de paiement hybride : **paiement à l'acte** et **paiement prospectif** – toujours avec financement des CMS et possibilité de recevoir un paiement additionnel basé sur la performance.
 - **Étape 3** : les participants reçoivent des paiements **exclusivement prospectifs** - toujours avec financement des CMS et possibilité de recevoir un paiement additionnel basé sur la performance. Cette étape comprend également une nouvelle approche de cogestion ambulatoire pour des pathologies nécessitant une coordination avec des médecins spécialistes.²⁰⁰
- **Exemples – innovations et alternatives VBP – financements innovants – paiement à la performance**

Le **Maryland Total Cost of Care Model** (MD TCOC) s'inscrit dans le cadre de l'accord entre l'État du Maryland et les CMS selon lequel l'État est entièrement responsable du coût et de la qualité des soins pour les patients bénéficiaires de Medicare. Le modèle favorise une meilleure coopération entre les personnels médicaux et des soins centrés sur le patient. Les objectifs du modèle incluent un total de plus d'un milliard de dollars d'économies sur le coût total des soins Medicare en 2023 (troisième année du modèle). Le modèle vise à favoriser la santé globale de la population du Maryland, réduire les réadmissions à l'hôpital et à améliorer l'expérience des patients dans les centres de soins de santé primaire. Le modèle inclut trois programmes :

1. **Hospital Payment Program** : chaque hôpital reçoit un montant basé sur la population (population-based payment) afin de couvrir tous les services fournis au cours de l'année. Cette alternative de paiement a pour but d'inciter les hôpitaux à fournir des soins basés sur la qualité et à réduire le nombre d'hospitalisation non-nécessaires.
2. **Care Redesign Program (CRP)** : les hôpitaux versent des paiements incitatifs aux professionnels de santé non hospitaliers qui collaborent avec l'hôpital dans le but d'améliorer la qualité des soins. Un hôpital ne peut participer que s'il a réalisé des économies dans le cadre de son budget fixe, le montant de ce paiement incitatif ne peut pas excéder celui de ses économies. Afin de participer, les hôpitaux doivent conclure un accord de participation CRP avec les CMS et l'État.

¹⁹⁹ Source : "Making Care Primary (MCP) Model | CMS," [www.cms.gov](https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/making-care-primary), n.d., <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/making-care-primary>.

²⁰⁰ Source : "Making Care Primary (MCP) Model Overview Factsheet Who's Eligible?," accessed October 13, 2023, <https://www.cms.gov/priorities/innovation/media/document/mcp-ovw-fact-sheet>.

3. Maryland Primary Care Program (MPCP) : les cabinets et FQHC participants reçoivent un paiement supplémentaire par bénéficiaire par mois de la part des CMS – ce programme rejoint le MPC.²⁰¹

La **Yakima Valley Farm Workers Clinic** s'étend sur 42 cliniques et 200 000 patients dans les États de l'Oregon et Washington. Elle est reconnue en tant qu'**Accountable Care Organization (ACO)**. Au total, environ 130 000 des patients de Yakima sont couverts par une forme d'APM. Afin de répondre aux patients atteints de maladies chroniques, des pharmaciens, cliniciens, médecins, éducateurs et infirmiers coopère au sein de Yakima. Les deux États ont introduit des modèles de paiements alternatifs (APM), l'Oregon est le premier État à introduire un APM. Le modèles des deux États sont similaires, les centres de santé reçoivent des paiements par **capitalisation** pour chaque bénéficiaire Medicaid (**par membre et par mois – PMPM**) ainsi que des **paiements supplémentaires** pour couvrir les activités médicales et la gestion de soins. Une partie des paiements est réadaptée en fonction de la **performance** des centres de santé sur la base de cinq critères modifiés chaque année. Les FQHC sont payés par l'intermédiaire de *regional coordinated care organization* dans l'Oregon et passes des contrats avec des *Medicaid-managed care organization (MCO)* dans l'État de Washington. Cet exemple d'APM a fait ses preuves : en une année, les recettes supplémentaires générées par Yakima peuvent atteindre plus de **10 millions de dollars**. Ces revenus supplémentaires ont permis de construire de **nouvelles installations et d'améliorer la qualité des soins** procurés au patient.²⁰²

- **Combinaison de modes de paiement**

Dans la plupart des cas, les cabinets reçoivent une combinaison de paiements puisqu'ils sont payés différemment par différents payeurs et patients. L'étude du *2022 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians* montre que 71 % des systèmes de paiement suivent le modèle FFS et 46 % reçoivent des VBP.²⁰³

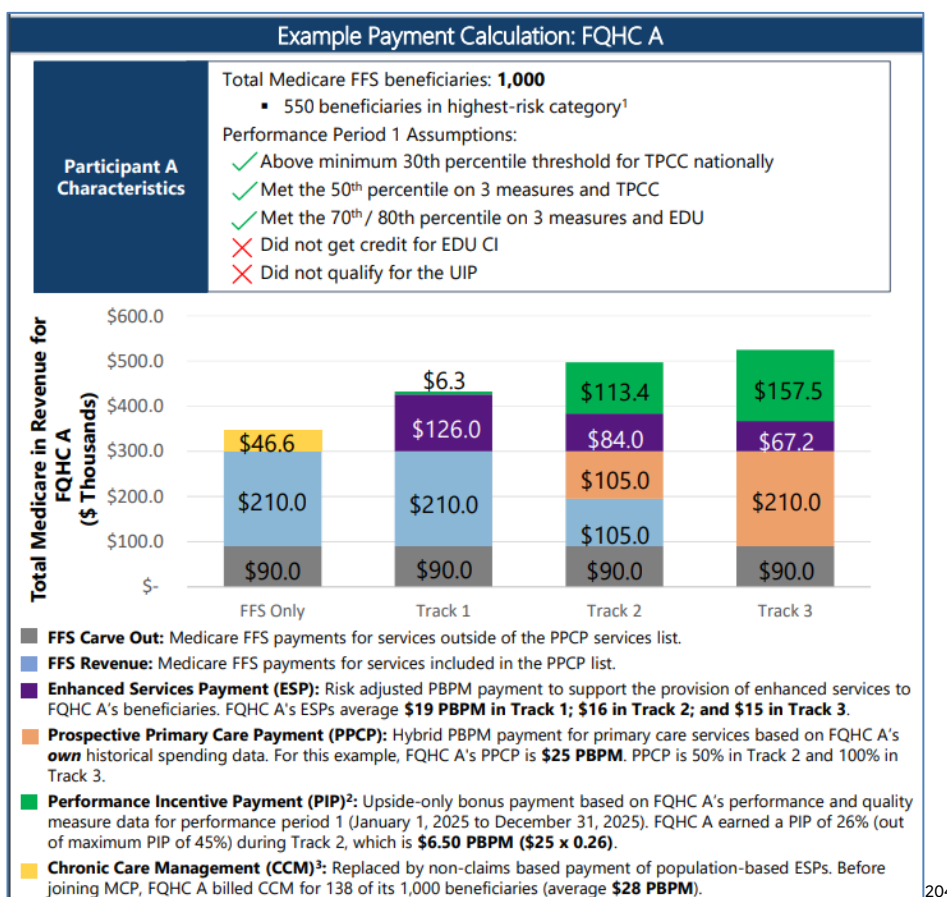
Les schémas suivant produit par les CMS illustrent la part des différents modes de paiement dans le cadre de la première phase du MCP.

²⁰¹ Source : "Maryland Total Cost of Care Model | CMS," [www.cms.gov](https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/md-tccm), n.d., <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/md-tccm>.

²⁰²Source : "The Perils and Payoffs of Alternative Payment Models for Community Health Centers," www.commonwealthfund.org, January 19, 2022, <https://www.commonwealthfund.org/publications/2022/jan/perils-and-payoffs-alternate-payment-models-community-health-centers>.

²⁰³ Ibid.

Graphique 12 : Exemple de liquidation : FQHC A



▪ **Différenciation du paiement**

Le Maryland Primary Care Program a introduit une **politique de paiement spécifique** pour les patients présentant un risque social élevé – **Heart** (*Health Equity Advancement Resource and Transformation*).²⁰⁵

Le MCP s'engage à améliorer l'équité en matière de santé puisque certains paiements sont ajustés en fonction de critères sociaux et d'indicateurs cliniques.²⁰⁶ Le coût des centres de santé communautaires est également basé sur un système de barème progressif en fonction du revenu et de la taille de la famille, chaque patient paie donc un montant déterminé en fonction de ses capacités de paiement.

Le programme ACO REACH a également pour but de servir davantage les populations défavorisées et promouvoir l'équité dans le système de santé. Le programme testera une approche alternative de paiement afin de mieux soutenir les communautés locales mal desservies

²⁰⁴ Source : <https://www.cms.gov/priorities/innovation/media/document/mcp-ovw-fact-sheet>

²⁰⁵ Source : Purva Rawal, Jacob Quinton, Dora Hughes, and Liz Fowler, "The CMS Innovation Center's Strategy to Support High-Quality Primary Care | CMS," *www.cms.gov*, June 9, 2023, <https://www.cms.gov/blog/cms-innovation-centers-strategy-support-high-quality-primary-care>.

²⁰⁶ Source : "Making Care Primary (MCP) Model Overview Factsheet Who's Eligible?," accessed October 13, 2023, <https://www.cms.gov/priorities/innovation/media/document/mcp-ovw-fact-sheet>.

et exige que tous les établissements participant au programme mettent en place un plan solide en matière d'équité²⁰⁷.

6.4 Pratiques d'optimisation ou d'organisation des soins mises en place pour optimiser la gestion des rendez-vous

▪ Organisation de la prise de rendez-vous

Il n'existe pas de site internet privilégié par les Américains pour la prise de rendez-vous chez les médecins. La plateforme **Google** est largement utilisée par les patients pour rechercher des médecins dans la région, ces derniers **appellent** généralement directement le cabinet afin de prendre rendez-vous. Certaines agences d'assurance maladie proposent également des **applications** et des **sites web** permettant à leurs clients afin de faciliter la prise de rendez-vous.

Aux Etats-Unis, 88 % des rendez-vous sont pris par téléphone en 2022 ²⁰⁸

Il existe toutefois une plateforme lancée en 2008 pour la prise de rendez-vous : **ZocDoc**. Le fondateur, Olivier Kharraz, affirme cependant qu'une grande erreur de la plateforme a été de facturer au personnel soignant le même tarif d'abonnement, quel que soit le nombre de patients qui leur été envoyé par l'intermédiaire de la plateforme. ²⁰⁹ Aujourd'hui, ZocDoc facture les médecins seulement lorsqu'un nouveau patient prend un premier rendez-vous par le biais du site web, sans frais pour les rendez-vous suivants.²¹⁰²¹¹ Le coût pour les prestataires de soins varie en fonction de la localisation et de la spécialité. ZocDoc est **gratuit pour les patients** et ne facture pas de frais de « **no-show** », les prestataires sont en revanche tenus de payer les frais du rendez-vous-même si le patient ne se présente pas. Le site web précise que l'entreprise se réserve le droit de **suspendre** le compte de tout utilisateur qui ne se présente pas deux fois au cours d'une période de 12 mois.²¹²

²⁰⁷ Source : Purva Rawal, Jacob Quinton, Dora Hughes, and Liz Fowler, "The CMS Innovation Center's Strategy to Support High-Quality Primary Care | CMS," www.cms.gov, June 9, 2023, <https://www.cms.gov/blog/cms-innovation-centers-strategy-support-high-quality-primary-care>.

²⁰⁸ Source : Dan Mangan, "Most Stressful Part of Doctor's Visit: The Wait, Says Survey," CNBC, April 5, 2016, <https://www.cnbc.com/2016/04/05/most-stressful-part-of-doctors-visit-the-wait-says-survey.html>.

²⁰⁹ Source : CNBC. Zocdoc's founder of the No. 1 health-care consumer problem that never changes. 29 septembre 2022. <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/physician-visits.htm>

²¹⁰Source : ZocDoc. How does Zocdoc Pricing work for Providers? [https://www.zocdoc.com/about/newpricing/#:~:text=Unlike %20other %20new %20patient %20marketing, patient %20books %20their %20first %20appointment](https://www.zocdoc.com/about/newpricing/#:~:text=Unlike%20other%20new%20patient%20marketing,patient%20books%20their%20first%20appointment).

²¹¹ Source : Zocdoc Review 20203 : Cost, Pros & Cons, & Is It Right for Your Practice? 18 juillet 2023. [https://www.choosingtherapy.com/zocdoc-review/#:~:text=Zocdoc %20is %20free %20to %20get,on %20your %20location %20and %20specialty](https://www.choosingtherapy.com/zocdoc-review/#:~:text=Zocdoc%20is%20free%20to%20get,on%20your%20location%20and%20specialty).

²¹² Source : Zocdoc. Zocdoc's Cancellation and No-Show Policy. <https://support.zocdoc.com/patients/s/article/Zocdocs-Cancellation-and-No-Show-Policy>

▪ **Téléconsultation**

En 2021, 37 % des adultes américains ont eu recours à la télémédecine. Les CDC rapportent que l'usage de la téléconsultation augmente avec l'âge et est plus important chez les femmes (42 %) que chez les hommes (31,7 %).²¹³ Les réglementations concernant les pratiques de téléconsultations varient en fonction des états. Cependant, le Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA) a établi des normes afin de protéger les informations de santé des patients. Dans ce cadre, tous les services de télésanté aux États-Unis doivent être conformes aux règles de l'HIPAA.²¹⁴ Les CMS ont également élargi la liste des services pouvant être fournis en téléconsultation, certains de ces services seront également couverts par Medicare jusqu'au 31 décembre 2024. Certaines téléconsultations ne nécessitent pas la vidéo, les visites peuvent être effectuées par téléphone

²¹³ Source : Jacqueline Lucas and Maria Villarroel, "Products - Data Briefs - Number 445 - October 2022," [www.cdc.gov](https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db445.htm), October 12, 2022, <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db445.htm>.

²¹⁴ Source : "HIPAA for Telehealth Technology | Telehealth.HHS.gov," telehealth.hhs.gov, n.d., <https://telehealth.hhs.gov/providers/telehealth-policy/hipaa-for-telehealth-technology>

ANNEXE 3 : Les expérimentations d'organisations de santé innovantes intéressant les CDS pluriprofessionnels

Cette annexe présente :

- De manière synthétique, les expérimentations issues de l'article 51 auxquelles participent les centres de santé pluriprofessionnels, qui mettent en œuvre un mode de rémunération global alternatif :
 - « Incitation à une prise en charge partagée » (IPEP),
 - « Paiement en équipe de professionnels de santé en ville » (PEPS),
 - PEPS/PRIMORDIAL, qui est une version dérivée de PEPS,
 - « Structures d'exercice coordonné participatives » (SEC PA).
- les résultats intéressant la mission lorsque des rapports d'étape (établis par les porteurs) ont été établis ;
- les constats de la mission, issus des entretiens de la mission avec les centres et de la documentation transmise à la mission par ses interlocuteurs.

Elle ne présente pas :

- Le cadrage du champ des expérimentations initiées dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018, rappelé et établi en annexe 13 du rapport IGAS n°2022-040²¹⁵, ainsi que dans le 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)²¹⁶ ;
- Les expérimentations menées dans plusieurs CDS pour les patientèles spécifiques, qui concernent un mode de financement à la séquence²¹⁷ ;
- Les résultats des expérimentations hors article 51 engagées depuis 2018²¹⁸ ;

²¹⁵ Rapport IGAS n°2022-040 relatif à l'évaluation de la situation économique et des perspectives de développement des centres de soins infirmiers dans l'offre de soins de proximité, novembre 2022

²¹⁶ La Cour y rappelle notamment le montant des crédits autorisés depuis 2018 (511 M€, pour 122 expérimentations à la fin de l'année 2022).

²¹⁷ Cesoa, Equip'Addict et Migrants

²¹⁸ Une vingtaine, d'après la Cour des comptes.

- Parmi ces expérimentations « hors article 51 », un projet « centre de santé polyvalent Clinical de Soyaux », porté par le groupe ELSAN, n'a pu débiter, faute de médecin. Ce projet, financé exclusivement par le FIR de l'ARS Nouvelle Aquitaine à hauteur de 75 K€ sur cinq ans, et en partenariat avec la mairie de Soyaux (Charente), vise à mixer les statuts salarié/libéral dans un centre de santé.
- Les résultats des évaluations des 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 desdites expérimentations. Parmi ces expérimentations, on trouve le projet porté par IPSO santé (encadrés ci-dessous), fondé en 2012, qui a ouvert son capital à Citizen Capital²¹⁹ 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).

Encadré : Présentation IPSO santé – « nouveau contrat médecin traitant »

Dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018, le projet Ipsos, porté par quatre cabinets médicaux de ville en soins primaires composé de médecins généralistes et de sages-femmes, expérimente la mise en place d'une nouvelle prise en charge de leurs patients « médecin traitant », fondée sur un « nouveau contrat médecin traitant ».

Ce contrat sous-tend d'une part que le patient consulte spécifiquement dans la structure, sauf urgence et hors résidence habituelle et, d'autre part, que le médecin réalise une évaluation globale du patient, partagée avec ce dernier. Il propose également des programmes de prévention adaptés, en étant plus disponible, notamment par messagerie. L'enjeu autour de la coordination de ce projet repose sur un travail d'équipe très poussé, afin de construire un plan de prise en charge adaptée et évolutif par patient, rendu notamment possible grâce à la mise en place d'un système d'information performant de partage entre les professionnels d'Ipsos.

La mise en place de cette nouvelle organisation repose sur un nouveau mode de rémunération, à savoir un forfait annuel par patient basé sur les dépenses nationales, moyenné la première année, c'est-à-dire le même forfait quel que soit le patient, puis différencié selon les caractéristiques médicales et socio-économiques des patients dans un second temps, afin d'affiner la prise en charge. Ce forfait est donc 100 % substitutif au paiement à l'acte des médecins, sur une liste d'actes bien spécifiques, comprenant principalement les consultations/visites et majorations/compléments associés, ainsi que quelques actes techniques. Ce forfait intègre également les montants de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), du forfait structure et du forfait patientèle « médecin traitant » des médecins généralistes d'Ipsos et est ajusté en tenant compte d'un taux de fidélisation pour ne prendre en compte que les soins exécutés par l'équipe du projet. Une clause de sauvegarde vient garantir l'absence de baisse de chiffre d'affaires du groupe d'intérêt économique (GIE) Ipsos la première année, par rapport au paiement à l'acte auquel le forfait se substitue.

La coordination entre médecins généralistes s'accompagne de partenariats avec des professionnels extérieurs pour des prises en charge spécifiques de certains patients (psychologue, diététicien, etc.), qui se traduit financièrement pendant deux ans par une

Source : *Rapport « Organisation territoriale et réforme du financement des soins », Assurance maladie, avril 2022*

²¹⁹ <https://www.citizencapital.fr/entreprises/ipso-sante/>

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

L'expérimentation « Ipso Santé » ou « contrat médecin traitant renforcé » est portée par quatre cabinets de médecine générale parisiens du groupe Ipso 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

SOMMAIRE

ANNEXE 3 : LES EXPERIMENTATIONS D'ORGANISATIONS DE SANTE INNOVANTES INTERESSANT LES CDS PLURIPROFESSIONNELS.....	289
1 RAPPEL DES DIFFERENTS MODELES DE FINANCEMENT EXPERIMENTES DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 51 ET ASSOCIANT DES CENTRES DE SANTE	293
2 ETAT D'AVANCEMENT DES EXPERIMENTATIONS « ARTICLES 51 »	296
3 INCITATION A UNE PRISE EN CHARGE PARTAGEE (IPEP).....	298
3.1 OBJECTIFS.....	298
3.2 PRINCIPE.....	301
3.3 RESULTATS INTERMEDIAIRES	303
3.4 PREMIERS CONSTATS.....	306
4 PAIEMENT EN EQUIPE DE PROFESSIONNELS DE SANTE EN VILLE (PEPS).....	310
4.1 OBJECTIFS.....	310
4.2 PRINCIPE.....	312
4.3 RESULTATS INTERMEDIAIRES	316
4.4 PREMIERS CONSTATS.....	319
5 LES SPECIFICITES DE L'EXPERIMENTATION PEPS/PRIMORDIAL	328
5.1 PRINCIPE / PRESENTATION.....	328
5.2 RESULTATS INTERMEDIAIRES	329
5.3 PREMIERS CONSTATS.....	330
6 STRUCTURES D'EXERCICE COORDONNE PARTICIPATIVES (SEC PA)	332
6.1 OBJECTIF ET PRINCIPE.....	332
6.2 COUT ET DEROULEMENT DU PROJET	333
6.3 EXTRAITS DU RAPPORT D'EVALUATION INTERMEDIAIRE	334

1 Rappel des différents modèles de financement expérimentés dans le cadre de l'article 51 et associant des centres de santé

Il existe différents modèles de financement de l'offre de soins de proximité dont les avantages / inconvénients rappelés en annexe du guide aux porteurs établi par le ministère²²⁰ sont synthétisés ci-dessous :

- La tarification à l'acte

L'offreur de soins perçoit une somme en fonction du volume de soins prodigués : « ce mode de rémunération permet d'augmenter la quantité des soins. Il n'y a pas de risque financier sur le producteur de soins. [Parmi les inconvénients,] ce mode de tarification n'incite pas à la prévention et à la coordination. Il peut conduire à la multiplication des actes. »²²¹

Ce type de rémunération peut apparaître comme inflationniste (et s'avérer donc un enjeu dans un contexte de rationalisation et de maîtrise des dépenses), dès lors qu'il peut à la fois inciter le médecin à induire de la demande, et favoriser un fractionnement des contacts²²².

- La tarification à la séquence²²³

Ce type de rémunération « favorise les regroupements d'acteurs, la coordination, le découplage. Il est fondé sur les besoins du patient et incite à une uniformisation des coûts publics plus réservés c'est très rémunération nécessite un partage de la rémunération entre plusieurs professionnels et induit un risque de sélection des patients »²²⁴.

- La tarification à la capitation

L'offreur de soins perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit indépendamment du volume de soins prodigués : « Ce modèle augmente la prévention, la couverture de la population et évite les actes inutiles. [Parmi les inconvénients,] il place le risque financier sur le producteur de soins et peut inciter à une sélection des patients. Il est incitatif à une diminution de l'offre de soins et l'activité des soins »²²⁵.

Dans une note en 2008, la DGTPE pointe une différence majeure entre la capitation et le paiement à l'acte : « comme le paiement à l'acte, le paiement à la capitation rémunère le médecin en fonction de son activité. Dans le premier cas, cette activité est appréhendée par le nombre de consultations ; dans le second par le nombre de patients suivis. Mais à nombre de patients donné, les deux types de paiement produisent des incitations financières inverses : payé à l'acte, le médecin a intérêt à voir le plus souvent possible ses patients ; payé à la capitation, il a au contraire intérêt à les voir le moins

²²⁰ « article 51 : guide sur les modèles de financement – version porteurs », ministère de la santé et des solidarités, assurance maladie, 2020.

²²¹ « article 51 : guide sur les modèles de financement – version porteurs », ministère de la santé et des solidarités, assurance maladie, 2020.

²²² « Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée », Pierre Louis Bras, Les tribunes de la santé 2017 :4, n°57.

²²³ Testé dans les expérimentations incluant des CDS : Cesoa, Equip'Addict et Migrants.

²²⁴ ibidem.

²²⁵ Testé dans les expérimentations incluant des CDS : Cesoa, Equip'Addict et Migrants.

souvent possible. La capitation partage par ailleurs avec le salariat la caractéristique d'être un paiement prospectif, dont le montant est prévisible, tandis que le paiement à l'acte est par nature rétrospectif (on ne connaît le nombre de consultations qu'en fin de période) donc moins facile budgéter²²⁶».

La capitation, si elle incite en théorie à une pratique médicale efficace, n'est pas exempte de risques et reste compliquée à calibrer (cf. encadré ci-dessous).

Les effets pervers d'un mauvais calibrage d'une rémunération fondée sur la capitation

La capitation n'est pas pour autant exempte de risques :

- Si le praticien n'est pas responsabilisé conjointement sur le niveau de prescriptions, il peut avoir intérêt à satisfaire aux attentes de ses patients (médicaments, arrêts maladie...), même lorsque celles-ci ne sont pas justifiées, de peur que ses patients ne changent de médecin traitant ;

- si le praticien est responsable d'un budget global, comme c'est le cas au Royaume Uni (si le forfait qu'il touche par patient inclut les médicaments et soins qu'il prescrit), il peut être au contraire incité à rationner les soins. On peut même craindre que certains médecins évincent de leur clientèle les patients aux pathologies les plus lourdes (surtout si le forfait intègre mal cet aspect sans stratification) ;

- en sens inverse, quand le forfait n'inclut pas le coût des soins secondaires (i.e. les prescriptions découlant de la visite chez le généraliste), la capitation peut encourager le report excessif de patients vers d'autres structures médicales (spécialistes, hôpital). En outre, la capitation expose le médecin au risque que sa clientèle ait un état de santé plus dégradé que la moyenne sur laquelle a été calibré le forfait. Théoriquement, la taille de la clientèle (autour de 1500 patients par médecin) permet de limiter ce risque : le forfait est insuffisant pour soigner certains patients, excédentaire sur d'autres, mais globalement le médecin doit s'y retrouver. Toutefois, compte tenu de la concentration des dépenses de santé, il existe un risque que le médecin suive une proportion importante de personnes en très mauvaise santé et que la mutualisation au niveau de ses patients ne fonctionne pas.

La réponse des systèmes où la capitation existe à ce risque a été d'ajuster le montant du forfait aux caractéristiques du patient. En pratique, cet ajustement est toutefois difficile à réaliser. La variable qui prédit le mieux les dépenses de santé futures sont les dépenses passées (elle permet d'expliquer le quart de la variabilité des dépenses futures). Mais on ne peut utiliser cette variable pour ajuster le forfait car elle inciterait les médecins à gonfler les soins de leurs patients. Delors, à l'étranger, les forfaits ne sont ajustés qu'en fonction d'un nombre limité de critères (sexe, âge, fait d'être atteint d'une maladie chronique) et le médecin continue d'être exposé au risque d'avoir des patients plutôt en mauvaise santé parmi ces catégories (...)

Source : « Mode de rémunération des médecins », Valérie Albouy, Muriel Déprez, économie et prévision 2009/2, n°188

- La tarification incluant une part variable (paiement à la performance et intéressement) (PEPS et IPEP)

« L'intéressement est incitatif à la réalisation de gains d'efficacité, il déporte le risque sur la producteur de soins mais son versement est aléatoire car conditionné à la réalisation d'économies. Le paiement à la performance incite à la qualité des soins et à l'augmentation de la prévention. [Parmi

²²⁶ Source : trésor éco n°42, mode de rémunération des médecins, septembre 2008.

les inconvénients figure] une aggravation des mesures non couvertes par le paiement à la performance »²²⁷.

- La tarification sur une base horaire

« La tarification horaire n'induit pas l'offre excessive de soins, mais n'encourage pas à l'efficacité »²²⁸.

- Le financement via une dotation globale

Ce mode de rémunération correspond à un paiement forfaitaire indépendamment de l'intensité de l'activité : « La dotation globale est un mode de rémunération simple, qui permet de maîtriser les dépenses. Il existe un risque de rationnement et de sous provisionnement des soins, une diminution de la qualité et un risque de sélection adverse des patients. »²²⁹

Le plus souvent, en France comme à l'étranger, ces modes de tarification sont combinés : ainsi, en France, la rémunération de droit commun des médecins généralistes exerçant en ville (quel que soit le mode d'exercice) est très majoritairement fondée sur une tarification à l'acte, mais est complétée par une part d'intéressement et de performance (ROSP) et de capitation (forfait médecin traitant versé en fonction de la patientèle référencée MT au 31/12). Il en résulte une « combinaison complexe d'incitations économiques »²³⁰ : la part de ces rémunérations additionnelles déconnectées du paiement à l'acte (permanence des soins, ROSP) reste très minoritaire et atteignait près de 13 % du revenu des médecins généralistes en 2017, versus 6,6 % en 2011²³¹.

En France, l'attachement des médecins libéraux au paiement à l'acte explique la transition très progressive de leur rémunération vers la capitation, en dépit de ses avantages structurels sur l'organisation des soins : un article soulignait que cette transition vers la capitation semblait bloquée après la convention médicale de 2016²³².

Les expérimentations mises en œuvre dans le cadre de l'article 51, dès lors qu'elles ne sont pas totalement substitutives au mode de tarification existant, sont nécessairement combinées avec ce modèle de droit commun : par exemple, les CDS expérimentant PEPS, combinent à la fois une rémunération dérogatoire pour la consultation du médecin traitant, avec une rémunération de droit commun pour la consultation par d'autres spécialistes d'un patient PEPS.

Il n'existe pas d'expérimentation en centre de santé pluriprofessionnel :

- qui soit complètement substitutive au modèle de droit commun, pour la patientèle totale, circonscrite à un territoire donné – à supposer même que cela soit réalisable,

²²⁷ « article 51 : guide sur les modèles de financement – version porteurs », ministère de la santé et des solidarités, assurance maladie, 2020.

²²⁸ ibidem.

²²⁹ ibidem.

²³⁰ Rémunération des médecins généralistes en France : une combinaison complexe d'incitations économiques », Carine Franc, ADSP n°108, septembre 2019.

²³¹ ibidem.

²³² « Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée », Pierre Louis Bras, Les tribunes de la santé 2017 :4, n°57.

- expérimentant la tarification sur une base horaire (la seule expérimentation en ce sens – « EQUILIBRE » - concerne exclusivement les centres de soins infirmiers).

Trois expérimentations portées au niveau national par le Ministère de la santé en association avec l'Assurance maladie ont été conçues pour tester trois modes de tarification complémentaires :

- L'expérimentation PEPS, portée par la DSS et l'Assurance maladie, teste un modèle combiné, associant majoritairement un **paiement à la capitation, associé 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. Certaines équipes PEPS ne substituent les actes pour la patientèle totale MT, d'autres uniquement pour les patients MT diabétiques ou pour les patients MT âgés.
- L'expérimentation Incitation à une prise en charge partagée (IPEP) teste un modèle combiné, consistant en un **intéressement versé en complément** de la rémunération de droit commun. Versé 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 individuel ou au bénéfice du collectif).
- L'expérimentation Incitation à une prise en charge partagée (SEC PA), 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.

Ces trois expérimentations, à l'initiative des acteurs nationaux, sont financées exclusivement par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) alors que les expérimentations régionales, nées de l'initiative d'acteurs régionaux, peuvent être financées à la fois par le FISS (pour les prestations dérogatoires) et par le fonds d'intervention régional (FIR) des ARS – ce dernier finançant les crédits d'amorçage et d'ingénierie (prestations non pérennes, destinées à faciliter le démarrage et la montée en charge du projet).

2 Etat d'avancement des expérimentations « articles 51 »

Le déroulement des expérimentations fait l'objet d'une abondante littérature publiée en ligne²³³, qui décrit les étapes classiques de déroulement d'un projet : une phase de conception, suivie d'une phase d'expérimentation et d'évaluation, avant une éventuelle généralisation de l'expérimentation, si les résultats de l'évaluation se sont révélés probants et conformes aux attentes (cf. schéma ci-dessous).

²³³ sites du ministère en charge de la santé et de l'Assurance maladie, rapports annuels d'évaluation au Parlement, rapport de la Cour des comptes.

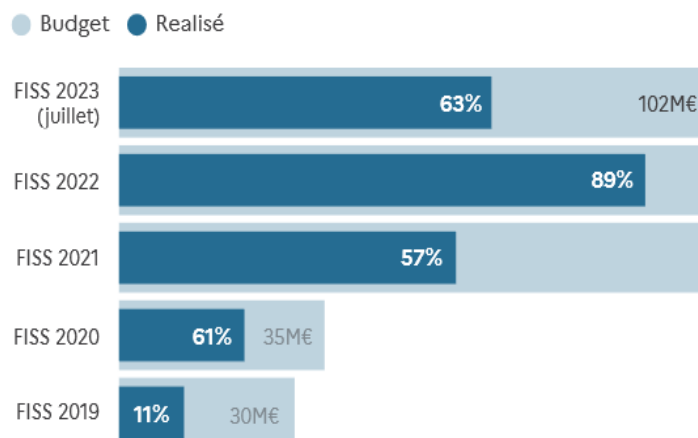
Graphique 1 : Cycle de vie d'une expérimentation article 51



Source : « article 51 : guide sur les modèles de financement – version porteurs », ministère de la santé et des solidarités, assurance maladie, 2020

L'état de consommation des crédits alloués pour les expérimentations Article 51 pour le FISS met en évidence une sous consommation chronique au cours de la période 2019-2023.

Graphique 2 : Montant du FISS engagé et part du FISS exécuté par année



Source : Rapport au parlement 2023 (article 51)

La crise sanitaire intervenue en 2020 et 2021 a eu des effets à la fois sur la consommation de soins et sur la capacité d'accompagnement des acteurs de santé à mettre en place et à poursuivre le rythme normal de déploiement des expérimentations²³⁴, qui ont pris du retard par rapport au calendrier initial.

A ce stade, les rapports d'évaluation intermédiaires communiqués à la mission comportent peu de données chiffrées, et encore moins une comparaison ex ante / ex post de la situation économique des structures expérimentatrices. D'après nos interlocuteurs, l'analyse du modèle économique et une comparaison des résultats obtenus avec ceux qui l'auraient été en appliquant

²³⁴ Ex. rapport étape n°2 IPEP

uniquement le modèle de droit commun seront établies dans le rapport final d'évaluation, dans la mesure du possible.

Au cours de ces premières années d'expérimentation, le démarrage des évaluations a également été reportée, dans l'attente de la décision de la CNIL autorisant l'accès aux données du système national des données de santé (SNDS) pour la mise en œuvre de traitements automatisés à des fins d'évaluation, laquelle est intervenue le 23 juin 2022²³⁵.

Les règles d'utilisation du SNDS (temporalité de mise à disposition des données consolidées (plus d'un an), chaînage et pseudonymisation des données médico-administratives) et les limites inhérentes au caractère déclaratif des données des équipes (données non fiabilisées en l'absence de contrôle de la qualité, parfois mal structurées...) ont également compliqué la réalisation des expérimentations et le calcul des parts variables²³⁶.

A la date des investigations de la mission (été et automne 2023), les résultats des évaluations n'étaient donc pas disponibles.

3 Incitation à une prise en charge partagée (IPEP)

3.1 Objectifs

3.1.1 développer la coordination entre les soins hospitaliers et les soins de ville

Conçue en 2017 par un groupe de travail sur les financements innovants piloté par la DGOS et la CNAM, l'expérimentation IPEP s'inspire des dispositifs de coordination des soins primaires mis en place à l'étranger (Belgique, Grande Bretagne, Etats-Unis), et se veut une transposition française des « Accountable Care Organizations » américains (cf. extrait ci-dessous). Le modèle économique repose sur une rémunération incitative non substitutive allouée à un groupement d'acteurs pour améliorer la coordination entre les soins hospitaliers et les soins dispensés par les acteurs des soins primaires, via l'établissement d'indicateurs de qualité, et la détermination des gains d'efficience²³⁷.

Les objectifs visés de second rang sont d'améliorer l'accès aux soins et de fluidifier les parcours des patients (via cette approche coordonnée), d'accompagner le développement des modes d'exercice ambulatoires regroupés ou coordonnés, de développer la pertinence des soins, de diminuer les actes et de réduire les hospitalisations évitables.

²³⁵ Cette décision unique (DU) autorise la Caisse nationale de l'Assurance Maladie et le Ministère de la santé et de la prévention (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) à mettre en œuvre des traitements automatisés à des fins d'évaluation des expérimentations mises en œuvre au titre de l'article 51.

²³⁶ Source : rapport au Parlement 2022 : partie relative aux « enseignements sur la faisabilité, l'opérationnalité et la pertinence de ces parts variables ».

²³⁷ <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/261-renouveler-l-action-publique-en-sante-un-article-51-pour-experimenter-avec-les-organisations-de-sante.pdf>

Extrait du rapport de l'Assurance maladie relatif aux expérimentations du Center For Medicare And Medicaid Innovation (CMMI) Aux États-Unis

Aux États-Unis, la loi sur la protection des patients et les soins abordables (*Patient Protection and Affordable Care Act*), largement médiatisée comme la réforme de santé *Obamacare* en 2010, marque la première étape d'une transformation profonde du système de santé américain. Le titre III de la loi « Améliorer la qualité et l'efficacité des soins » (*improving the quality and efficiency of health care*) encourage notamment le développement de nouveaux modèles de prise en charge des patients visant à améliorer la qualité des soins, leur efficacité ainsi que leur transparence.

La création du *Center for Medicare and Medicaid Innovation* (CMMI) est au centre de cette démarche. Son rôle est de tester des financements et des modèles organisationnels innovants dans l'objectif de réduire les dépenses ainsi que d'améliorer la qualité des soins. La généralisation des modèles ainsi que leur inscription dans le droit commun constituent le point de mire des expérimentations. L'objectif clairement affiché est de faire des expérimentations de véritables instruments de réforme.

Dès l'entrée en vigueur de l'*Affordable Care Act*, de très nombreux modèles ont été déployés par le CMMI. En 2020, le CMMI avait expérimenté 54 modèles dont 24 encore actifs actuellement. Près d'un million d'offres de soins ont été mobilisés, touchant ainsi environ 26 millions de patients soit près de 8 % de la population américaine [3]. En effet, le parti pris de l'*Affordable Care Act* est de développer un spectre large de modèles afin de répondre aux différents besoins des populations et des territoires ainsi que de combler les lacunes des systèmes de soins existant.

Certaines expérimentations conduites dans le cadre de l'article 51 sont directement inspirées de ces grands modèles organisationnels ; l'expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée (Ipep) est par exemple fondée sur le modèle des *Accountable Care Organizations* (ACO). La filiation entre certains modèles du CMMI et ceux de l'article 51 justifie l'importance d'une approche comparative avec l'expérience américaine.

Plus de dix ans après la création du CMMI, il s'avère que seul un nombre limité d'expérimentations ont fait leurs preuves. Quatre expérimentations ont rempli les critères pour faire l'objet d'une généralisation, dont un modèle d'ACO qui a été intégré au programme permanent d'ACO de *Medicare*.

Les ACO sont les modèles les plus répandus et les plus expérimentés depuis 2012. Fin 2019, on recensait 1 588 ACO publiques ou privées couvrant environ 44 millions de bénéficiaires (dont 40 % sont couvertes par des contrats *Medicare* et *Medicaid*) et

l'ensemble des États fédérés du pays. Les ACO sont des groupements de professionnels de santé, d'établissements de santé ou d'autres offreurs de soins responsables collectivement de la qualité de la prise en charge des patients. Cette responsabilité collective se matérialise par un intéressement financier en cas de gains d'efficacité.

Selon plusieurs études, les ACO sont parmi les modèles qui génèrent le plus d'économies et qui contribuent globalement à améliorer la prise en charge des patients (la qualité de la prise en charge est prise en compte dans cinq domaines : l'expérience du patient, le niveau de coordination des soins, les actions de prévention et promotion de la santé, les dispositifs de ciblage des populations âgées et à risque). Une étude qualitative met également en évidence des retours positifs de la part des professionnels de santé engagés dans une ACO. Les auteurs mentionnent notamment les avantages liés au partage des données, à la communication accrue avec les autres prestataires de soins et enfin les bénéfices du renforcement des équipes pour développer des activités de coordination. Néanmoins, ces avantages se doublent de défis perçus comme des inconvénients, à savoir une charge de travail administratif accrue et la difficulté d'obtenir un réel retour sur les investissements effectués.

Les performances ne sont pas uniformes d'une ACO à l'autre. Il existe un paysage assez varié d'ACO en fonction de leur taille, des professionnels engagés (hôpitaux, groupes de médecins, groupes de spécialistes, centres infirmiers, etc.), des types de soins prodigués, etc.

Si les auteurs soulignent l'importance d'une gouvernance forte afin de garantir la coordination effective des membres du groupement, il n'existe néanmoins pas de consensus sur le modèle de gouvernance le plus prometteur pour le développement des ACO. La variété des stratégies organisationnelles des ACO et de leurs résultats laisse penser que chaque type d'ACO doit être encouragé.

Certains travaux ont tout de même isolé des caractéristiques organisationnelles qui semblent pertinentes pour améliorer le fonctionnement des ACO.

Ils mettent notamment en exergue l'importance d'une gouvernance forte dans les différentes structures de l'ACO. Le rôle des médecins est central pour encourager l'apprentissage de nouvelles pratiques organisationnelles, par exemple le travail en équipe ou bien le recours aux dossiers médicaux électroniques. Par ailleurs, la qualité des relations entre les prestataires de soins primaires et les hôpitaux locaux semble déterminante pour la coordination des prises en charge. En effet, la capacité d'influence des offreurs de soins primaires est primordiale, notamment s'ils font converger beaucoup de patients autour de spécialistes qui ont le pouvoir d'orienter vers les hôpitaux locaux. De plus, les équipes de soins primaires jouent un rôle déterminant dans la transmission des informations sur le patient ainsi que dans son suivi à la sortie de l'hôpital.

La réduction du *turn-over* des médecins et des patients peut également contribuer à améliorer la qualité des soins offerts par les ACO. Une étude montre en effet que seulement 52 % des médecins demeurent affiliés à une ACO pendant les trois ans du contrat. Ces départs de médecins se doublent d'une forte volatilité de leur patientèle. Ainsi, moins de 5 % d'un panel typique de patients était affilié à une ACO. Ces hauts niveaux de *turn-over* tendent non seulement à diluer les impacts financiers et qualitatifs des ACO mais semblent aussi parfois résulter de comportements opportunistes (par exemple, l'éviction de profils de risque élevés pour réduire les coûts associés à leur prise en charge).

Le recours à des *care managers* dont le rôle est d'assurer l'information et l'orientation des patients à risque (infirmiers aux pratiques avancées ou travailleurs sociaux) semble central pour favoriser des parcours de prise en charge personnalisés. Dans les ACO les plus performantes, les *care managers* sont directement intégrés dans les équipes de soins primaires. Le recours à des services de *care management* pour les patients à risque contribuerait à une réduction de 8 % des hospitalisations et le taux de visite aux urgences de 6 %.

Outils les professionnels de santé constitue un levier central pour améliorer la qualité des soins dans les ACO. Une enquête réalisée auprès de 1 400 médecins exerçant dans le cadre d'une ACO liste quatre outils principaux susceptibles d'améliorer la prise en charge des patients : des outils de ciblage des patients à risque, l'intervention d'un *care manager* au sein de l'équipe de soins, la publication de bonnes pratiques cliniques ainsi que la mise à disposition des données d'activités des autres cabinets afin de permettre aux médecins d'engager une approche réflexive sur leurs pratiques. Selon une étude, les ACO les plus performantes s'appuient effectivement sur leurs systèmes d'information, notamment des dossiers médicaux électroniques chaînés avec des données de remboursement pour conduire des réflexions stratégiques et améliorer la qualité des pratiques cliniques.

Enfin, l'intégration de pharmaciens dans les ACO semble avoir un impact positif sur leurs résultats financiers. L'intervention de pharmaciens permet notamment de compléter les services de *disease management* par des dispositifs d'aide au suivi du traitement (*medication therapy management*).

D'autres modèles portant sur l'organisation et le financement des soins primaires présentent des résultats positifs.

Le *Comprehensive Primary Care + (CPC+)* est le plus grand programme portant sur les maisons de santé, avec 17 millions de patients couverts et 13 739 professionnels mobilisés dans 2 675 structures. Il vise à rémunérer les professionnels en forfait en substitution de la rémunération à l'acte. Globalement, les médecins exerçant dans les structures CPC+ ont un avis très favorable sur le programme. Ce succès est confirmé par l'évaluation de 3^e année qui relève très peu d'abandons de la part des structures participantes avec environ 94 % d'entre elles qui seraient prêtes à renouveler l'expérience.

Si le parti pris du CMMI est de développer un large portefeuille de modèles, la logique de généralisation des expérimentations constitue un défi important avec une forte hétérogénéité des modèles sur leur principe, leur échelle et leur efficacité. Pour certains auteurs, la multiplication des modèles a contribué à la complexification du paysage des soins avec un chevauchement entre les modèles (mise en concurrence des offreurs de soins pour les mêmes populations) ou au contraire un difficile alignement des offreurs de soins engagés sur des modèles différents. Le cloisonnement des modèles entre eux, entériné par la logique de certification par expérimentation, semble ainsi avoir encouragé une organisation en silo. Un article dénonce une logique d'accumulation plus que de capitalisation des expériences, avec le développement continu d'un grand nombre de modèles qui ne démontrent pas de résultats positifs [4].

Pour répondre à ces défis, certains auteurs encouragent une meilleure complémentarité entre les modèles [4]. Ils suggèrent notamment de les aligner pour créer des synergies entre les offreurs de soins et simplifier la réforme du financement des systèmes de soins. Les ACO offriraient un premier maillage national, obligatoire pour les hôpitaux et les médecins Medicare [5]. Ces grands groupements pourraient s'appuyer sur différents modèles d'organisation et de financement des soins, notamment les maisons de santé au niveau des structures de soins primaires. Les modèles de paiement à l'épisode de soins pourraient permettre de compléter ces dispositifs en proposant une prise en charge transversale des patients pour certains problèmes de santé.

Cette approche semble d'autant plus intéressante qu'une étude a mis en évidence une forte complémentarité entre les ACO et les maisons de santé. Les auteurs montrent que les premières étapes de développement des ACO portent généralement sur la transformation de l'organisation des soins primaires avec des investissements financiers et humains portant sur les personnels, le développement d'infrastructures et de systèmes d'information. En effet, la constitution d'équipes de soins primaires est centrale dans la stratégie des ACO car elles constituent l'avant-garde du secteur hospitalier et jouent ainsi un rôle important dans les soins permettant d'éviter des hospitalisations, des réadmissions dans les trente jours ainsi que des passages aux urgences (orientation des patients, gestion des maladies chroniques, etc.). Cette priorité donnée à la transformation des soins primaires s'appuie sur le développement de maisons de santé au sein des ACO. Ainsi, 60 % des ACO de l'échantillon ont pour objectif de développer des maisons de santé certifiées afin d'améliorer le fonctionnement des services de soins primaires.

Face à ces enjeux, des discussions sont conduites au Congrès pour un déploiement plus stratégique des modèles du CMMI. La *Medicare Payment Advisory Commission*, une institution rattachée au Congrès des États-Unis qui a pour objectif de concourir à la détermination de la stratégie de financement et d'organisation du système de santé, propose par exemple trois solutions complémentaires pour harmoniser le portefeuille d'expérimentations :

- renforcer la complémentarité entre les modèles proposés autour d'objectifs stratégiques distincts afin de créer une synergie entre les modèles et limiter la concurrence entre les différents offreurs de soins. Cela contribuerait cependant à réduire la diversité des modèles testés et notamment ceux qui pourraient cibler des sous-groupes d'offeurs de soins, de territoires ou de patients ;
- développer des modèles de deuxième génération quand des éléments prometteurs ont été identifiés dans la version précédente. Cela permettrait d'améliorer la transparence des décisions de reconduire ou non un modèle et éviterait de relancer un modèle n'ayant pas démontré de résultats positifs précédemment. Néanmoins, cela limiterait dans le même temps le recul et la flexibilité nécessaires pour tester complètement des approches prometteuses ;
- supprimer la possibilité de modifier des caractéristiques des modèles après leur déploiement pourrait permettre de réduire le travail administratif lié à ces changements. Cela permettrait également d'offrir une plus grande visibilité aux offreurs de soins pour effectuer des investissements. Néanmoins, un plus grand nombre de participants pourraient décider de quitter les expérimentations avant la fin en cas de découverte de lacunes ou de difficultés liées au modèle. Le cas échéant, ces défauts liés au modèle pourraient contribuer à augmenter des dépenses évitables.

En avril 2021, la directrice du CMMI (Elizabeth Fowler) annonce que l'organisation est à un tournant de son histoire. Alors que plusieurs projets sont suspendus, deux principaux axes de réforme sont proposés afin de recentrer les expérimentations autour d'une stratégie. Il s'agit notamment de réduire le nombre de modèles afin de simplifier les évaluations et éviter les chevauchements et les concurrences autour des mêmes patients ainsi que de privilégier des modèles avec partage de risque et d'encourager plus fortement les offreurs de soins à y participer.

Source : Rapport « Organisation territoriale et réforme du financement des soins, Assurance maladie », avril 2022

3.1.2 Patientèle et organismes participants

Au total, 30 « groupements » ou organismes différents, répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain (14 régions et territoires) et représentant plus de 420 médecins traitants et 480 000 patients, ont rejoint l'expérimentation IPEP au cours des années 2019 (pour 18 d'entre eux) et en 2020²³⁸.

Parmi les groupements participants, près de la moitié (14) sont portés par une CPTS ou une MSP, 7 groupements sont portés par un CH+PSLA ou CPTS ou libéraux, 3 groupements sont portés par un GHT, un GHU ou un CH, 3 groupements sont portés par des CDS rattachés à l'association EPIDAURE (depuis octobre 2020) et deux consistent en un regroupements d'acteur à l'échelle régionale²³⁹.

Près de la moitié des groupements ont fait le choix de cibler des patientèles spécifiques (11 dans la vague 1, 3 dans la vague 2) : patients atteints de maladies chroniques (patients diabétiques, insuffisants cardiaques, BPCO, maladies inflammatoires chroniques), des patients âgés, des patients en situation de précarité ²⁴⁰. Pour les autres, la population cible est l'ensemble de la patientèle des médecins traitants membres du groupement.

3.2 Principe

3.2.1 Caractéristiques

L'intéressement IPEP est une source de **rémunération collective, incitative et complémentaire aux modes de rémunération principaux (à l'acte ou à l'activité)**, basée sur la qualité et la maîtrise des dépenses, c'est-à-dire dont le versement est conditionné par l'atteinte d'objectifs. Son utilisation n'est pas fléchée : les groupements bénéficiaires sont libres de répartir l'intéressement IPEP selon les modalités qui leur sont propres (ex. versements individuels ou mise en commun collective).

3.2.2 Modalités de calcul de l'intéressement IPEP

Le montant de l'intéressement est calculé à partir d'indicateurs de qualité et de performances, et des gains d'efficience (cf. schémas ci-dessous). La valorisation de la dimension qualité du modèle repose sur le calcul d'un score qualité global incluant les résultats obtenus sur les indicateurs socles, l'indicateur d'expérience patient et, le cas échéant, les indicateurs à la carte. Le poids de chaque composante est différencié selon que le groupement ait opté ou non pour des indicateurs à la carte²⁴¹. Les résultats obtenus par le groupement à l'indicateur d'expérience patient sont pris en compte sous forme de bonus (0, 10 ou 20 points en fonction de la note obtenue par le groupement).

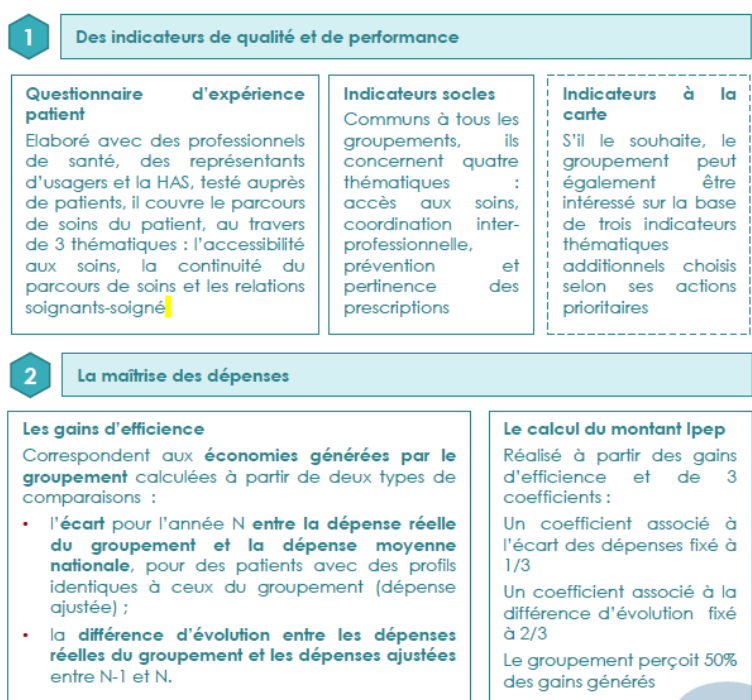
²³⁸ Rapport au Parlement remis en 2022

²³⁹ Rapports d'étape IPEP

²⁴⁰ Rapport d'étape IPEP n°2

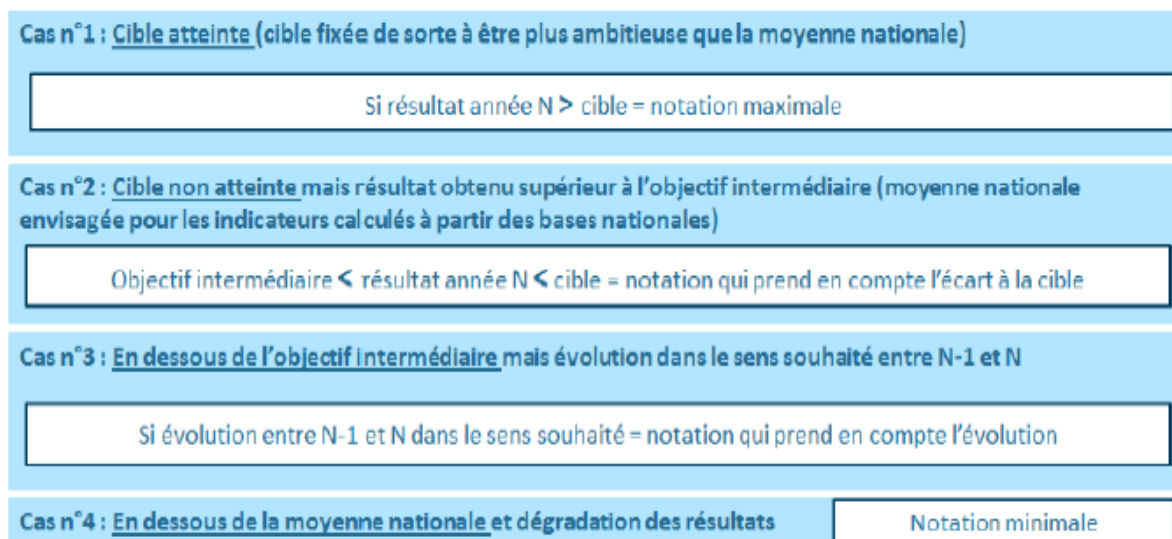
²⁴¹ Source : cahier des charges

Graphique 3 : Modalités de calcul de l'intéressement IPEP



Source : Livret pédagogique IPEP

Graphique 4 : Modalités de notation des indicateurs



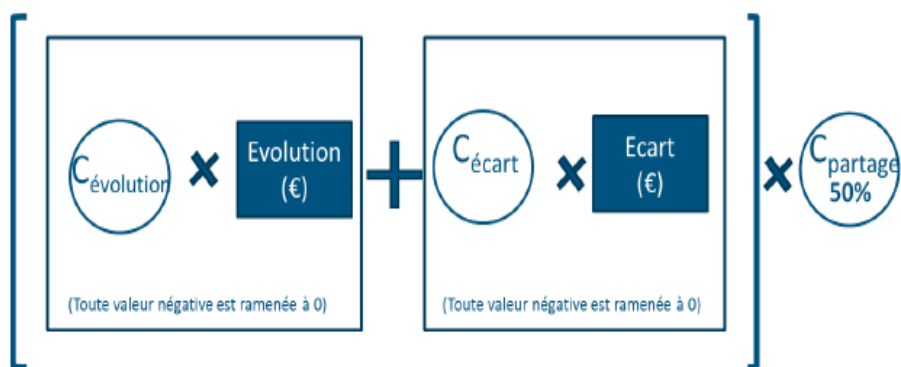
Source : Livret pédagogique IPEP

Sur les dix indicateurs, les sept premiers indicateurs listés ci-dessous sont calculés à partir des données de santé issues du SNDS :

1. Part des usagers domiciliés sur le territoire du groupement qui ont déclaré un médecin traitant,
2. Taux de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation,

3. Part des admissions directes en hospitalisation de médecine,
4. Taux de réhospitalisation à 30 jours,
5. Taux d'hospitalisations potentiellement évitables,
6. Part des hospitalisations en médecine et psychiatrie avec une consultation (MG ou IDE) dans le mois suivant la sortie,
7. Part des patients du groupement en polyprescription continue,
8. Qualité de la lettre de liaison à l'entrée,
9. Part de la patientèle cible ayant bénéficié d'un programme de promotion et prévention de la santé proposé par le groupement,
10. Taux d'usage des dossiers numériques de coordination (solution e-parcours ou, à défaut, DMP).

Le montant IPEP reversé par patient au titre de la maîtrise des dépenses est obtenu après application de la formule ci-après :²⁴²



Le montant global reversé au groupement est obtenu en multipliant le montant Ipep par patient par le nombre total de patients pris en compte dans la patientèle du groupement.

3.3 Résultats intermédiaires

3.3.1 Coût et déroulement du projet

La durée de l'expérimentation du modèle IPEP est fixée à 5 années, de 2019 à 2023. Elle s'articule autour de trois phases principales (armorçage, transitoire et cible, cf. tableau ci-dessous).

²⁴² Source : Cahier des charges

Tableau 1 : Description des phases de l'expérimentation et de l'intéressement versé

<p>Année 1 Phase 1 2019</p>	<p>LANCEMENT ET MISE EN PLACE DU PROJET D'EXPÉRIMENTATION Mise en place des organisations, du suivi et du reporting (formalisation du plan d'actions et de la gouvernance du projet). Pour assurer le déploiement de cette phase, un budget (appelé « crédits d'amorçage ») est alloué au groupement expérimentateur.</p>
<p>Années 2 et 3 Phase 2 2020 et 2021</p>	<p>MODÈLE DE FINANCEMENT TRANSITOIRE VALORISANT DE MANIÈRE INDÉPENDANTE LA QUALITÉ ET LES GAINS D'EFFICIENCE Intéressement versé au groupement correspondant aux résultats obtenus indépendamment par le groupement sur les indicateurs de qualité et de maîtrise des dépenses. Un mécanisme de sécurisation budgétaire garantit durant cette phase le versement a minima d'un montant équivalent aux crédits d'amorçage, dans l'éventualité où l'intéressement d'un groupement serait inférieur.</p>
<p>Années 4 et 5 Phase 3 2022 et 2023</p>	<p>MODÈLE DE FINANCEMENT CIBLE CONDITIONNÉ PAR L'OBTENTION DE GAINS D'EFFICIENCE Intéressement versé au groupement correspondant au montant des gains d'efficience obtenus par le groupement, modulé par le score qualité global.</p>

Le coût total de l'expérimentation est estimé à 35 M€ financés sur le FISS, dont 3 M€ au titre des crédits d'amorçage et ingénierie.

L'application de ce mécanisme pour le calcul de l'intéressement s'est révélée compliquée dès la première année de son application en 2021, puisqu'il se fondait sur les données de l'année 2020 du SNDS, très atypique en raison du moindre recours aux soins et de la diminution des dépenses d'assurance maladie pendant la crise sanitaire²⁴³. Par ailleurs, une prolongation du versement des crédits d'amorçage a été décidée pour les 5 groupements adhérents à la FHF, faute de disposer d'une liste de médecins traitants expérimentateurs en 2021.

Dans la phase 3 de l'expérimentation, correspondant au système cible, le montant de l'intéressement versé à un groupement correspond au montant des gains d'efficience obtenus par ce groupement, modulé par son score qualité global (dans une fourchette comprise entre -20 % et +20 %). Le mécanisme de garantie budgétaire qui avait été mis en place (consistant à verser aux groupements a minima le montant de leur crédit d'amorçage²⁴⁴) a été prolongé d'un an en 2022 et la valeur du point qualité utilisée dans l'application du modèle de financement a été fixée à 10 centimes d'euros par patient, assurant ainsi la stabilité du montant de l'enveloppe globale redistribuée aux groupements IPEP entre les phases 2 et 3²⁴⁵. L'arrêté modifiant le cahier des charges révisé a été publié le 12 août 2022.

3.3.2 Consommation des crédits à la date de la mission

A la fin de l'année 2022, soit à plus de la moitié de l'expérimentation, moins de la moitié des crédits totaux prévus initialement (35 M€, incluant les crédits d'amorçage et ceux liés à l'intéressement -CAI) avaient été consommés (13,5 M€) (tableau ci-dessous).

²⁴³ Cf. rapport d'étape IPEP n°2

²⁴⁴ Rapport IPEP 1

²⁴⁵ Rapport d'étape n°3.

« Au titre de l'intéressement, le besoin de financement annuel est estimé à 4 M€ pour les années 2020 et 7 M€ pour les années 2021 à 2024 avec une hypothèse d'une moindre évolution des dépenses des groupements de 0,5 %.

Au titre des crédits d'amorçage, le besoin de financement est estimé à environ 3 millions d'euros, soit 1,5 million par an, pour environ 28 groupements pour toute la durée de l'expérimentation »²⁴⁶.

Tableau 2 : Etat des consommations des crédits IPEP (en €)

		2019	2020	2021	2022 (*)	2023 (**)
Montants prévisionnels		1 500 000 (CAI)	1 500 000 (CAI) et 4 000 000 (int.)	7 000 000 (int.)	7 000 000 (int.)	7 000 000 (int.)
Montants dépensés		1 395 000	3 380 309	3 661 681	5 145 460	
Groupements vague 1	CAI	1 395 000				
	Intéressements		2 659 309	538 395	3 170 068	
Groupements vague 2	CAI		721 000			
	Intéressements			1 123 286	1 975 392	434 700 déjà versés en juillet
TOTAL		1 395 000	3 380 309	3 661 681	5 145 460	

Source : Equipe nationale IPEP - (*) dont régulation sur les années 20/21 - (**) calcul des intéressements en cours à la date de la mission.

Les montants des crédits versés par groupement s'établissent, en 2022, en moyenne à 179 K€ par structure (tableau ci-dessous), avec une amplitude importante entre le montant minimum versé (37 K€) et le montant maximum (1,1 M€).

Tableau 3 : Montants de l'intéressement versé par groupement participant (dernière année disponible : 2022), en €

	Moyenne	Médiane	Min	Max
Montant versé au titre des indicateurs qualité et performance par groupement	49 260	31 816	0	253 776
Montant versé au titre de la maîtrise des dépenses par groupement	123 212	43 453	0	883 395
Montant total versé par groupement	179 696	99 240	37 000	1 137 172

Source : Equipe nationale IPEP - Le montant total versé comprend la garantie budgétaire, lorsque celle-ci s'applique.

3.3.3 Des rapports d'étape généraux

A la date de la mission, aucun rapport d'évaluation intermédiaire n'était encore disponible. Les trois rapports d'étape disponibles, sur une vingtaine de pages sont destinés à « présenter une photographie annuelle de la progression de son projet et de partager ses réalisations, ses difficultés, son appréciation de l'année écoulée et les actions à venir ».

²⁴⁶ IPEP, avis du comité technique 29/5/2019.

Ainsi le premier rapport d'étape établi par le porteur du projet à la fin de l'année 2020²⁴⁷ présente sur une vingtaine de pages une série d'éléments synthétiques sur le projet, son calendrier de déploiement, les « chiffres clés », la liste des différentes instances /groupes de travail qui se sont réunis, l'objet de leurs travaux, la structure de la gouvernance mise en place. Il ne détaille pas précisément le mode de calcul (des différents éléments de l'intéressement, des gains d'efficience...), ni les données des organismes participants concernant les indicateurs qualité, ni les montants des premiers financements versés par organisme participant. Il présente en conclusion le montant global du premier versement effectué (sans préciser si cette consommation s'inscrit conformément à la trajectoire d'exécution pluriannuelle prévue). Il rapporte des écarts de rémunération « *non-négligeables (...) pour certains groupements entre les simulations réalisées sur les données 2018 et l'intéressement 2020 (sur les données 2019)* », et relève que « *le montant des intéressements s'échelonne de 11 K€ à 830 K€ selon les groupements* ».

Le second rapport d'étape portant sur l'année 2021, qui se caractérise par l'épuisement des crédits d'amorçage et le passage pour tous les groupements vagues 1 et 2 de l'intéressement, ne précise pas par groupement le montant de l'intéressement IPEP versé par groupement. Il fait également état de « *certaines difficultés pour un petit nombre de groupements, en lien avec des problématiques de gouvernance et de modalités de partage ou d'utilisation de la rémunération IPEP* » sans préciser quels sont les groupement concernés.

L'absence de suivi individuel des expérimentateurs ne permet pas d'objectiver clairement pour chacun les apports de ce modèle de financement et les éventuelles difficultés de mise en œuvre.

3.4 Premiers constats

3.4.1 Premiers constats de l'ANAP

Dans les premiers mois de mise en œuvre des trois expérimentations EDS, IPEP et PEPS, l'ANAP a relevé trois « *problématiques récurrentes spécifiques* » nécessitant une adaptation des organismes participants au changement : « *l'inscription du projet au sein des dynamiques territoriales et notamment des CPTS, (...) l'installation de la coopération ville hôpital, (...), le travail sur l'évolution des rôles et des métiers* ». ²⁴⁸

3.4.2 Les travaux de l'évaluateur : l'IRDES

L'enquête monographie dans cinq maisons de santé pluriprofessionnelles réalisée par l'IRDES met en évidence différents modèles d'« *appropriations des financements d'expérimentation dans les MSP, les professionnels les utilisant pour soutenir et légitimer des organisations des soins, souvent antérieures et qui se construisent à la croisée de financements multiples, souvent non pérennes* » (...). L'objectif de ces professionnels est de mettre en place une organisation des soins qu'ils estiment de meilleure qualité et adaptée à leur contexte d'exercice, notamment au travers du développement de la prévention, de l'accompagnement des patients et de la coordination de leur parcours de soins

²⁴⁷ rapport d'étape doit être transmis à la rapporteur générale de l'article 51 et à l'ARS pour les projets régionaux, tous les ans à la date anniversaire de l'autorisation de l'expérimentation, jusqu'à son terme

²⁴⁸ Source : ANAP « article 51 : premiers mois de mise en œuvre des 3 expérimentations EDS, IPEP et PEPS », novembre 2020

(...). Les organisations des soins participent à redéfinir les frontières et rôles de différents groupes professionnels, ici les infirmières, les secrétaires médicales, et les médecins généralistes. Les infirmières et les secrétaires voient le contenu de leur travail évoluer. Les médecins généralistes, avec le développement de cette nouvelle division du travail, se voient recentrés sur un rôle curatif où le temps de diagnostic et de prescription est préservé, voire accru. La coordination des parcours de soins n'est alors plus seulement assurée par les médecins, mais par l'ensemble de l'équipe de soins, et particulièrement par les infirmières (...) »²⁴⁹.

3.4.3 Recueil des données

Sur les 10 indicateurs qualitatifs, trois d'entre eux ne sont pas déterminés par le SNDS et ont dû être neutralisés ou revus, notamment deux d'entre eux : l'indicateur QLE, neutralisé en 2021, toujours en construction d'après le rapport d'étape n°3, et l'indicateur prévention / promotion de la santé dont la méthodologie de collecte et de valorisation de cet indicateur a dû être retravaillée en 2022, en partenariat avec les ARS et la DCGDR²⁵⁰. De même, peu de groupements étaient éligibles à l'indicateur e-parcours (manque de recul sur l'usage ou pas d'usage des dossiers de coordination) et l'indicateur DMP a été calculé pour tous les groupements et valorisé dans un premier temps, à titre exceptionnel, sous la forme d'un bonus de 5 points au maximum.

L'expérimentation prévoyait un recueil systématisé de l'expérience patient par le biais d'un questionnaire envoyé par e-mail, dont les résultats participent au calcul de l'intéressement. Ce questionnaire invitait les patients à donner leur avis sur le suivi de leur santé et de leurs soins, et notamment sur la façon dont les professionnels de santé de leur équipe soignante échangent avec eux et se transmettent les informations. La plateforme de recueil a nécessité des travaux de développements informatiques parallèlement au déroulement de l'expérimentation²⁵¹.

Par ailleurs le recueil de l'expérience patient, à l'issue d'une première campagne de recueil, n'a pas vu sa méthodologie validée par la HAS (taux de complétion au questionnaire insuffisant, ciblage des patients insatisfaisant).

D'une manière générale, la question du partage des informations entre PS est « *considérée comme un point critique, voire bloquant, pour certains porteurs de projets* »²⁵². Diverses solutions sont utilisées par les porteurs (dont l'appui sur la solution « e-parcours » développée pour d'autres usages), qui, à la lecture des rapports d'étapes, ne semblent pas donner totale satisfaction.

Un recalcul des intéressements 2020 et 2021 est intervenu en 2022 à la suite de la complétion des bases de données mobilisées pour le calcul de l'intéressement.

²⁴⁹ <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/275-les-usages-des-financements-experimentaux-ipep-et-peps-dans-5-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp.pdf>

²⁵⁰ Rapport IPEP 3.

²⁵¹ Rapport d'étape 1

²⁵² Rapport d'étape 2.

3.4.4 Ajustements du modèle

Les trois rapports d'étape pointent la nécessité de procéder à une série d'ajustements (modèle non stabilisé) :

- « Le modèle de financement IPEP s'appuie sur des travaux statistiques lourds, ayant nécessité un travail important pour aboutir à un premier modèle suffisamment performant et fiable pour calculer les premières rémunérations. Il s'agit néanmoins d'un modèle évolutif, pour lequel un certain nombre de pistes d'amélioration restent à travailler, tant concernant les indicateurs qualité que sur la composante gains d'efficience. Il s'agira par exemple de mieux prendre en compte les variables contextuelles dans le modèle d'ajustement » (rapport IPEP 1) ;
- « Les mois à venir devront permettre d'affiner les modalités de calcul de certains des indicateurs de qualité intégrés dans le modèle de financement (indicateurs relatifs au taux d'usage des dossiers de coordination (e-parcours) ou DMP, à la qualité de la lettre de liaison à l'entrée (QLE), aux actions de prévention et promotion de la santé (PPS) proposées par le groupement ainsi que de l'expérience patient) » (rapport IPEP 2).

La Cour des comptes souligne la complexité de trois expérimentations, dont IPEP, « laisse penser qu'un report du [terme de cinq ans] n'est pas à exclure. »²⁵³

3.4.5 Robustesse

Les rapports d'étape mettent en évidence les limites du modèle lors de la crise sanitaire en 2020. En effet, indépendamment de la mobilisation des équipes sur la gestion de la crise, qui a nécessité le report de travaux collectifs et a empêché les professionnels d'assurer les consultations prévues dans le cadre de l'expérimentation, les modalités de calcul de l'intéressement ont dû être adaptées en 2021, pour tenir compte de l'atypie des données de santé issues du SNDS.

D'après le rapport IPEP 2, « le modèle de prédiction de dépense individuelle [a été] fortement impacté par la crise. Effectivement, pour un patient donné, si les sur-dépenses directement liées à la prise en charge du COVID (test PCR, test sérologique, vaccins, hospitalisations pour COVID) peuvent être identifiées dans le SNDS, les sous-dépenses (comme le renoncement au soin pendant le confinement) ne sont pas directement mesurables. L'estimation des dépenses individuelles est donc particulièrement complexe. À cela s'ajoute l'hétérogénéité des conséquences de la crise COVID sur le territoire, et donc la question de la pertinence du comparateur national dans le modèle IPEP. Enfin, on peut s'interroger plus généralement sur la pertinence d'un modèle qui évalue la maîtrise des dépenses dans ce contexte particulier de renoncement au soin sur cette période.

Les indicateurs de qualité calculés via le SNDS semblent également inadaptés dans ce contexte de crise sanitaire. En particulier, les indicateurs hospitaliers peuvent être affectés à la fois par la prise en charge des patients covid, mais aussi par le bouleversement des prises en charges des autres pathologies, comme la déprogrammation d'opérations ou d'examen. La mesure des indicateurs non hospitaliers (part de patients avec MT et part des patients en polyprescription continue) peut, elle aussi, souffrir de l'activité modifiée des professionnels de santé et du renoncement au soin d'un

²⁵³ Cour des comptes.

certain nombre de patients sur cette période. De plus, comme pour le modèle de dépense, la question de la validité des objectifs fixés au niveau national se pose. Les indicateurs déclaratifs et la mesure de l'expérience patients sont quant à eux probablement moins impactés par la crise sanitaire.

Enfin, une diminution de détection des pathologies utilisées comme facteurs d'ajustement dans les modèles sera potentiellement observée du fait du sous-recours au soin et au dépistage. (...) »

Or, rien ne garantit que de telles crises sanitaires ne se reproduisent pas à l'avenir.

3.4.6 Constats de la mission

La mission a rencontré les deux CDS expérimentateurs franciliens (sur les 7 expérimentateurs que compte la région IDF, qui ne sont pas des CDS) du réseau EPIDAURE (Paris Richerand, Champigny), qui sont des centres municipaux de santé. Aucun d'entre eux n'a fait état des apports ou des difficultés spécifiques, concernant l'expérimentation IPEP.

Il s'avère que ces deux structures sont également parties prenantes de l'expérimentation PEPS, qui, comme IPEP, vise à développer les pratiques de coordination entre professionnels de santé. Il existe dès lors un risque que la mise en œuvre de ces expérimentations conduise à des interactions (gestion, organisation des soins), et qu'il ne soit pas possible, lors de l'évaluation, de quantifier précisément les effets (positifs ou négatifs) attribuables à l'une ou l'autre.

S'agissant des centres municipaux de santé, il n'a pas été communiqué à la mission²⁵⁴ - comme par ailleurs à la direction de la sécurité sociale en charge du suivi de l'expérimentation²⁵⁵ - les données économiques et financières des CMS expérimentateurs (comptabilité générale, comptabilité analytique, budget général ou détaillé...). Aussi la mission ne peut se prononcer en aucune manière sur le bilan coût / avantages économiques d'une telle expérimentation.

En effet, dans le CMS expérimentateur IPEP que la mission a rencontré, comme dans d'autres centres municipaux de santé, le modèle économique de ces centres, indépendamment des expérimentations en cours, ne peut être décrit précisément, et le point d'équilibre de ce modèle ne peut être déterminé, en l'absence de données comptables ne permettant pas d'isoler l'activité sanitaire des autres activités réalisées par les centres municipaux.

Cette situation aurait pu conduire à écarter les CMS de l'échantillon de centre de santé expérimentateurs.

La réalisation de l'expérimentation n'a pas donné lieu à des travaux de comptabilité analytique approfondis ex ante, qui auraient permis d'étayer les résultats de l'expérimentation d'un point de vue économique, dont une évaluation est prévue ex post.

S'agissant du centre de la coopérative XXXXXXX (Paris 10^{ème}), qui traverse une crise économique depuis plusieurs années, les données communiquées à la mission (rapports d'activité, bilan, comptes de résultats...) ne permettent pas d'identifier précisément les rémunérations issues de l'expérimentation IPEP. A ce stade, le seul constat de la mission est que son montant (non substitutif au mode de financement existant) n'a pas, au vu des éléments comptables généraux

²⁵⁴ (en réponse à ses demandes, orales et écrites)

²⁵⁵ Cf. entretien

communiqués, modifié la trajectoire déficitaire du centre. *(Élément occulté en application de l'article L.311-6 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA))*

4 Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS)

4.1 Objectifs

Portée par la direction de la sécurité sociale, en lien avec l'Assurance maladie, l'expérimentation PEPS s'inscrit dans la continuité des expérimentations menées pour réorganiser les soins primaires et en particulier à la suite l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) qui n'avait pas pu être menée à son terme (mise en place d'un module de paiement à la capitation) du fait de l'opposition en 2007 des syndicats de médecine générale. Elle a été construite à partir des lectures et des échanges avec des équipes expérimentatrices des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), et de l'étude des dispositifs mis en place à l'étranger, notamment du modèle hollandais mis en place pour la patientèle diabétique, à l'image du Bundled Payment hollandais (OECD, 2016), tout en l'ouvrant à d'autres populations, dans une perspective plus globale²⁵⁶.

Les objectifs opérationnels poursuivis par l'expérimentation sont :

« - Améliorer l'accès aux soins en particulier dans les zones sous-denses, en libérant du temps médical grâce au travail en coopération ; - en augmentant la taille de leur file active (patientèle PEPS) grâce à l'incitation du forfait ; - et en favorisant la présence de professionnels de santé exerçant en équipes dans les territoires les plus fragilisés

- Améliorer la qualité du parcours des patients par le suivi coordonné et une incitation financière à la qualité;

- Gagner en pertinence, en diminuant le nombre d'actes évitables ;

- Optimiser la prise en charge des patients en favorisant l'exercice pluriprofessionnel en équipe²⁵⁷. »

Le modèle économique repose sur une rémunération globale et collective d'un ensemble de professionnels de santé exerçant en structure d'exercice coordonné, en les laissant libres de l'utilisation et de la répartition de cette enveloppe forfaitaire, en substitution au paiement à l'acte.

En contrepartie du passage à une rémunération forfaitaire, les expérimentateurs peuvent mettre en place une nouvelle organisation, formalisée par exemple par la mise en place de protocoles de coopération MG/IDE, d'une démarche qualité ou d'actions de prévention vis-à-vis des patients.

En accélérant la mise en place d'une collaboration/coopération pluriprofessionnelle, le premier objectif est d'encourager une pratique médicale plus efficiente, c'est-à-dire d'orienter le patient vers le professionnel de l'équipe le plus pertinent face à une demande de soins : « *le forfait doit*

²⁵⁶ <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/261-renouveler-l-action-publique-en-sante-un-article-51-pour-experimenter-avec-les-organisations-de-sante.pdf>

²⁵⁷ Cahier des charges.

permettre de faire entrer des IDE dans les structures, à l'instar des IPA et des IDE Asalée, pour les IDEs exerçant majoritairement au domicile. Les expérimentateurs estiment que c'est un atout de réussite qui devrait, de plus, permettre de partager du temps médical et du temps IDE pour le suivi des patients chroniques. L'enjeu est aussi d'intégrer de la collaboration avec tous les autres professionnels de la structure, y compris les acteurs qui n'ont actuellement aucun acte tarifé à la nomenclature, comme la diététicienne pour le diabète, l'éducateur médicosportif pour la prise en charge des personnes âgées ou le travailleur social pour accompagner la démarche des publics fragiles. Il s'agit donc plus de collaboration que de coordination de la structure ou du projet en lui-même - souvent déjà à l'oeuvre et financée par l'ACI ou l'accord national des centres de santé dans les structures telles que centres ou maisons de santé (...) » (ANAP).

Au final, l'ambition de cette expérimentation est de « renforcer les dimensions de santé publique, sécuriser les soins et leur accessibilité, [et plus largement de] concourir à l'amélioration de la qualité [des soins] » (ANAP).

4.1.1 Patientèle et organismes participants

Au 30/6/2022, l'expérimentation concernait 15 structures ambulatoires (pour un objectif cible de 21 équipes)²⁵⁸ d'exercice collectif, dans 6 régions différentes, toutes répondant aux critères d'éligibilité suivants : présence d'au moins 5 professionnels de santé conventionnés volontaires (dont au moins 3 médecins généralistes et 1 infirmier) et présence d'au moins 250 patients en file active « médecin traitant ».

Si la présence d'au moins 3 médecins généralistes et 1 infirmier est une condition à l'entrée dans l'expérimentation, qui vise effectivement un approfondissement de la coordination des soins ou la mise en place de pratiques coordonnées intégrées entre les professionnels de santé (binôme médecin/infirmière), de telles organisations sont simplement encouragées et l'engagement des professionnels de santé dans un modèle alternatif de coordination des soins n'est pas un pré-requis obligatoire. Toutefois, on peut supposer que le passage au forfait est intrinsèquement lié à la motivation des expérimentateurs de changer leur mode d'organisation.

Cet échantillon de structures n'est pas représentatif de la population des centres potentiellement concernée par une éventuelle inscription dans le droit commun de l'expérimentation : le recrutement des participants s'est effectué sur la base du volontariat. Ce constat est partagé par l'IRDES qui rappelle que « la participation à ces dispositifs expérimentaux a reposé sur un appel à manifestation d'intérêt, invitant les professionnels de santé intéressés à constituer un dossier de candidature et à présenter un projet à mettre en oeuvre. La sélection opérée par les équipes nationales a abouti à la forte présence de représentants professionnels et syndicaux »²⁵⁹.

Par ailleurs certaines de ces structures se sont portées volontaires et ont été retenues pour expérimenter simultanément d'autres projets nationaux (IPEP, SECPA), en dépit des difficultés méthodologiques associés pour évaluer les effets cumulés (économiques, sur l'activité, l'organisation, le comportement des acteurs,...) des différentes expérimentations. La direction de

²⁵⁸ Rapport au parlement 2022.

²⁵⁹ « 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.

la sécurité sociale considère toutefois ce risque moindre pour IPEP (cumulable) que pour SECPA, ce qui a conduit à écarter certains CDS de l'expérimentation.

Dans le cadre du projet PEPS, trois types de paiements forfaitaires sont expérimentés, en fonction des profils de la patientèle PEPS considérée :

- Patientèle diabétique ;
- Patientèle âgée de 65 ans et plus, ou patientèle âgée de 50 ans à 64 ans et ayant une ALD au titre d'une maladie neurodégénérative ;
- Patientèle totale (file active des patients²⁶⁰ ayant déclaré un « médecin traitant » de la structure enregistrée au 31/12) : 13 équipes mettent en œuvre l'expérimentation sur la patientèle MT totale, une sur la patientèle MT diabétique, 1 sur la patientèle MT âgée).

Indépendamment du profil de patientèle retenu, le forfait permet de prendre en charge globalement les patients, c'est-à-dire quel que soit le motif du recours aux soins (sauf trois exceptions, cf. § infra).

60 501 patients (hors AME) étaient inclus en octobre 2023 sur près de 75 000 projetés²⁶¹.

4.2 Principe

4.2.1 Caractéristiques

La rémunération PEPS prend la forme d'un forfait par patient « médecin traitant » attribué à l'ensemble de l'équipe pluri-professionnelle participante, substitutive aux modes de rémunération principaux (à l'acte ou à l'activité) sur le champ concerné (consultations, visites et soins infirmiers (hors PDSA, majorations de nuit, week end et jours fériés), ajusté aux caractéristiques de la patientèle (ex : âge et nombre d'ALD), et qui tient compte du niveau de l'activité de l'équipe²⁶². Initialement, la qualité des soins devait également être prise en compte, mais les travaux pour trouver des indicateurs pertinents n'ont pas abouti.

Sa répartition n'est pas fléchée au sein de la structure : les groupements bénéficiaires sont libres de partager le forfait librement entre les professionnels de santé, selon des modalités qui leur sont propres (ex. versements individuels ou mise en commun collective).

4.2.2 Modalités de calcul

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).

²⁶⁰ Ayant consommé au moins une fois dans l'année des soins en ville.

²⁶¹ CC RAALFSS 2023

²⁶² Cf. Atlas art 51 IDF- 2022

Le modèle de rémunération PEPS reposait sur la formule de calcul initiale suivante (2020) :

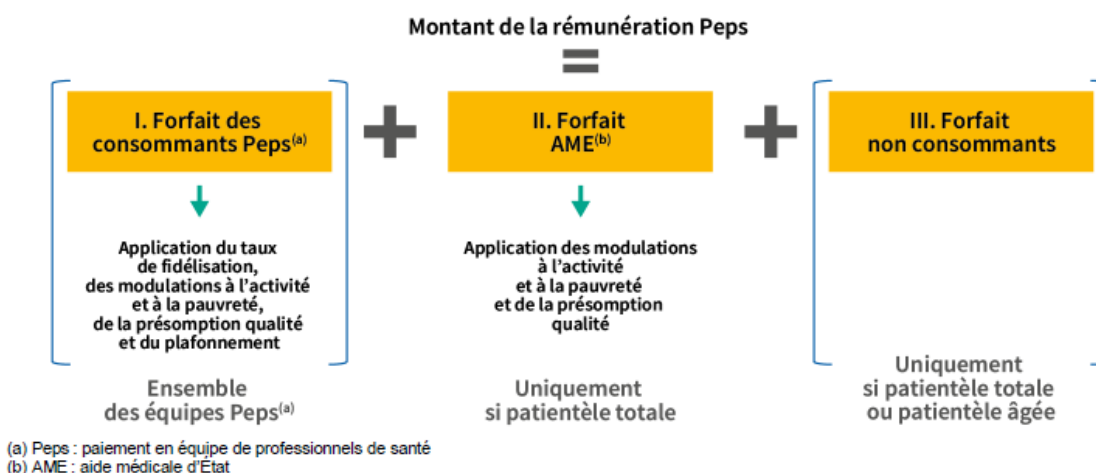
$$\text{Rémunération PEPS au titre de N} = \sum_{i=1}^N 137,33\text{€} + 0,97\text{€} * \text{Sexe} + 1,22\text{€} * \text{C2S} + 1,03\text{€} * \text{ALD diabète} + \dots + 1,03\text{€} * \text{indice de défavorisation} + \text{modulations} + \text{score qualité}$$

Avec i = nombre de patients MT PEPS en N

Source : Comité de pilotage du 27 octobre 2020

A la suite de travaux menés en 2020 qui « ont conduit à revoir significativement le modèle »²⁶³, une nouvelle version a été présentée et discutée en juillet aux expérimentateurs. Un nouveau cahier des charges a été publié la même année, qui prend en compte ses évolutions (passage de la segmentation à la régression, révision des modalités de valorisation des patients non-consommants) et détend le calendrier de déroulement de l'expérimentation en prolongeant d'une année la phase intermédiaire pour les expérimentateurs qui le souhaitent²⁶⁴.

Schéma 1 : Schéma explicatif du calcul de la rémunération PEPS



Source : Rapport « Organisation territoriale et réforme du financement des soins, Assurance maladie », avril 2022

Outre sa détermination via une série de caractéristiques de la patientèle consommatrice, c'est-à-dire de la demande, le forfait est déterminé également par les caractéristiques de l'offre et notamment par :

- une modulation à l'activité, pour prendre en compte la forte baisse d'activité ou des pics d'activité, par exemple liés à une épidémie, laquelle est basée sur un nombre

²⁶³ Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation nationale « Paiement en équipe de professionnels de santé en ville », décembre 2020.

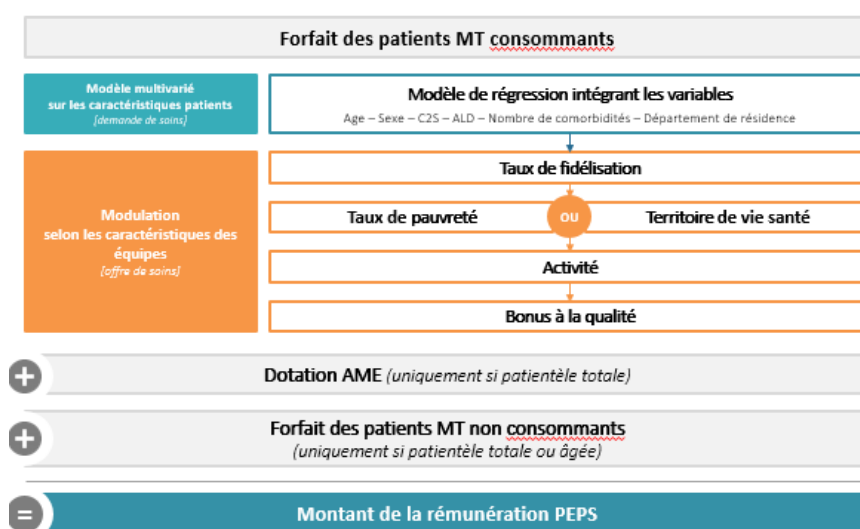
²⁶⁴ Dans les faits aucun expérimentateur n'a souhaité mobiliser cette faculté.

médian d'actes de soins MG et IDE au niveau national en fonction des patientèles²⁶⁵, ainsi que par deux dotations (AME²⁶⁶, patients non consommateurs) ;

- Le taux de fidélisation de l'équipe, qui permet de mesurer la part de la consommation de soins PEPS des patients MT effectivement réalisée auprès de l'équipe PEPS afin de compenser les dépenses de soins induites par la « fuite » des patients vers d'autres professionnels de ville (MG ou MG et IDE pour les équipes substituant aussi les actes IDE). Comme le souligne l'un des expérimentateurs, c'est une variable sur laquelle la structure n'a que peu de prise, et qui peut varier sensiblement selon la densité de l'offre de santé locale ;
- une variable environnementale (taux de pauvreté) ;
- un bonus « qualité » (de 5 % pendant la durée de l'expérimentation, dans l'attente de développement d'indicateurs de qualité en lien avec l'expérience patient).

La dernière version de la formule de calcul de la rémunération PEPS est détaillée dans le schéma ci-dessous. Dans les centres rencontrés, la mission a constaté soit la méconnaissance des acteurs sur les modalités de calcul de la rémunération, soit leur incapacité à l'expliquer simplement, du fait de sa complexité.

Schéma 2 : Schéma détaillé du calcul de la rémunération PEPS



Source : Réunion plénière PEPS -22/5/2023

Par construction, le modèle PEPS, construit sur une base nationale de 2019, a tendance à « survaloriser » les équipes exerçant dans les territoires où les consommations de soins au sein du

²⁶⁵ Pour les MG : Pour patientèle totale = 3 actes, Pour patientèle diabétique = 5 actes, Pour patientèle âgée = 5 actes - Pour les IDE : patientèle totale = 1 acte, patientèle diabétique = 3 actes, patientèle âgée = 2 actes

²⁶⁶ Les patients AME ne sont pas affiliés à un médecin traitant, aussi leur prise en compte dans l'expérimentation doit faire l'objet de règles de gestion spécifiques.

département sont moins élevées en moyenne et à « sous-valoriser » les équipes exerçant dans les départements avec des consommations de soins observés plus élevées²⁶⁷.

Pour l'un d'entre eux, ce modèle serait potentiellement « déflationniste » dès lors que le forfait, recalculé chaque année pour chaque équipe PEPS, est modulé à la hausse ou à la baisse en fonction de la modélisation des dépenses de soin de médecine générale (périmètres des actes MG PEPS) au niveau national : la baisse de la démographie médicale (diminution de l'offre) pourrait mécaniquement jouer à la baisse sur les dépenses, et donc positionner le forfait sur une tendance baissière à plus ou moins long terme.

Pour les porteurs de l'expérimentation, cette assertion n'est pas vérifiée de manière empirique à ce stade, et une éventuelle corrélation ou causalité entre démographie et dépenses n'est pas établie. Par ailleurs, une revalorisation des coefficients et du modèle est toujours possible pour ne pas provoquer un décrochage entre la rémunération à l'acte et au forfait.

Un simulateur a été mis en place pour permettre aux structures d'évaluer le forfait d'un patient type de la structure.

4.2.3 Coût et déroulement du projet

Le coût total de l'expérimentation est estimé à 18,7 M€ financés sur le FISS (pouvant être porté à 30 M€ en cas de doublement du nombre des participants), dont 580 K€ au titre des crédits d'amorçage et ingénierie²⁶⁸.

La durée de l'expérimentation du modèle PEPS a été fixée à 5 années à compter de la publication de l'arrêté portant cahier des charges, soit de juin 2019 à juillet 2024²⁶⁹. Le cahier des charges initial prévoyait un déroulement en trois phases :

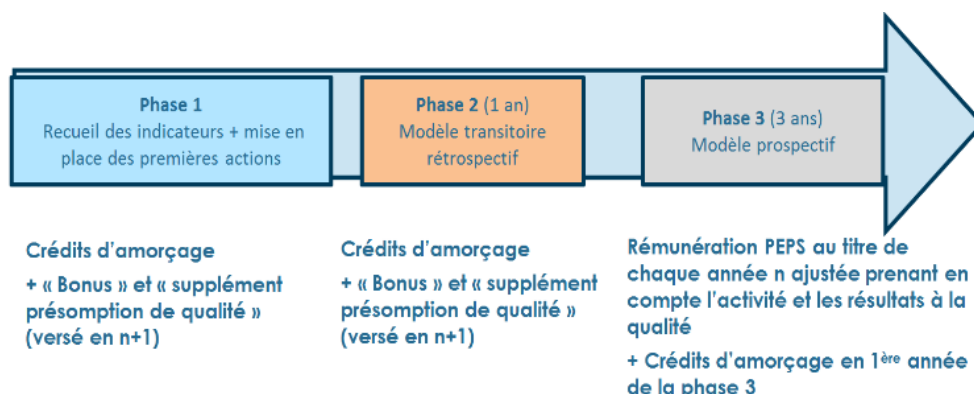
- Phase de lancement (une année) : la tarification à l'acte pour la patientèle retenue est maintenue, les équipes expérimentatrices sont accompagnées pour mettre en place la nouvelle organisation / gouvernance / moyens de recueil de l'information, et ajuster le modèle, le cas échéant ;
- Phase transitoire (1 an) : maintien de la tarification à l'acte avec financement rétrospectif et mise en place d'un bonus résultant de la simulation (le cas échéant) et versement d'un montant complémentaire visant à rémunérer la qualité ;
- Phase cible (3 ans) : suppression de la tarification à l'acte pour le profil de patientèle retenu, modèle de financement prospectif avec versement intégral de la rémunération PEPS, avec bonus éventuel et versement d'un montant complémentaire visant à rémunérer la qualité la première année (cf. schéma ci-dessous).

²⁶⁷ Rapport d'étape n°3 aout 2021_ juillet 2022

²⁶⁸ Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation nationale « Paiement en équipe de professionnels de santé en ville », 9 mai 2019

²⁶⁹ Premier CC publié par arrêté au JO du 3/7/2019, modifié par arrêtés du 30/12/2020 et du 20/11/2022

Schéma 3 : Calendrier de substitution du paiement à l'acte par la rémunération PEPS



Source : Cahier des charges PEPS

La bascule vers la rémunération PEPS au 1/1/2021 s'est déroulée à la date prévue pour 17 structures expérimentatrices.

En décembre 2020, soit une année après le démarrage de l'expérimentation et avant la « bascule », deux équipes s'étaient retirées de l'expérimentation, et quatre autres ont reporté le passage à la rémunération PEPS (bascule) en raison de son impact potentiel et du SI (insuffisance ?). Pour trois structures de la vague 2, elle a été fixée à l'année 2022.

Tous les expérimentateurs sont, à la date de la mission, en phase 3 : les expérimentateurs ayant basculé en vague 1 en 2021 réalisent leur troisième année avec le forfait PEPS, les expérimentateurs ayant basculé en vague deux réalisent leur deuxième année avec le forfait PEPS.

4.3 Résultats intermédiaires

La crise sanitaire a retardé le déploiement de l'expérimentation. Les données provisoires font état d'un taux de consommation des crédits de 36 % au mois d'octobre 2023 (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 4 : Etat des consommations des crédits PEPS (en M€)

	2019	2020	2021	2022	Oct. 2023
PEPS			4,1	5,2	6,7
Crédits amorçage	0,1	0,2	0,2	0,5	
Bonus		0,8	0,7	0,04	
Total	0,1	1	5	5,74	6,7
Taux de versements sur total prévisionnel (18,7 M€ cf. CDC révisé au 31/08/2023)	0,5 %	5,3 %	26,7 %	30,7 %	35,8 %

Source : Versements effectués au titre de la rémunération PEPS

La phase de calibrage du modèle, inhérente à toute expérimentation, s'est révélée particulièrement complexe. Plusieurs ajustements ont été opérés et annoncés aux expérimentateurs en septembre 2021²⁷⁰ :

- mise en place d'une dotation AME (annoncée en 2020), prise en compte dans l'ajustement du plafonnement (« corridor ») ;
- Prise en compte de la crise sanitaire (révision des bornes de modulation de l'activité) ;
- Suppression de l'indice de défavorisation (FDEP) ;
- Modification de la définition des non-consomphants.

... puis en 2022 :

- Finalement, la définition du patient « non consommant », qui avait évolué pour introduire une limite temporelle à la non-consommation, avant, est revenue à la définition du patient non consommant et au forfait initiaux (25 € par patient non consommant) ;
- Les chantiers sur les indicateurs SNDS et « clinico-biologiques » ont été arrêtés au vu de leur complexité²⁷¹ ;
- En octobre, les travaux menés sur le modèle ont mis en évidence une disparité territoriale permettant d'expliquer une partie des écarts de rémunérations entre les expérimentateurs, qui demeurait inexplicé par l'analyse des différentes variables.²⁷² Les travaux se sont poursuivis à ce sujet en 2023 ;²⁷³
- De même, la démarche pour recueillir l'expérience patient s'est avérée plus longue que prévu à mettre en place, en raison de la complexité des modalités de recueil, voire des réticences de structures, et finalement de l'absence de validation méthodologique de la démarche par la HAS (taux de « non applicable » trop élevé, population insuffisamment ciblée).

Par construction, les expérimentateurs avec le nombre d'actes moyens par patient le plus bas sont les plus avantagés par le modèle alors que ceux avec le nombre d'actes moyens le plus élevés sont ceux qui se rapprochent le plus de la rémunération à l'acte.

La découverte d'écarts de rémunérations entre des structures a priori similaires et non expliqués par les variables du modèle initial a conduit les expérimentateurs à réaliser des travaux pour intégrer une variable géographique. D'autres écarts s'expliquent par des différences structurelles. Ainsi les CDS se caractérisent par une moyenne de patients MT par médecin généraliste bien moins élevée qu'en MSP, de même qu'un taux de fidélisation bien moindre, pour quelques-uns, et moindre, pour la plupart, que les MSP expérimentatrices (75 % au minimum, versus 96 % au

²⁷⁰ Copil 31/08/2021.

²⁷¹ Comité de pilotage octobre 2022

²⁷² Rapport d'étape n°3 août 2021_ juillet 2022

²⁷³ Comité de pilotage octobre 2022

maximum)²⁷⁴. A la date de la mission, les écarts de rémunération entre structures s'expliquent par les différentes composantes du modèle.

Tableau 5 : Rémunération versée par structure participante (dernière année disponible : 2023), en €

(Tableau occulté en application de l'article L.311-6 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA))

Source : Direction de la sécurité sociale

Pour éviter de trop grands écarts de rémunération (à la hausse comme à la baisse), un dispositif de garantie de paiement/plafonnement des montants a été mis en place pour sécuriser les structures expérimentatrices prenant la forme d'un « corridor » de 0 à 20 % maximum du montant de la BRSS : une structure ne peut toucher une rémunération inférieure à ce qu'elle aurait touché à l'acte, ni être supérieure de plus de 20 % au montant de sa BRSS. Ce dispositif a été supprimé en 2023, le modèle d'estimation des dépenses de médecine générale ayant été rendu plus robuste. Deux structures ont bénéficié de cette garantie de rémunération et dix structures ont atteint le plafonnement lors de la dernière année d'application²⁷⁵.

La mise à jour des données issues des bases nationales en année N+1 concernant le nombre de patients par équipe a conduit à régulariser les rémunérations perçues les années précédentes, ce qui était prévu dans le schéma comptable initial, depuis le début de la bascule au paiement forfaitaire, et qui a pu se traduire pour les structures participantes par des reversements.

²⁷⁴ Copil du 16 novembre 2021

²⁷⁵ Source : CNAM / Direction de la sécurité sociale.

D'après le rapport d'information remis en 2023 par plusieurs députés, « *si le modèle est jugé relativement simple à mettre en oeuvre pour les professionnels qui bénéficient de leurs moyens en prévision et n'ont plus à se préoccuper de ce que rapporte chaque consultation, il est plutôt difficile à manier pour l'assurance maladie, qui doit notamment collecter toutes sortes d'indicateurs afin de parvenir à calculer et moduler le forfait (...)* ».

Ce même rapport relève que la nouvelle répartition des tâches entre professionnels de santé a permis aux équipes d'accroître leur file active entre 10 % et 20 % selon les équipes²⁷⁶. Ces données sont toutefois à manipuler avec précaution, puisque ces évolutions sont mesurées sans neutraliser les effets du recrutement de nouveaux professionnels de santé²⁷⁷.

Enfin, une partie des maisons de santé participantes (quatre) se sont retirées en cours d'expérimentation pour des diverses raisons (désaccord sur le partage de la rémunération, inquiétude sur l'articulation de l'activité avec celles des IDEL, départs à la retraite). Trois maisons de santé (deux en patientèle totale, une en patientèle diabétique) étaient parties prenantes à l'expérimentation, à la date de la mission. Le porteur souligne que les MPS expérimentatrices ont atteint un niveau de maturité qui leur permet de développer des organisations plus intégrées de coordination avec les IDE, le plus souvent salariées de la structure.

4.4 Premiers constats

4.4.1 La mise au point du modèle

4.4.1.1 Des difficultés opérationnelles de remontée d'informations

Du fait de la complexité du mode de calcul de la rémunération et de son caractère multifactoriel (et multivariables), la disponibilité, la qualité et la fiabilité des données sont cruciales.

L'ANAP, dans son retour d'expérience des premiers mois des expérimentations article 51, relève la place importante du SI, et la nécessité « de recueillir des données cliniques de manière standardisée et en continu »²⁷⁸.

D'une manière générale, la mise au point du système d'information (via une plateforme de recueil ad hoc) s'est avérée plus compliquée que prévu pour la remontée des informations des expérimentateurs PEPS, notamment s'agissant de « l'expérience patient ». Le comité de pilotage de juillet 2021 relève par exemple la faible acceptation par les expérimentateurs que la prise en

²⁷⁶ Rapport d'information enregistré à la présidence de l'assemblée nationale le 2 juin 2023. 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 présenté par M. Eric 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, députés.

²⁷⁷ Rapport d'information enregistré à la présidence de l'assemblée nationale le 2 juin 2023. 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 présenté par M. Eric 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, députés.

²⁷⁸ Source : ANAP « article 51 : premiers mois de mise en oeuvre des 3 expérimentations EDS, IPEP et PEPS », novembre 2020.

compte de l'expérience patient puisse jouer sur le financement de la structure, se traduisant par un « *refus d'adhérer au contenu du questionnaire et à la méthodologie de recueil de l'expérience patient stabilisée, donc faible engagement pour recueillir des adresses mails* ». ²⁷⁹

De plus, il a été constaté des problèmes de synchronisation des systèmes d'information de l'Assurance maladie avec au moins une partie des structures participantes, concernant une donnée cruciale, i.e. la file active des patients déclarés MT. Ces écarts de comptabilisation dans les bases de données respectives ont donné lieu à des analyses statistiques approfondies, lesquelles ont permis d'identifier une partie (seulement) des causes des écarts (délai de mise à jour de la file active d'un patient étant parti ou décédé, consolidation des bases de données de l'assurance maladie en mars N=1, problématique de mise à jour des données interrégimes...).

4.4.1.2 Un modèle qui n'est pas stabilisé à une année de sa date d'échéance

Le cahier des charges a été mis à jour en 2020 pour retranscrire les premières évolutions des composants de la rémunération, puis il a été également revu en 2022, pour retranscrire les derniers ajustements. ²⁸⁰ Les travaux de mise au point se sont poursuivis en 2023, alors que l'expérimentation doit s'achever début juillet 2024.

Indépendamment de ces ajustements, il ressort des entretiens avec l'ensemble de nos interlocuteurs que le calcul pour la détermination du montant de la rémunération est particulièrement complexe et qu'il n'est pas compris par la majorité d'entre eux (« *on n'a pas compris comment fonctionne notre rémunération* »²⁸¹) - deux d'entre eux évoquant spontanément « une boîte noire ».

De ce fait, les incertitudes sur le modèle sont une source d'inquiétude pour les gestionnaires des centres rencontrés, qui soulignent deux difficultés :

- l'impossibilité à ce stade d'établir une prévision sur le montant qui sera effectivement versé, certains versements ayant donné lieu à reversement, et certains éléments du modèle n'étant par construction pas connus à l'avance (ex. taux de fidélisation des patients). Cette incertitude sur le montant du chiffre d'affaires – qui existe également dans un modèle de tarification à l'acte -, est rapportée par un gestionnaire privé comme étant désincitative à de futurs investissements ;
- 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 à la facturation au fil de l'eau, effectuée dans le système de droit commun), et qui n'est pas toujours respectée (un retard d'un mois en période de congés de l'assurance maladie a été rapporté par un centre).

²⁷⁹ Copil 15/12/2020

²⁸⁰ Cf. arrêté du 19 juin 2019 relatif à l'expérimentation nationale d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville, Arrêté du 30 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 19 juin 2019 relatif à l'expérimentation nationale d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville, arrêté du 10 novembre 2022 relatif à l'expérimentation nationale d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville.

²⁸¹ Propos issu des entretiens.

Par ailleurs le fait d'implémenter un système dual - un modèle économique partiellement forfaitaire coexistant avec le modèle 100 % libéral (tarifé à l'acte) - a un impact sur le modèle économique des structures au forfait dès lors :

- Que l'« infidélité » des patients à son centre (exemple rencontré d'une importante offre libérale de soins non programmée à proximité) vient minorer le forfait effectivement versé au centre (ce qui n'est pas le cas pour la patientèle libérale MT) ;
- Qu'il est rapporté, par plusieurs de nos interlocuteurs, un effet d'éviction de la patientèle la plus complexe par les professionnels libéraux de certains secteurs sur le centre de santé (diminuant la productivité des centres en question) – cet effet, qui n'est pas étayé à ce jour, ne serait toutefois pas propre aux structures expérimentant l'article 51 puisqu'il a été rapporté par d'autres CDS à la mission tarifés à l'acte ;
- Qu'il a été également rapporté la pratique de certains professionnels de santé libéraux, déclarant en fin d'année d'office les patients rencontrés en consultation dans leur file active « médecin traitant » pour bénéficier de la rémunération afférente (calcul réalisé à partir de la file active MT déclarée annuellement au 31/12).

4.4.2 L'adhésion des professionnels et des patients

Le modèle de tarification PEPS n'est pas complètement substitutif à la tarification à l'activité pour la patientèle MT « incluse » dans l'expérimentation :

- 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.

4.4.2.1 Un modèle nouveau pour les patients

- Le besoin d'explicitation des prestations contenues dans le forfait, qui n'est pas « tout compris »

Nos interlocuteurs rapportent que les patients font part de leur incompréhension, lorsqu'il existe un reste à charge, non compris dans le forfait pour une partie des actes²⁸². Il a été cité le cas de patients qui s'étonnent du reste à charge à payer pour la réalisation d'un électrocardiogramme, ou encore, dans un centre, le refus par les patients d'être suivi par l'IPA, en raison du caractère payant du reste à charge (contrairement à un suivi « classique », par un médecin).

Il a été également cité la difficile préhension née de cette prise en charge duale pour les patients chroniques au long cours ou diabétiques, qui, outre des consultations MT (incluses dans PEPS), recourent régulièrement à d'autres PS (hors PEPS), tels que dermatologue, endocrinologue, etc....

- Le risque d'augmenter les demandes de consultations en l'absence de reste à charge

Dans un centre, les gestionnaires ont fait part du caractère incitatif d'un tel forfait pour une partie minoritaire mais non négligeable des patients, qui assimilent un « forfait » à la possibilité pour eux de bénéficier de consultations illimitées, et qui prennent rendez-vous plus facilement, dès lors qu'ils n'ont rien à payer et que tout est inclus dans le forfait (« certains reviennent toutes les semaines »²⁸³). Il a été cité le cas d'un patient venu consulter 36 fois en 2022. Cet effet, rapporté uniquement par des CDS en zone sous dense aux porteurs de l'expérimentation, mériterait d'être plus amplement documenté dans le rapport d'évaluation final.

Ce centre évoque la possibilité, pour gérer cet afflux supplémentaire de rdv, de confier la régulation de la prise de rendez-vous (téléphonique ou en ligne) à une IDE.

Au moins deux autres centres rencontrés par la mission (hors PEPS) ont organisé une prise en charge et une orientation par les infirmières à l'accueil, de manière non systématique uniquement pour les soins non programmés.

Cet effet devra être documenté dans le cadre de l'évaluation : les premiers résultats rapportés dans les comptes-rendus des comités de pilotage font état d'un nombre moyen de consultations hétérogènes selon les structures et les territoires, à l'instar de ce qui est constaté dans l'exercice libéral.

4.4.2.2 Pour les gestionnaires, deux systèmes d'information à gérer en parallèle

Plusieurs difficultés sont inhérentes au caractère expérimental de PEPS. Ainsi, parallèlement au système d'information mis en place pour PEPS²⁸⁴, le système d'information initial (de droit commun) est toujours en place. Les équipes expérimentatrices doivent, pour gérer leur structure, utiliser et maintenir les deux systèmes pour la facturation de l'activité.

Un centre rapporte par exemple des dysfonctionnements de la plateforme (rejet de certains numéros de sécurité sociale, dates de naissance...).

²⁸² 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.

²⁸³ Propos issu des entretiens.

²⁸⁴ qui reconstitue les données sur la base du SNDS

Pour l'Assurance maladie, l'absence d'interface ne permet pas de gérer les risques de manière informatisée. Par exemple, comme la rémunération PEPS n'étant pas totalement substitutive, il existe un risque de double facturation pour un patient MT intégré dans l'expérimentation. Or « *il s'avère difficile de savoir ce qui relève de la double facturation* »²⁸⁵.

Un centre interrogé qualifie de « chronophage » le temps passé en back office à gérer l'expérimentation, au-delà de ce qu'il avait anticipé en termes de temps et de moyens. Dans un centre, tous les agendas sont repris quotidiennement, la veille des consultations, pour identifier les patients PEPS / non PEPS et pouvoir codifier correctement l'acte à venir, la spécialité (MG/non MG)... Outre ce travail de vérification en amont, l'encaissement en aval peut s'avérer compliqué, par exemple pour un patient PEPS qui voit un spécialiste, au vu de l'hétérogénéité des tarifs (un centre cite par exemple les actes d'imagerie) et des actes pratiqués (comment coder l'acte d'un MG ayant un DU gynécologie). L'expérimentation génère au plan comptable un surcroît de travail administratif important (vérification mensuelle ligne à ligne de la recevabilité des actes PEPS/non PEPS).

Pour les centres, ce surcroît de travail administratif, correspondant à des coûts de coordination supplémentaires, n'est pas modélisé dans le forfait. Pour les porteurs de l'expérimentation, le forfait étant modélisé à partir des dépenses constatées pour la réalisation des actes, lesquels comprennent une prise en charge clinique et administrative, le forfait couvre la charge administrative induite.

4.4.2.3 L'articulation entre les deux modèles de financement

Les deux modèles (PEPS et droit commun) ne semblent pas parfaitement articulés, ce qui peut aboutir à une quasi « impasse » de financement :

- Outre les actes techniques et les soins réalisés dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), les indemnités kilométriques (IK) ne sont pas prises en charge dans le modèle PEPS. Or, les IK ne peuvent être facturées seules dans le droit commun (c'est-à-dire sans l'acte déclencheur associé, ce dernier étant compris dans le modèle PEPS). Pour résoudre cette difficulté, les équipes expérimentatrices doivent saisir (manuellement) leurs IK dans un tableau synthétique annuel agrégé pour les médecins et les IDE. ;
- la file active « médecin traitant » est appréciée une fois par an, à partir du stock de patient arrêté au 31/12. Dans le cadre d'une rémunération forfaitaire, un patient qui décède en cours d'année, ou qui change de médecin traitant en cours d'année, ne figure pas dans la file active, quand bien même il aurait consommé des soins, ce qui génère un manque à gagner potentiellement important ;
 - Les pratiques coordonnées sont en pratique très diversement implémentées dans les centres participants.

La mise en place de protocoles de coordination MG/IDE prend du temps. Dans la majorité des centres rencontrés expérimentant PEPS ou PRIMORDIAL, comme dans beaucoup d'autres centres pluriprofessionnels, nos interlocuteurs font part des hésitations d'une partie des médecins à s'inscrire dans une démarche approfondie de partage des actes médicaux et de coordination des

²⁸⁵ Comité de pilotage octobre 2022.

soins avec les infirmières (quand bien même ils y ont été sensibilisés lors de leur recrutement), voire des réticences de certains patients (parfois motivées par l'existence d'un reste à 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).

Un centre indique également que l'organisation des consultations en binôme MG/IDE aurait permis (à vérifier) d'obtenir une file active de patients supérieure à deux fois celle de la moyenne nationale pour 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 de l'association Asalée), à l'instar des pratiques d'autres centres hors expérimentation PEPS.

- Une difficulté à considérer que la rémunération PEPS vise à rémunérer une prise en charge globale, liée au fait que le forfait ne prendrait pas en compte l'ensemble des tâches / charges incombant à la structure

Le porteur du projet souligne que PEPS a été conçu pour expérimenter uniquement la substitution de rémunération à l'acte en médecine générale par une rémunération au forfait sur ce même périmètre, et non pour mettre en place un modèle économique pour solvabiliser l'ensemble des activités d'un centre de santé.

Il revient aux CDS expérimentateurs d'établir un point d'équilibre entre les activités « hors forfait » - désincitatives à la coordination - et celles qui sont au forfait – incitatives à la coordination, ce qui, dans l'exercice quotidien, peut s'avérer compliqué.

Ainsi, un centre rencontré, où une partie des médecins travaillent en binôme avec des infirmières, y compris à domicile - uniquement pour les patients lourds dont la prise en charge complexe nécessite un tel personnel, - rapporte l'absence de valorisation du temps passé par les PS et notamment par l'infirmière : une fois par trimestre, au domicile, pendant que l'infirmière aide au déshabillage le patient et prend sa tension, le médecin prend connaissance du dossier (parfois un traitement nécessitant le renouvellement d'une dizaine de médicaments), des résultats d'examen. Le binôme discute du suivi à mettre en place lors du passage de l'infirmière au domicile, qui assure le suivi une fois par mois. Le centre rapporte qu'une telle organisation, en dépit des externalités positives pour le système de santé (cette organisation évite l'hospitalisation de ces patients), s'avère économiquement contreproductive.

Un autre centre a cité le cas des consultations conjointes, lorsque, par exemple, cela peut éviter un autre passage (ex. pansement complexe), ou le travail d'accueil et d'orientation par les infirmières sur les consultations de soins non programmées qui peut représenter jusqu'à 30 % de son temps de travail (dans certains centres, pas tous).

Dans ces deux cas, pour le porteur, dans la mesure où le passage de l'IDE se substitue à du temps MG, il est rémunéré. L'augmentation de la file active doit s'effectuer en optimisant les temps de prises en charge sur les différents profils.

Un autre interlocuteur considère que le cas des nourrissons, dont la fréquence de consultations, très importante les premiers mois après la naissance, n'a pas été prévue dans le forfait patient MT. Cet exemple est illustratif de la difficulté des expérimentateurs de décorrélérer le financement au

Graphique 5 : Résultat CDS par année (2019-2022) à partir des montants totaux de dépenses et de recettes déclarés dans e-CDS, en €

(Graphique occulté en application de l'article L.311-6 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA))

La mission souligne toutefois que ces résultats sont issus des données déclaratives des centres et non des documents de présentation des comptes annuels : les résultats courants peuvent différer sensiblement (cf. centres XXXXXXXX et XXXXXXXX). (Éléments occultés en application de l'article L.311-6 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA))

4.4.3.2 Effet sur la patientèle MT de la mise en œuvre de pratiques coordonnées

La mission a par ailleurs comparé le ratio des centres PEPS file ou MEP en ETP à la moyenne des CDS pluriprofessionnels pour l'année 2018 (avant expérimentation) et l'année 2022 pour le ratio suivant : patientèle totale MT / nb de médecins généralistes et MEP en ETP. On peut en effet s'attendre que la mise en place de pratiques coordonnées avec les infirmières de la structure entraîne une augmentation sensible de la file active MT rapportée au nombre de médecins généralistes (graphiques ci-dessous).

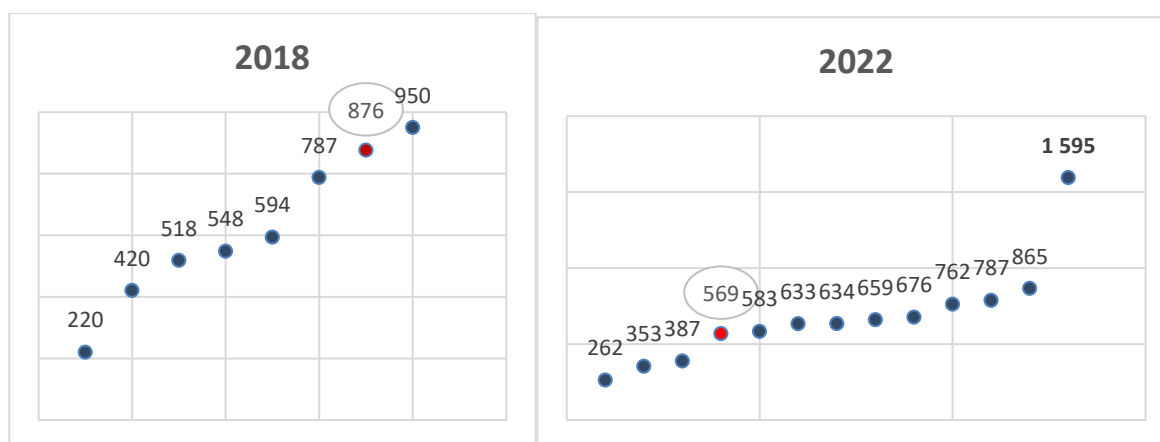
Pour rappel, d'après l'Assurance maladie, la patientèle totale MT pour les MG en médecine libérale s'établissait à 960 patients / MG en 2021²⁸⁶. En 2022, seul un CDS sur les 13 dépasse ce seuil de près de 60 %, en l'occurrence celui qui a rapporté à la mission avoir mis en place une organisation reposant sur une pratique coordonnée et intégrée MG/IDE (accueil en binôme).

Sur les 12 participants à l'expérimentation PEPS, 8 CDS ont une patientèle MT/MG supérieure à la moyenne des CDS pluriprofessionnels constatée pour l'année 2022 (569). En 2018 – avant crise sanitaire et engagement dans PEPS, sur les 7 centres participants à PEPS en 2022 pour lesquels des données ont été communiquées par l'Assurance maladie, aucun n'atteignait le seuil des 1 000 patients / ETP MG, un seul enregistré un taux supérieur à la moyenne des CDS constatée pour l'année 2018 (graphiques ci-dessous).

²⁸⁶ Rapport et propositions pour 2023, Assurance maladie, juillet 2022. 20 % des médecins généralistes ont une patientèle MT adulte inférieure à 500 patients (2021).

Au cours de la période 2018-2022, les difficultés rencontrées par les centres pluriprofessionnels dans ses échanges (papier et/ou dématérialisés) avec l'Assurance maladie pour déclarer leur patientèle MT incite toutefois à considérer ces données avec prudence : ainsi la chute du taux de patientèle moyen MT entre 2018 et 2022 (-53 %) pour les centres pluriprofessionnels ne peut s'expliquer uniquement pour des raisons liées à la crise sanitaire.

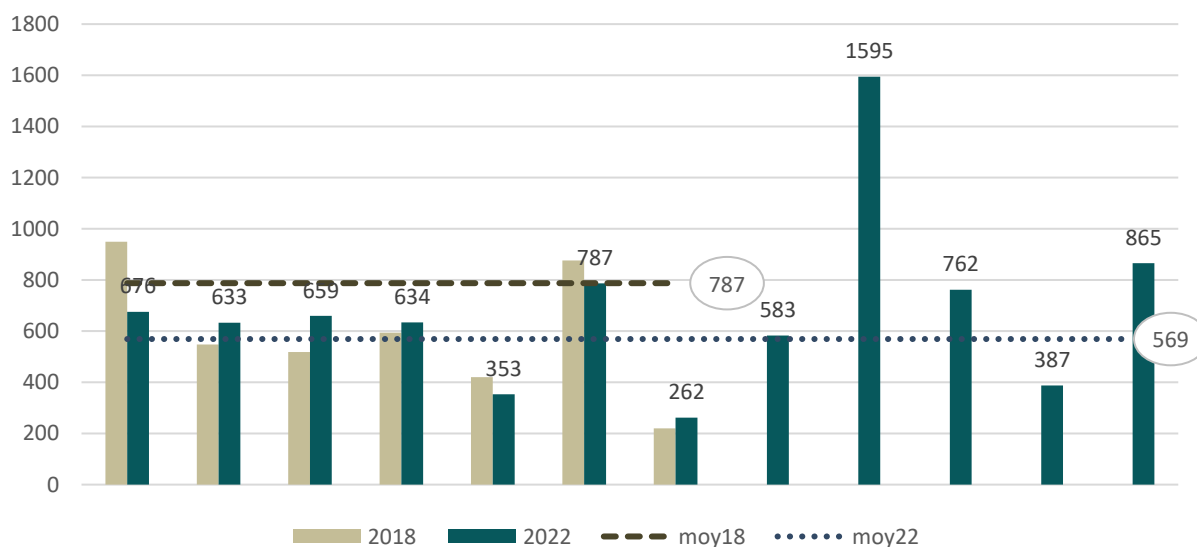
Graphique 6 : Taux patientèle totale médecin traitant / nombre d'ETP MG + MEP, 2018 et 2022 (*)



Source : Mission

Le chiffre entouré est celui de la moyenne enregistrée pour les CDS pluriprofessionnels Assurance maladie

Graphique 7 : Taux patientèle totale MG / nombre d'ETP MG + MEP, 2018 et 2022 (*)



Source : Mission

Le chiffre entouré est celui de la moyenne enregistrée pour les CDS pluriprofessionnels.

5 Les spécificités de l'expérimentation PEPS/PRIMORDIAL

5.1 Principe / présentation

L'expérimentation PRIMORDIAL consiste à appliquer le même modèle de financement au forfait issu de l'expérimentation PEPS à des centres de santé nouvellement créés dans des zones de désertification médicale, avec le versement du forfait dès l'ouverture (pas d'année blanche)²⁸⁷. Cette expérimentation prévoit d'internaliser la coordination des soins MG/IDE avec « *la mise en place d'un parcours standard de prise en charge des patients, intégrant notamment l'orientation des patients en amont de la consultation en fonction de leurs besoins (vaccination, renouvellement d'ordonnance...) et de leurs symptômes avec l'utilisation d'un outil digital et/ou une infirmière d'orientation, ainsi que la délégation de tâches dans la mesure du possible en utilisant les protocoles de coopération déjà validés dans les régions ciblées* »²⁸⁸.

Ce projet a pour ambition de décliner certains principes d'organisation des soins et de fonctionnement issu du modèle suédois, sans toutefois le reproduire à l'identique, avec toutefois un modèle de rémunération distinct de celui mis en place dans ce pays nordique.

Cette expérimentation, portée par le groupe RAMSAY Générale de Santé, concerne cinq centres de santé : trois centres situés en région Auvergne Rhône Alpes (Bourg-de-Péage, Oyonnax, Pierrelatte), et deux centres en Ile de France (Argenteuil et Ris-Orangis), dont l'ouverture s'est échelonnée entre décembre 2021 et novembre 2022²⁸⁹.

Le coût total de l'expérimentation est estimé à 11,2 M€ financés sur le FISS, auxquels s'ajoutent 206 K€ au titre des crédits d'amorçage et ingénierie²⁹⁰.

La fin de l'expérimentation PEPS est prévue cinq années après la date d'ouverture du premier centre de santé, soit en décembre 2026²⁹¹.

²⁸⁷ cf. Avis actualisé du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation PRIMORDIAL « Les soins primaires c'est Primordial », juin 2021

²⁸⁸ cf. Avis actualisé du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation PRIMORDIAL « Les soins primaires c'est Primordial », juin 2021

²⁸⁹ 6/12/2021 ouverture du centre Bourg de Péage, 31/01/2022 ouverture du centre Pierrelatte, 19/04/2022 ouverture du centre Ris-Orangis, 28/06/2022 ouverture du centre Argenteuil, 02/11/2022 ouverture du centre d'Oyonnax.

²⁹⁰ Arrêté du 31 août 2023 modifiant l'arrêté du 21 octobre 2020 relatif à l'expérimentation PRIMORDIAL.

²⁹¹ Arrêté du 21 octobre 2020 relatif à l'expérimentation PRIMORDIAL. L'arrêté du 21 octobre 2020²⁹¹ annexant le cahier des charges à l'expérimentation PRIMORDIAL a été modifié par arrêté du 29 juin 2021 puis par arrêté du 31 août 2023.

5.2 Résultats intermédiaires

Tableau 7 : Etat des consommations des crédits PRIMORDIAL (en M€)

		2020	2021	2022	2023	2024(prev)
Estimation cahier des charges 2020 (initial)	PRIMORDIAL	1,1	2,7	2,73	2,73	2,73
	Crédits amortage	0,117	0,045	0,045		
	Total	1,217	2,745	2,775	2,73	3,73
Versements effectifs	Crédits amortage	0,117	0,045	0,045		
	Financement prospectif			0,7	2,23	2,56
	Total	0,117	0,045	0,745	2,23	2,56
	Taux de versements sur total prévisionnel (*)	1,0%	0,4%	6,7%	19,9%	22,9%

Source : CNAM/DSS, (*)11 197 016 € cf. cahier des charges révisé au 31/08/2023

Les rémunérations par centre participant sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 8 : Rémunération par CDS participant (dernière année disponible : 2022),
en €

(Tableau occulté en application de l'article L.311-6 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA))

Un premier rapport d'étape, établi en octobre 2022 par le porteur²⁹², c'est-à-dire moins d'une année après l'ouverture du premier centre, fait état des éléments suivants :

- Le recrutement des médecins et des infirmières s'est avéré plus compliqué que prévu, ainsi que, dans certains centres, pour la mise à disposition d'infirmières de l'association Asalée ;
- Les centres, lors de leur ouverture, ont été « envahis par les patients ou les appels au moment de l'ouverture (et même en amont), lié au manque de médecins généralistes dans ces villes et aux besoins importants de la population. Les rendez-vous ont été pris d'assaut et avons dû stopper très vite les RV pour garder des plages d'urgences et pouvoir soigner correctement ces patients ».
- Les premiers rendez-vous de consultation ont pris plus de temps que prévu (souvent les dossiers ne sont pas non récupérés...) car certains patients n'ont pas été suivis depuis longtemps ;

²⁹² Rapport d'étape PRIMORDIAL, 10/2022, Ramsay

- Une première analyse de la patientèle fait ressortir, dans les deux centres de la région Auvergne Rhône Alpes, une forte proportion de patients ALD/CMU/ AME dans la patientèle totale), et nomade (Bourg de Péage), alors que la patientèle dans les centres de la région Ile de France est plus hétérogène, (bien que également nomade dans un centre - Argenteuil), avec une forte proportion de patients (entre 30 % et 50 % selon les centres) qui ne parlent pas français, ce qui rallonge le temps de consultation ;
- Concernant les pratiques de délégation, le rapport fait état d'actions de sensibilisation des médecins (visite de centres de santé en Suède), de la délégation de l'accueil des patients en premier rendez-vous à une IDE assistante, de la délégation de suivi de malades chroniques à des IDE Asalée, et la rédaction de protocoles de délégation en cours associant médecins et infirmières des centres.

A la date de rédaction du rapport, la délégation de tâches aux IDE assistant n'était pas complètement déployée dans tous les centres (protocolisation en cours, régulation des urgences par un IDE, éducation des patients), de même que le tableau de bord de suivi de l'expérimentation n'était pas mis en place (actions, indicateurs).

5.3 Premiers constats

5.3.1 Un modèle économique moins favorable à une installation en zone sous consommatrice de soins

Comme évoqué précédemment, le modèle PEPS prévoit une pondération de la rémunération par la consommation de soins moyenne du département, ce qui, par construction, rend la rémunération moins attractive dans les zones à moins forte densité médicale, où la consommation de soins est moins élevée, et rend la rémunération attractive dans les zones à forte densité médicale, où la consommation de soins est plus élevée. Des travaux sont actuellement en cours pour moduler le forfait en zone sous dense (vraisemblablement basée sur l'APL) afin de permettre aux équipes installées sur ces territoires de financer davantage de temps soignants.

Les autres « limites » ou freins évoquées pour le modèle PEPS, évoquées supra, valent également pour l'expérimentation PRIMORDIAL, qui en est dérivée.

5.3.2 Des pathologies plus lourdes, compliquant la mise en place d'une politique de prévention

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 » (je mène des actions de préventions => qui donnent des résultats positifs en termes 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 à la prise en charge).

Il est possible d'initier ce cercle vertueux plus facilement si :

- La demande de soins n'est pas trop excédentaire par rapport à l'offre de soins – ce qui n'est pas le cas en zone de désertification médicale ;
- La patientèle fait d'ores et déjà l'objet d'un suivi sanitaire régulier (MT, accès aux soins secondaire)– ce qui n'est pas le cas en zone de désertification médicale, l'ensemble de nos interlocuteurs²⁹³ évoquant les queues de plusieurs heures au petit matin lors l'ouverture du centre, le « raz-de-marée »²⁹⁴ des appels téléphoniques pour obtenir un rendez-vous (et la saturation chronique des standards, les « centaines d'appels perdus par jour »), l'effet de « déstockage » ou de « rattrapage », avec des dossiers médicaux de plusieurs kilos présentés lors de la première consultation, des patientèles « n'ayant pas vu de médecin depuis plusieurs années », etc.

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, 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.

5.3.3 Une expérimentation éloignée du modèle suédois

En Suède, le forfait de rémunération attribué à un centre pour la prise en charge d'un patient est déterminé en fonction de la typologie de la patientèle et inclut une variété de prestations de soins (médicaux, infirmiers, examens médicaux) qui sont actuellement hors forfait PEPS. En outre, les patients doivent s'acquitter d'une franchise à chaque passage qui varie, selon les comtés, de 11 à 17 euros²⁹⁵. Le montant du forfait comme le panier de soins peut varier selon les comtés en fonction des politiques de santé locales.

Une autre différence réside dans la prise en charge de la santé mentale.

En Suède, « *au centre de santé, on trouve plusieurs types de professionnels de santé, ce qui permet d'offrir les soins les plus polyvalents possibles. Le patient consulte généralement un médecin spécialiste en médecine générale, une infirmière ou une infirmière de district, mais peut également être amené à consulter des psychologues, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes ou d'autres professionnels de santé comme les diététiciens (...) en cas de besoin, le patient doit pouvoir bénéficier d'une consultation médicale dans les trois jours. Celle-ci est assurée par un professionnel de santé qui peut être un médecin mais aussi une infirmière ou un psychologue* »²⁹⁶.

²⁹³ Entendu au sens de tous les CDS vus et s'étant installé en zone sous dense, pas uniquement les CDS PEPS/PRIMORDIAL.

²⁹⁴ Propos issus des entretiens.

²⁹⁵ Sauf cas d'exonération ex. moins de 20 ans, ou application de la règle de plafonnement annuel des dépenses de consultation de l'ordre de 120€. Sources : « *La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens* », annexes, monographies, mission études et recherche, HAS et rapport d'information R 2022-216 du Sénat sur l'accès aux soins en Suède, établi en 2022 par la Commission des affaires sociales.

²⁹⁶ Cf. annexe internationale : voir le cas de la Suède.

A la différence des centres de santé suédois, les centres de santé PRIMORDIAL ne proposent pas de consultations psychologiques pour prendre en charge certaines consultations de santé mentale, qui concernent (d'après le porteur du projet) entre 30 % et 40 % des demandes de consultation de premier recours en Suède.

6 Structures d'exercice coordonné participatives (SEC PA)

6.1 Objectif et principe

La rémunération SECPA prend la forme de dotations complémentaires attribuées aux centres de santé « participatifs » afin de financer les prestations découlant des missions de santé participative, telles que définies dans le CC²⁹⁷ de l'expérimentation : mission d'exercice de proximité, accueil spécifiquement adapté aux personnes vulnérables, soutien psychologique, médiation en santé, démarche participative, accompagnement social, interprétariat professionnel, prévention, promotion et éducation à la santé, formation/évaluation de la démarche participative.

L'objectif est de tester les conditions d'exécution de ces dotations dans un panel de 26 structures pour définir un modèle économique de la santé participative et donc déterminer les financements nécessaires à la santé participative, en identifiant les financements en doublon ou manquant, les paramètres financiers du modèle et les indicateurs de suivi de cette activité (le cas échéant via un CPOM).

Schéma 4 : Identification des 4 dotations SECPA (fongibles entre elles)



Source : rapport d'étape SECPA 2021/2023

²⁹⁷ Cahier des charges publié au JO le 1/8/2021 et modifié le 5/7/2022.

6.2 Coût et déroulement du projet

Un rapport de de l'IGAS consacré au modèle économique des centres et maisons de santé dits « participatifs »²⁹⁸, remis au début de l'année 2021, a établi les caractéristiques spécifiques de ces centres « participatifs » et la fragilité de leur modèle économique intrinsèque, du fait d'une activité médicale moins rémunératrice et de leur besoin de moyens et de subventions plus important.

Ses conclusions ont permis d'affiner le montant et la répartition des financements associés à l'expérimentation SECPA, dont le coût total a été fixé à 30 M€ financés sur le FISS, sur une durée de 29 mois²⁹⁹.

L'expérimentation a débuté en août 2021 dans six structures, avant qu'elle soit rejointe par une deuxième vague de 20 expérimentateurs en mars 2022 (cf. schéma ci-dessous).

A noter que sur les six structures ayant participé à l'élaboration du cahier des charges (ACSBE La Place Santé, Village 2 santé, La case de santé, Le château en santé, La maison urbaine de santé du Neuhof, La santé commune), quatre participent également à l'expérimentation PEPS.

Schéma 5 : Déroulement de l'expérimentation de 2020 à 2022



Au 30/6/2022, 26 structures participaient à l'expérimentation, dont 12 CDS, dans 12 régions au bénéfice de l'ensemble de la patientèle de ces centres.

²⁹⁸ « Modèle économique des centres et maisons de santé participatifs », établi par Corinne Cherubini, Valérie Gervais, Régis Pelissier, 2020-057R, janvier 2021.

²⁹⁹ Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation nationale « Paiement en équipe de professionnels de santé en ville », 9 mai 2019

6.3 Extraits du rapport d'évaluation intermédiaire

Le rapport d'évaluation intermédiaire remis le 31/03/2023, établi par le cabinet Accenture, à partir des données déclaratives, met en évidence les éléments suivants, qui devront être confirmés et étayés par l'évaluation définitive :

- un large spectre de missions de santé définies comme étant « participatives » sont mises en œuvre au sein de ces structures. Le nombre de mission « participatives » remplies (« confirmé ou supposé »³⁰⁰), s'établit en moyenne à 11,8 par structure sur les 14 missions préalablement définies. Quatre d'entre elles sont remplies par l'ensemble des structures : interprétariat professionnel, accompagnement social, soutien psychologique, travail en réseau/partenariats, et deux ne sont que partiellement exécutées : information des usagers sur la démarche participative (7 structures), évaluation de la mise en œuvre de la santé participative (15 structures). Toutefois, comme le relève justement ce rapport, une partie de ces missions se confondent avec celles que l'ensemble des CDS peuvent exercer selon les textes en vigueur³⁰¹, qu'ils soient ou non participatifs et/ ou déjà (partiellement) rémunérées dans le cadre de l'accord national des CDS : fonction de coordination des parcours patients, travail en réseau/partenariat, prévention, promotion et éducation de la santé, formation.
- Parmi les nouvelles activités développées grâce à la dotation SECPA, on trouve des « actions impliquant les usagers, l'interprétariat et l'aller-vers » ;
- D'autres activités préexistantes (accueil/orientation, coordination, travail en réseau et actions de prévention, promotion et éducation à la santé) ont été « renforcées » ;
- En revanche, les temps consacrés à la coordination entre professionnels (qui existaient avant l'expérimentation dans la totalité des structures) n'ont que faiblement augmenté dans la majorité des structures.

Les principaux freins relevés sont le financement hors temps humain dédié à la santé participative, le manque d'espace, les difficultés de recrutement et le manque de disponibilité des professionnels. Entre 20 % et 50 % des structures déclarent avoir des difficultés à se projeter au-delà de l'expérimentation, pointe un déficit d'accompagnement par la gouvernance, considèrent l'expérimentation comme chronophage et comme trop courte, et des difficultés d'intégration et de cohésion des équipes.

En moyenne, les CDS ont consommé 90 % de la dotation reçue (soit en moyenne 308 K€ sur 339 K€ par CDS), alors que les MSP ont consommé 46 % de la dotation reçue (soit en moyenne 242 K€ sur 524 K€ par MSP) :

- « La dotation 1 rémunérant les activités « participatives » réalisées par des professionnels autres que les professionnels de santé, qui représente en moyenne 63 % de l'enveloppe dépensée par les structures, a été consommée à hauteur de 69 % en moyenne, mais de manière hétérogène selon le type de structure » ; (...)

³⁰⁰ Rapport d'évaluation intermédiaire Accenture

³⁰¹ Cf. article L 6323-1-1 du code de la santé publique.

- « La dotation 2 rémunérant les temps consacrés par les professionnels de santé à la démarche participative, qui représente en moyenne 31 % des montants consommés par les structures contre 12 % des montants qu'elles ont reçus, a été surconsommée par la majorité des structures (12 sur les 14 étudiées), et de manière significative pour les CDS » (il s'agit d'une dotation versée aux professionnels de santé en complément seulement de leurs salaires/honoraires, en dédommagement du temps qu'ils consacrent aux actions de santé participative) ;
- « La dotation 3 finançant le recours à des services d'interprétariat professionnel est largement sous-utilisée par les structures » ;
- « La dotation 4 finançant le soutien psychologique, à laquelle se substitue en partie ou en totalité les financements de la mesure 31 du Ségur, quand la structure la perçoit, est versée à 65 % des structures étudiées ». Elle est consommée à hauteur de 18 % en moyenne, et réallouée par la moitié des structures au financement d'autres missions.

Le montant des dotations consommées représente entre 19 % et 55 % des produits totaux des CDS participants à l'expérimentation (42 % en moyenne, toutes structures confondues) : « *les cas d'étude analysés révèlent à ce stade un impact positif important des dotations SECPA sur les budgets des structures* ».

Il n'est pas précisé dans quelle mesure la dotation a eu un effet positif ou négatif sur l'équilibre économique des structures participantes.

Comme pour les expérimentations précédentes, l'échantillon des participants n'est pas représentatif de la population des centres potentiellement concernée par une éventuelle inscription dans le droit commun de l'expérimentation : le recrutement des participants s'est effectué sur la base du volontariat.

ANNEXE 4 : Présentation de l'accord national des centres de santé et analyse de la rémunération spécifique issue de l'accord (2018-2022)

Cette annexe présente successivement :

- une présentation de l'accord national des centres de santé du 8 juillet 2015, mise à jour à partir des éléments figurant dans l'annexe n°9 du rapport IGAS n°2022-040³⁰², de la documentation transmise par la CNAM et/ou disponible en ligne sur ameli.fr. Une présentation de cet accord est également disponible dans l'annexe 1 « Centre de santé pluriprofessionnels - synthèse bibliographique » établie par l'ANAP en juin 2021 ;
- une analyse de l'application de cet accord aux centres pluriprofessionnels (c'est-à-dire les centres médicaux et polyvalents comptant au moins un médecin généraliste et un auxiliaire paramédical parmi leurs salariés), présentant les indicateurs et les montants versés par l'Assurance maladie au cours des années 2019 à 2022, à partir des données établies à la demande de la mission par l'Assurance maladie³⁰³ ;
- un point sur les missions de prévention exercées en CDS pluriprofessionnels.

Remarques préliminaires :

Les centres pluriprofessionnels, définis dans la lettre de mission comme comptant au moins un médecin généraliste et un auxiliaire paramédical, se retrouvent classés dans deux catégories de centres de santé, au sens de l'accord national des centres de santé : les centres de santé médicaux et les centres de santé polyvalents. Ces derniers peuvent ne pas être pluriprofessionnels, au sens de la lettre de mission, si, par exemple, un centre médical ne comprend pas de médecin généraliste (mais uniquement des spécialistes), ou s'il ne comprend pas d'auxiliaire paramédical. Un centre de santé polyvalent peut ne pas être pluriprofessionnel, au sens de la lettre de mission, si par exemple, il ne comprend pas de médecin généraliste, ou s'il ne comprend pas d'activité para médicale (par exemple un CDS comprend un MG et un chirurgien-dentiste).

- La subvention Teulade

Outre la rémunération spécifique issue de l'application de l'accord national des centres de santé, les caisses primaires d'assurance maladie versent aux centres de santé qui la demandent une

³⁰² Rapport IGAS n°2022-040 relatif à l'évaluation de la situation économique et des perspectives de développement des centres de soins infirmiers dans l'offre de soins de proximité, novembre 2022.

³⁰³ Ces données peuvent différer, dans leurs montants totaux, des données présentes sous e-CDS, retravaillées par la mission par ailleurs à des fins de fiabilisation de l'analyse financière globale présentée en annexe 1 : les champs d'analyse diffèrent.

subvention dite « Teulade »³⁰⁴ depuis 1993³⁰⁵, consistant à rembourser à l'employeur 11,5 % de la rémunération brute des praticiens et auxiliaires médicaux salariés du centre de santé³⁰⁶. Le bénéfice de cette subvention est conditionné depuis la LFSS pour 2022 au conventionnement avec l'assurance maladie.

Pour obtenir ce remboursement, le centre doit transmettre un état déclaratif faisant apparaître le montant de l'assiette totale des cotisations maladie due par le centre en qualité d'employeur (le montant de la part de cette assiette correspondant aux personnels salariés médicaux et paramédicaux susvisés pour les années concernées) ainsi qu'une attestation délivrée par l'URSSAF certifiant du versement des cotisations pour la période concernée et faisant apparaître le montant des cotisations maladie acquittées³⁰⁷.

- L'accompagnement des centres de de santé de la mise en œuvre de l'accord par l'Assurance maladie

Depuis 2022, une lettre réseau de l'Assurance maladie détaille la procédure d'accompagnement des centres de santé (encadré ci-dessous) pour « organiser le suivi régulier des structures d'exercice coordonné ».

Extrait relatif à l'accompagnement par l'Assurance maladie des centres de santé

L'accompagnement des centres de santé s'intègre dans la stratégie du déploiement de l'exercice coordonné pluri professionnel pilotée par les binômes ROC. Les Référents des Organisations Coordonnées (ROC) s'appuient sur les ressources internes praticiens conseils, statisticiens, Délégués de l'Assurance Maladie (DAM), Référents Convention et Professionnels de Santé (RCPS), chargés de prévention, Délégués Numériques en Santé DNS), référent MISAS (..) en coordination avec les DTARS, les référents MSA, les fédérations (..) pour organiser le suivi régulier des équipes de soins pluriprofessionnelles (ESP, MSP), les CPTS, et les centres de santé dans une approche territoriale.

Au-delà du suivi des indicateurs des contrats conventionnels, l'accompagnement pro actif vise à enrichir les projets de santé sur la base des diagnostics et des offre existantes sur les territoires afin d'optimiser la complémentarité des échelles de la coordination pluri professionnelle.

L'accompagnement des organisations coordonnées pluri professionnelles est organisé sous forme de visites pluri annuelles « en équipe » tant du côté de l'assurance maladie (le ROC associe les ressources qui interviennent dans ces réunions) que du côté des structures et des CPTS, afin de maintenir une dynamique d'analyse partagée et de co-construction des actions mises en place pour répondre aux missions conventionnelles.

Pour les centres de santé la particularité du salariat doit être prise en compte, le gestionnaire de centre étant attentif aux déclarations MT, aux facturations, aux indicateurs du contrat et notamment à la ROSP qui ont un impact sur l'équilibre financier du centre. Il est préconisé de préparer l'ordre du jour des réunions avec ces gestionnaires de centre afin de cibler les points d'attention à partager avec les professionnels de santé salariés.

³⁰⁴ Du nom du ministre des affaires sociales et de l'intégration de l'époque, M. René Teulade.

³⁰⁵ 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.

³⁰⁶ 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.

³⁰⁷ Source : Assurance maladie

Compte tenu des délais courts pour rencontrer les centres de santé dans une période où l'accompagnement des CPTS et des MSP mobilise les équipes, il est possible d'organiser la présentation de l'avenant 4 en webinaire avec tous les centres de santé et d'organiser les visites individuelles en équipe sur site dans le courant du second semestre 2022. Les fédérations des centres de santé ont rappelé lors des négociations conventionnelles et les commissions paritaires leur attachement à un accompagnement individualisé de la ROSP et ont souhaité bénéficier des visites avec des profils patientèle similaires à ceux proposés aux MSP. Un groupe de travail national composé de représentants du réseau a transposé les profils MSP patientèle,

pathologies (IC et diabète) et a créé un profil « activité » pour les centres de santé médicaux et polyvalents.

Ces profils ont été élaborés avec les organisations représentatives des centres de santé et seront présentés lors d'un webinaire au second semestre 2022, auquel seront conviés les ressources susceptibles de les présenter avec les ROC : les DAM, les RCPS, les chargés de prévention.

Comme le précise la LR-DDGOS-29/2022, **deux** visites annuelles sont préconisées pour l'accompagnement des centres de santé : une pour le suivi de l'accord et ses avenants en intégrant le suivi de la ROSP, l'autre pour la présentation des profils. L'accompagnement des centres de santé s'enrichit cette année d'une visite post création.

Source : *Lettre réseau de l'Assurance maladie LR DDGOS 54-2022*

Les médecins libéraux ont fréquemment des visites des délégués de l'Assurance maladie (DAM) qui leur transmettent des données d'activités afin d'avoir une visibilité sur les pratiques, d'avoir des outils importants leur permettant d'effectuer un feedback et travailler avec les équipes.

Des entretiens avec la mission avec les gestionnaires des centres, il s'avère que les visites aux centres de santé sont mises en œuvre de manière variable selon les caisses primaires d'assurance maladie (une, deux ou pas du tout). La CNAM/DDO comptabilisait 450 visites de centres de santé à la fin du mois de septembre 2023 – ce qui atteste de la mise en place progressive de cet accompagnement, au vu du nombre total de centres de santé. Le ressenti majoritaire, à l'issue des entretiens, est celui d'un manque d'accompagnement par les gestionnaires.

SOMMAIRE

ANNEXE 4 : PRESENTATION DE L'ACCORD NATIONAL DES CENTRES DE SANTE ET ANALYSE DE LA REMUNERATION SPECIFIQUE ISSUE DE L'ACCORD (2018-2022)	337
1 PRESENTATION DE L'ACCORD NATIONAL DESTINE A ORGANISER LES RELATIONS ENTRE LES CENTRES DE SANTE ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE DU 8 JUILLET 2015 ...	341
1.1 MODALITES D'ADHESION	343
1.2 REMUNERATION FORFAITAIRE SPECIFIQUE AUX CDS	345
1.3 LA TRANSPOSITION DES REMUNERATIONS FORFAITAIRES DES MEDECINS LIBERAUX.....	354
1.4 LES CONTRATS DEMOGRAPHIQUES ELIGIBLES AUX CDS MEDICAUX/POLYVALENTS JUSQU'EN 2022 (PERIODE SOUS REVUE DE LA MISSION)	357
1.5 LA REMUNERATION ISSUE DE LA PARTICIPATION A LA PERMANENCE DES SOINS	363
1.6 LES AIDES A L'EMBAUCHE D'ASSISTANTS MEDICAUX ET D'INFIRMIERE EN PRATIQUE AVANCEE.....	363
2 ANALYSE DES MONTANTS DE REMUNERATION FORFAITAIRE SPECIFIQUE AU COURS DE LA PERIODE 2017-2021 VERSES AUX CSI.....	366
2.1 DONNEES GLOBALES ET MOYENNES POUR LES CDS PLURIPROFESSIONNELS	366
2.2 DONNEES DETAILLEES DE LA REMUNERATION PAR BLOC (2018-2022).....	371
3 LA DECLINAISON DANS L'ACCORD DES MISSIONS DE PREVENTION	398
3.1 LES CENTRES DE SANTE SONT DES ACTEURS A PART ENTIERE DE LA PREVENTION	398
3.2 LES ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE DEVIENNENT UNE ACTIVITE OPTIONNELLE A PARTIR DE 2018.....	399
3.3 LA STRATEGIE NATIONALE DE SANTE 2018-2022	400
3.4 L'ACCORD NATIONAL DE SANTE (2015) ET SES AVENANTS	400
3.5 LES REALISATIONS DES CDS PLURIPROFESSIONNELS	402

1 Présentation de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie du 8 juillet 2015

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis et organisés depuis la loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 par un accord national conclu pour une durée maximale de cinq années, qui détermine notamment :

- « 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de santé ;
- 2° Les conditions générales d'application des conventions (...);
- 3° Les modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire menées par les centres de santé;
- 4° Les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins ;
- 4° bis Les conditions à remplir par les centres de santé pour être régis par l'accord national, notamment celles relatives aux zones d'exercice, (...);
- 5° Les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des centres de santé et notamment d'actions de prévention et d'éducation pour la santé ;
- 6° Les conditions dans lesquelles les organismes d'assurance maladie participent à des actions d'accompagnement de l'informatisation des centres de santé, notamment pour ce qui concerne la transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge. Les centres s'engagent dans ce cadre à réaliser un taux significatif de télétransmission de documents nécessaires au remboursement des actes ou des prestations qu'ils dispensent ;
- 6° bis Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, (...)
- 8° Le cas échéant, des dispositifs d'aide visant à faciliter l'installation des centres de santé dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles ces centres bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour les conduire à intégrer dans leurs équipes des professionnels de santé exerçant des activités numériquement déficitaires dans ces zones. Les obligations auxquelles sont soumis les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des centres de santé mentionnées au premier alinéa du présent article pour tenir compte de la situation régionale ;
- 9° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements individualisés du centre de santé peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des

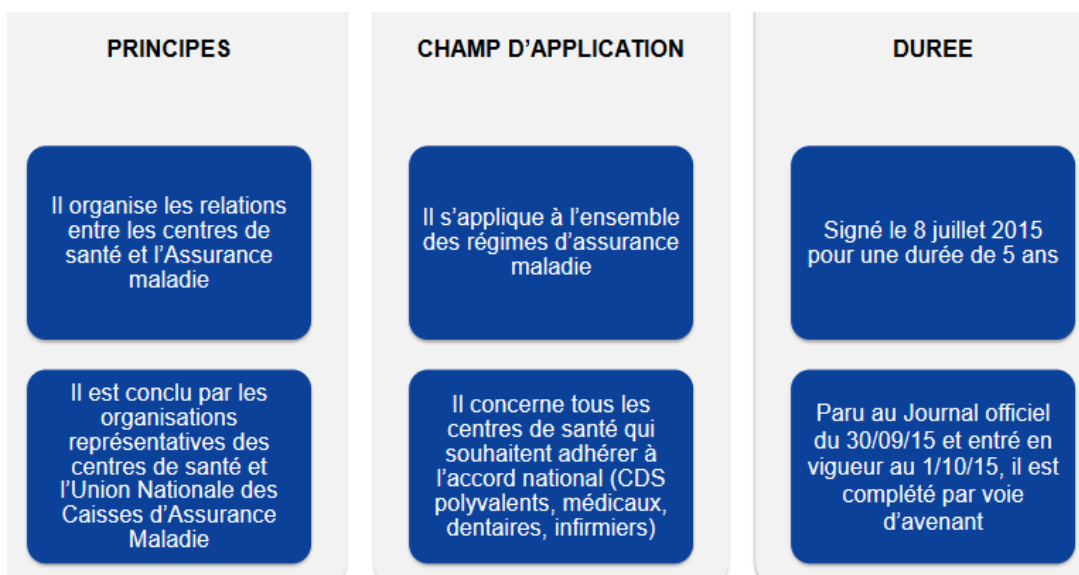
professionnels. Le versement de la contrepartie financière au centre de santé est fonction de l'atteinte des objectifs par celui-ci »³⁰⁸.

L'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie (ci-après désigné comme « accord national des centres de santé ») a été signé le 8 juillet 2015 par l'ensemble des organisations représentatives des centres de santé et l'assurance maladie, pour une durée de 5 ans. Paru au journal officiel du 30 septembre 2015, il est entré en vigueur le 1er octobre 2015. Il a été complété par un avenant n°1 publié au JO du 17 novembre 2017, un avenant n°2 publié au JO du 5 juillet 2019, un avenant n°3 publié au JO du 3 septembre 2020, un avenant n°4 réputé approuvé le 21 juin 2022 en l'absence de publication au JO. L'avenant n°5 a été signé le 30 novembre 2024.

Ce document (de près de 300 pages dans sa version consolidée, avec les annexes³⁰⁹) organisant les relations entre les CDS et l'Assurance maladie a pour objectifs :

- D'améliorer la qualité des soins par une prise en charge coordonnée des patients ;
- De renforcer l'accès aux soins à tarif opposable, ou à tarif maîtrisé pour le dentaire ;
- De valoriser la qualité et l'efficacité des pratiques médicales ;
- De pérenniser le financement des structures ;
- D'affirmer les missions des centres de santé au travers d'une nouvelle rémunération forfaitaire spécifique aux centres de santé.

Schéma 1 : L'accord national des centres de santé



Source : Assurance maladie

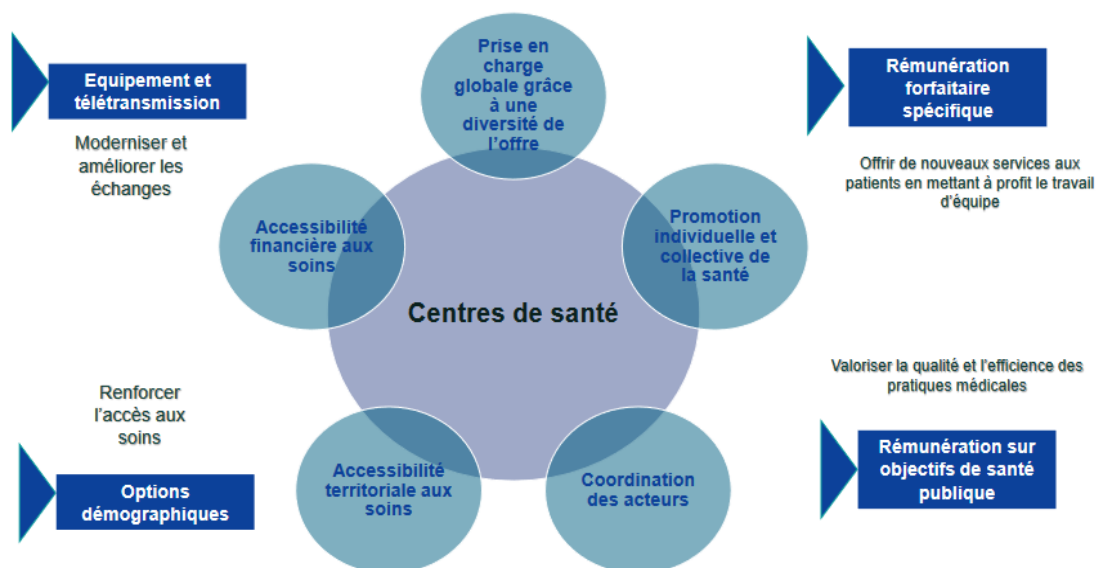
³⁰⁸ Article L162-32-1 du code de la sécurité sociale en vigueur depuis le 25 décembre 2021.

³⁰⁹ Dans sa version consolidée en ligne au 2/1/2024, datée de juillet 2022 : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Accord-national-centres-de-sante-vconsolidee-Juillet2022.pdf>

L'accord national de santé 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) et pour les dispositifs en matière d'équipement et de télétransmission ;
- concernant la rémunération sur objectifs de santé publique (pour les CDS médicaux uniquement) ;
- concernant la rémunération du forfait « médecin traitant »³¹⁰.

Schéma 2 : Spécificités des CDS et priorités de l'Accord national



Source : Assurance maladie

1.1 Modalités d'adhésion

Jusqu'au 25 décembre 2021, l'adhésion à l'accord national était tacite à la date à laquelle leur numéro FINESS leur a été délivré par l'ARS. Le centre de santé qui ne souhaitait pas être régi par les dispositions de l'accord national devait en informer la CPAM.

Les modalités d'adhésion à l'accord national ont été révisées à la suite du conventionnement explicite mis en place par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2022³¹¹. Le centre de santé doit désormais demander son conventionnement auprès de la CPAM de rattachement, sauf à se voir appliqués les tarifs d'autorité fixés par arrêté ministériel³¹².

L'adhésion à l'accord national est effective dans les 30 jours suivant la réception de la demande de conventionnement par la caisse d'assurance maladie, sous réserve de la complétude du dossier.

³¹⁰ Annexe 24.

³¹¹ Article L.162-32-2 du code de la sécurité sociale.

³¹² Article L.162-32-4 du code de la sécurité sociale.

L'accord national définit plusieurs catégories de centres de santé :

« - centre de santé médical, le centre de santé ayant une activité médicale exclusive ou quasi-exclusive,

- centre de santé polyvalent :

- soit le centre de santé ayant une activité médicale et une activité d'une autre profession médicale (chirurgien-dentiste ou sage-femme) sans activité paramédicale,

- soit le centre de santé ayant au moins une activité médicale et une activité paramédicale,

- centre de santé dentaire, le centre ayant une activité dentaire exclusive ou quasi-exclusive, c'est à dire dont les honoraires dentaires totaux représentent 80 % des honoraires totaux du centre de santé,

- centre de santé infirmier, le centre ayant une activité infirmière exclusive ou quasi-exclusive, c'est à dire dont les honoraires infirmiers totaux représentent 80 % des honoraires totaux du centre de santé »³¹³.

Il appartient au centre de santé de préciser sa spécialité (médicale, polyvalente, dentaire, infirmière) à sa caisse lors de son adhésion. Il peut, par la suite, modifier sa spécialité initiale au titre de l'année civile une fois par an³¹⁴. En cas de divergence entre les données issues du système d'information de l'assurance maladie et l'activité déclarée, lorsque l'activité initiale ne correspond pas à celle réalisée, la caisse primaire d'assurance maladie peut modifier d'office la spécialité au titre d'une année civile complète, après avoir préalablement informé le gestionnaire du centre de santé, sous réserve des voies de recours³¹⁵.

La notion de « centre pluriprofessionnel » n'est pas définie dans l'accord.

Les centres pluriprofessionnels, entendu au sens de la lettre de mission comme comptant au moins un médecin généraliste et un auxiliaire paramédical parmi leurs salariés, regroupent deux catégories de centres de santé : les centres de santé médicaux et les centres de santé polyvalents. Ces derniers peuvent ne pas être pluriprofessionnels, au sens de la lettre de mission, si, par exemple, un centre médical ne comprend pas de médecin généraliste (mais uniquement des spécialistes), ou s'il ne comprend pas d'auxiliaire paramédical. Un centre de santé polyvalent peut ne pas être pluriprofessionnel, au sens de la lettre de mission, si par exemple, il ne comprend pas de médecin généraliste, ou s'il ne comprend pas d'activité para médicale (par exemple un CDS comprend un MG et un chirurgien-dentiste).

La mission a observé dans la base de données eCDS plusieurs centres, dont l'activité déclarée ne correspond pas à l'activité réalisée. A ce jour, toutefois, à la connaissance de la mission et de l'assurance maladie, aucune caisse n'a pris l'initiative de modifier la spécialité déclarée par les centres – alors même que l'Assurance maladie a la possibilité de requalifier la catégorie du centre.

Une explication possible de ce choix de spécialité s'explique par la possibilité pour les centres polyvalents de cumuler plusieurs contrats démographiques

³¹³ Avis relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, JORF n°0026 du 30 septembre 2015.

³¹⁴ Article 51 de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie.

³¹⁵ Article 51 de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie.

L'accord national contient des dispositions relatives à trois types de rémunérations différentes dont peuvent bénéficier les CDS médicaux/polyvalents adhérents, en sus de la rémunération à l'acte, et qui sont présentées dans les paragraphes suivants :

- Une rémunération forfaitaire spécifique aux CDS, conditionnée par l'atteinte par les CDS de certains indicateurs ;
- La rémunération correspondant à la ROSP pour les médecins ;
- La rémunération fondée sur les caractéristiques démographiques, dont bénéficient les CDS situés dans des territoires en situation de sous densité médicale ou paramédicale ;
- La rémunération issue de la participation du centre à la permanence des soins.

1.2 Rémunération forfaitaire spécifique aux CDS

1.2.1 Principe

La rémunération spécifique a pour objectif de permettre aux centres de santé d'optimiser leur organisation en renforçant notamment la coordination et les échanges d'information entre professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des patients. Pour en bénéficier, les centres doivent remplir au minimum les engagements déterminés comme « pré-requis ». Elle est constituée :

- d'un bloc commun principal et d'un bloc commun complémentaire ;
- d'engagements selon 3 axes :
 - axe 1 : Accès aux soins ;
 - axe 2 : Travail en équipe/coordination ;
 - axe 3 : Echange/Système d'information ;

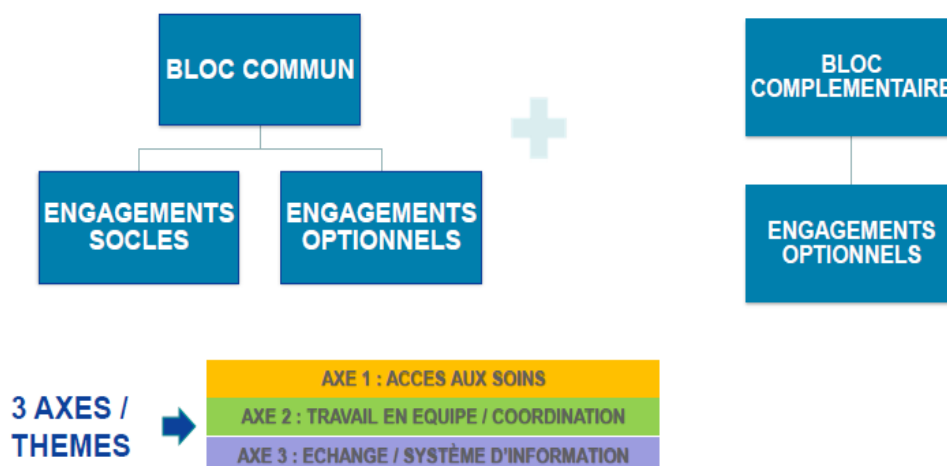
Ce cadre est identique pour les trois types de centres ; cependant, les engagements peuvent être spécifiques à chaque type de structures. Il faut distinguer :

- les engagements « socle et pré-requis » ;
- les engagements « optionnels » ;
- d'une rémunération par points en fonction du respect de ces engagements, mesurés par des indicateurs (rémunération fixe ou variable en fonction de la taille de la patientèle/ou du nombre d'ETP), qui peut être assortie de minoration.

Pour les centres de santé polyvalents ayant rempli leurs objectifs et ayant une forte activité dentaire ou infirmière³¹⁶, des rémunérations supplémentaires propres à ces activités peuvent s'ajouter.

³¹⁶ Les seuils de forte activité sont définis à l'article 7 de l'accord national.

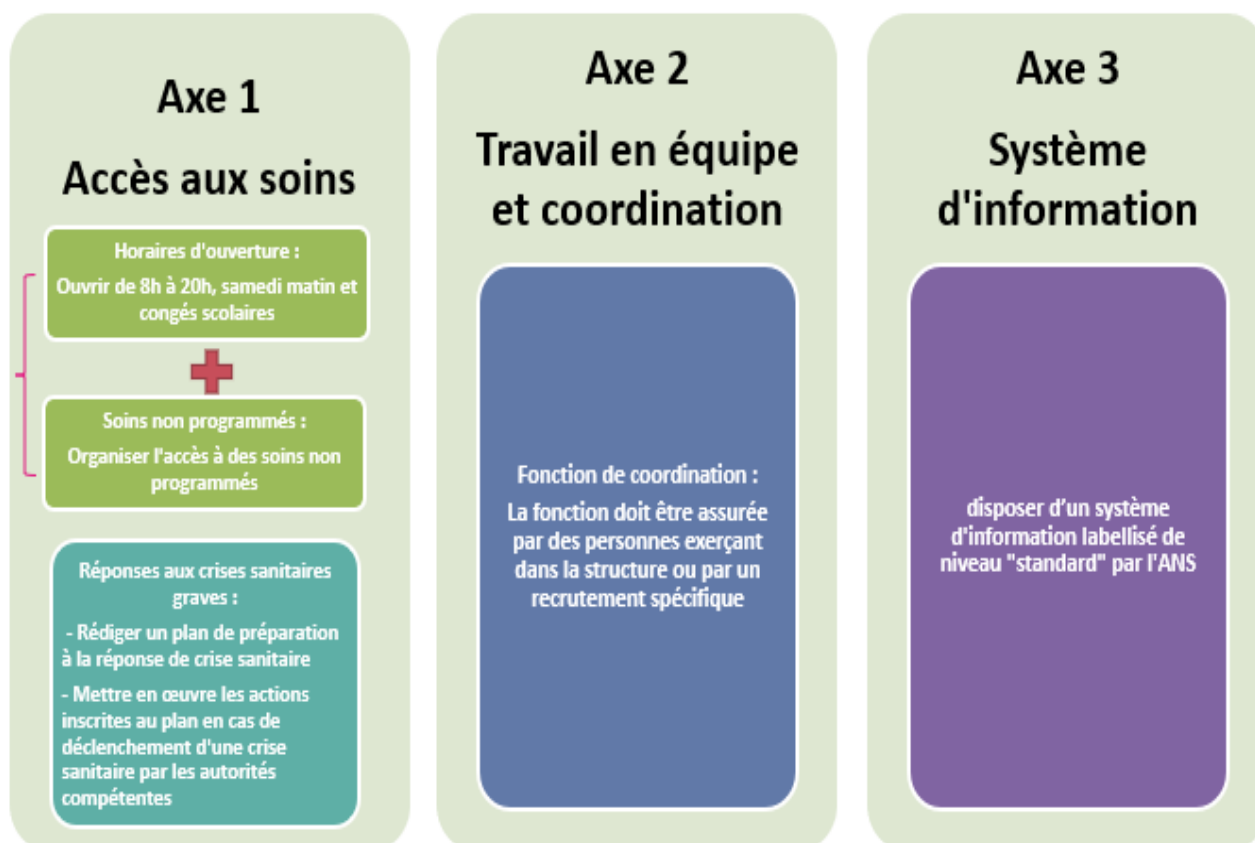
Schéma 3 : Constitution des indicateurs

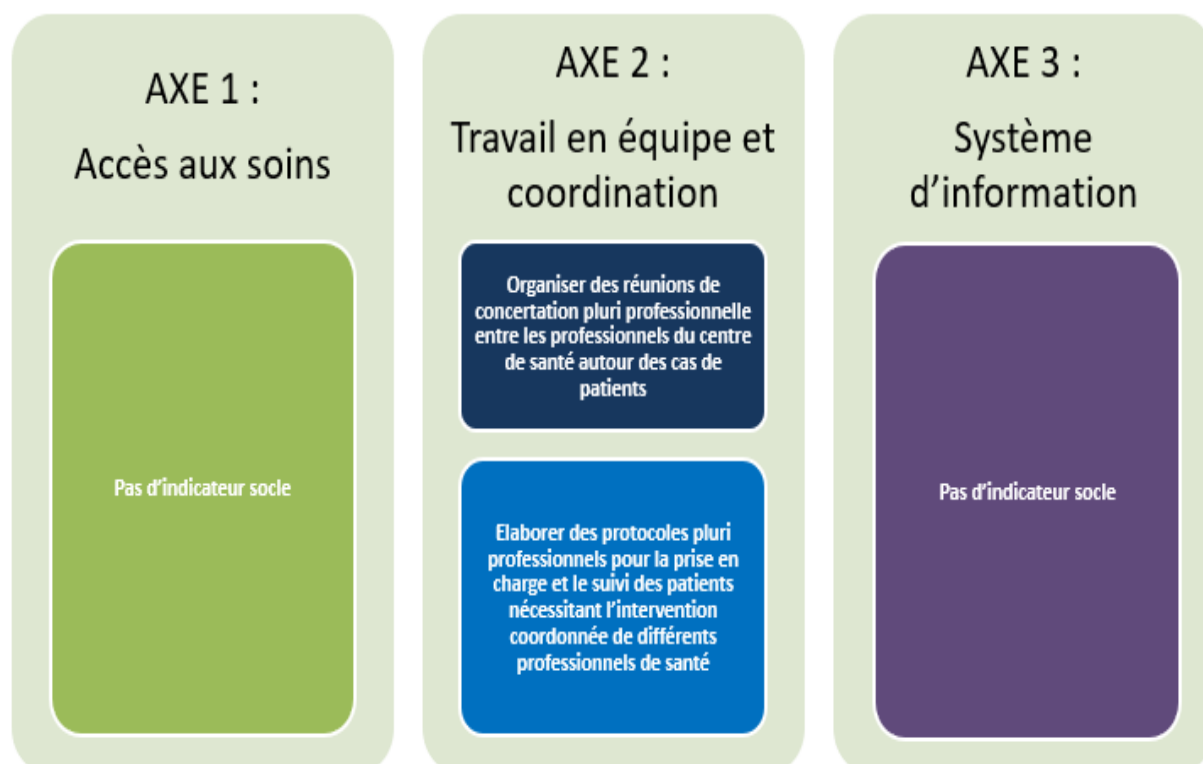


Source : Assurance maladie

Le respect des indicateurs socles suivants est prérequis au déclenchement de la rémunération.

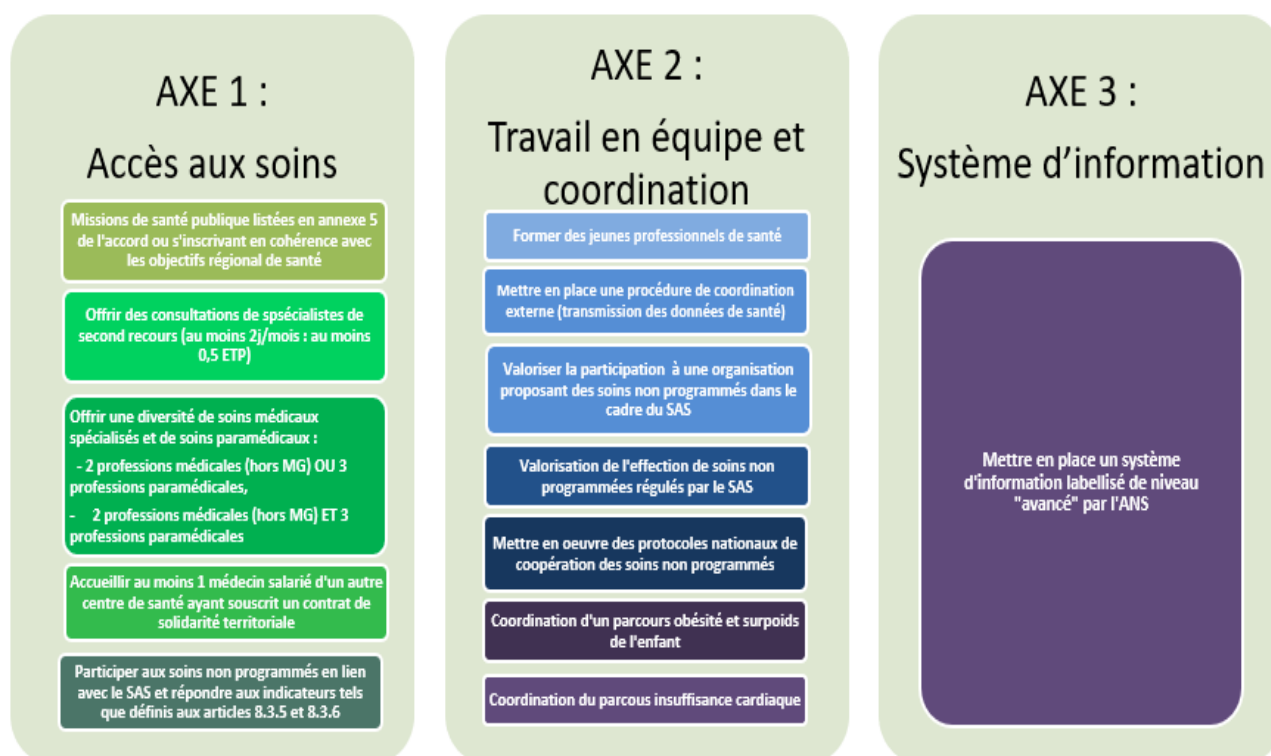
Schéma 4 : Bloc commun principal (CDS médicaux/polyvalents) : socle et prérequis (article 8)





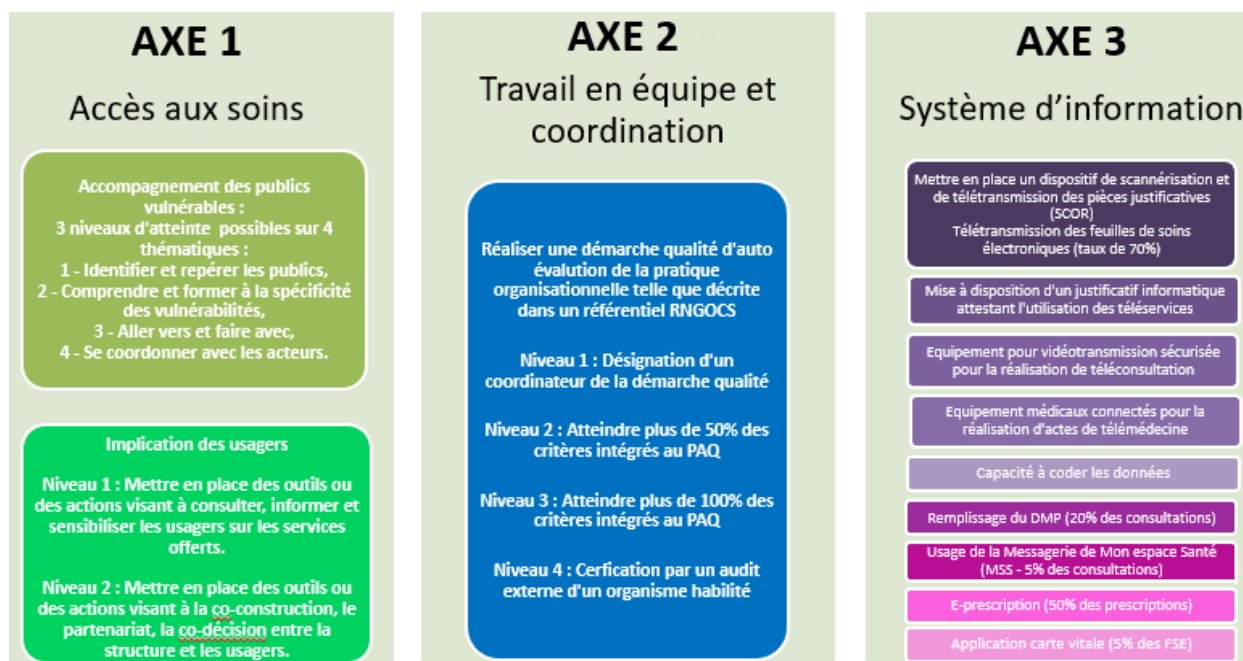
Source : Présentation CDS et accord, Assurance maladie, mars 2023

Schéma 5 : Bloc commun principal : optionnel pour les CDS médicaux / polyvalents (article 8)



Source : Présentation CDS et accord, Assurance maladie, mars 2023

Schéma 6 : Bloc commun complémentaire pour les CDS médicaux / polyvalents (article 8)

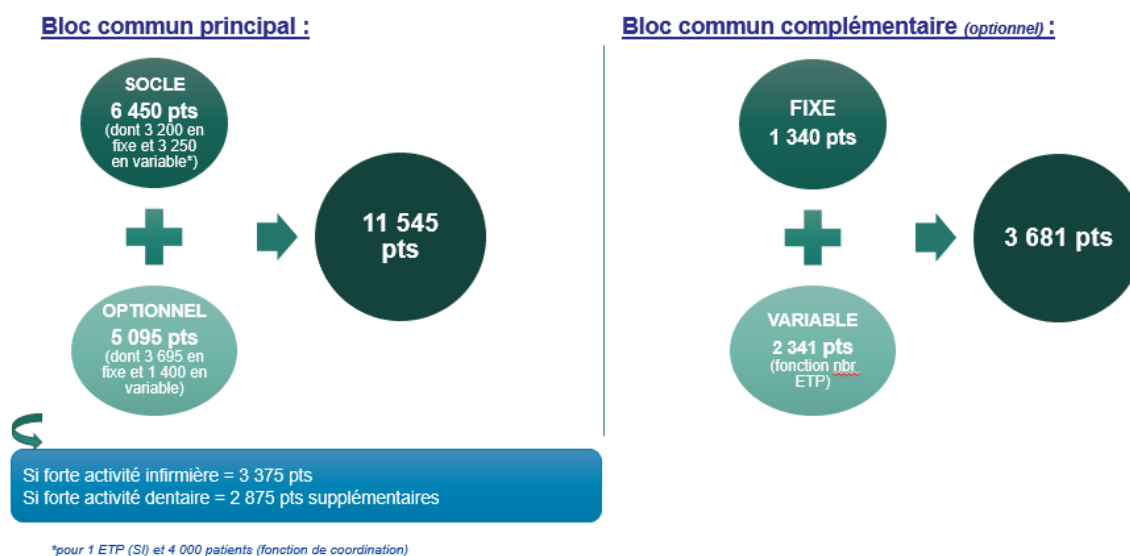


Source : Présentation CDS et accord, Assurance maladie, mars 2023

1.2.2 Calcul de la rémunération forfaitaire spécifique aux CDS : principe

Les CDS obtiennent un nombre de points forfaitaires ou variables en fonction du degré d'atteinte des indicateurs. La valeur du point est fixée à 7 €.

Schéma 7 : Nombre de points attribués pour les CDS médicaux/polyvalents pour un taux de réalisation de 100 %



Source : Présentation CDS et accord, Assurance maladie, mars 2023

Plus d'une quarantaine d'indicateurs sont pris en compte pour le calcul de la rémunération forfaitaire spécifique qui est établi à partir :

- d'un nombre de points par indicateur (obtenus si le taux de réalisation de 100 % pour la partie « fixe ») multiplié par la valeur du point (7 €, non revalorisé depuis l'entrée en vigueur de l'accord) ;
- pour la partie variable de la rémunération, du nombre de points établi pour une patientèle de référence moyenne de 4 000 patients pour les CDS médicaux ou polyvalents ou selon le nombre de PS salariés pour l'indicateur « système d'information ».

Tableau 1 : Détail du nombre de point par indicateurs s'appliquant aux CDS pluriprofessionnels (médicaux et polyvalents - après avenant 5 – année 2023)

		Prérequis	Points fixes	Points variables
Bloc commun principal				
Accès soins	Accessibilité du centre	OUI	800	
	Missions de santé publique (1)			700
	Missions activité médicale - IPA		200	
	Réponse aux crises sanitaires graves - Rédaction d'un plan de préparation		100	
	Réponse aux crises sanitaires graves - Mise en oeuvre d'actions			350
	Consultations de 2nd recours (niveau 1)		300	
	Consultations de 2nd recours (niveau 2)		300	
	Offre d'une diversité de services de soins (niveau 1)		300	
	Offre d'une diversité de services de soins (niveau 2)		300	
	CSTM		200	
	Prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale (2020 et 2021) ou en lien avec le SAS (2022)			200
	Protocoles de coopération SNP (max. 6 protocoles)		600	
Travail équipe	Concertation professionnelle : 6 réunions par an et 5 % des patients			1 000
	Si le CDS intègre IPA : concertation IPA			200
	Si forte activité dentaire : réunions coordination		200	
	Formation des jeunes PS : 2 stages par an		450	
	Stage activité dentaire		225	
	Stage activité infirmière		225	
	Stagiaires médecins : 2 stages par an		100	
	Si 3è stage, 4è stage, 5è stage (pts par stage)		225	
	Coordination externe (2)			200
	Si forte activité dentaire : pour 1 contrat avec 1 EHPAD, 1 ets de santé médico-social...			200
	Protocoles pluriprofessionnels : 8 maximum		800	
Points : max. 8 protocoles IPA (40/prot.)		320		

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

		Prérequis	Points fixes	Points variables
	Fonction de coordination	OUI	100	1 700/1100(3)
	Parcours insuffisance cardiaque			100
	Parcours visant à accompagner les enfants en situation de surpoids		100	
Système d'information	Système d'information : niveau 1	OUI	500	200/150
	Système d'information : niveau 2		100	
Total bloc commun (4)			6 895	4 650
Bloc complémentaire				
Démarche qualité	niveau 1 : désignation d'un coordinateur PS de l'équipe de soins		100	
	niveau 2: atteinte d'au moins 50 % des critères du référentiel intégrés au PAQ		150	25
	niveau 3 : 100 % des critères intégrés au PAQ atteints		150	25
	Niveau 4 : certificat par audit externe d'un organisme habilité		150	
Accompagnement des publics vulnérables	Niveau 1 (5)			200
	Si présence d'un ETP médiateur		300	
	Niveau 2 (5)			400
	Niveau 3 (5)			800
Implication du public/des usagers	Niveau 1		200	
	Niveau 2			300
	Télétransmission : 2 critères /avec 11 ETP en moyenne)			440
	SCOR (sur 3,3 ETP paramédicaux)			46
	Attestation utilisation de téléservices		90	
	Equipement vidéotransmission		50	
	Equipement médicaux connectés pour actes de télémedecine (par ETP médicaux et infirmiers)			25
	Infirmières participant à la téléconsultation		50	
	Capacité codage des données		100	
	Ouverture / remplissage DMP (6)			40
	Usage messagerie sécurisée (7)			40
	Application carte Vitale (8)			40
Total bloc complémentaire (4)			1 340	2 471

Source : Mission, Assurance maladie (lettre réseau n°LR DDGOS 54-2022) - avenant n°5

(1) Les missions de santé publique consistent en un relais d'information et d'action des campagnes de prévention ou de promotion de la santé (2 campagnes au maximum, critère optionnel).

(2) procédure définissant les modalités de transmission des données de santé vers les PS extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux

(3) 1700 jusqu'à 8 000 patients, 1 100 au-delà.

(4) source : avenant n°5

(5) si deux des 4 actions réalisées : identifier et repérer les publics, comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités, aller vers et faire avec, se coordonner avec les acteurs (3 niveaux cumulables)

(6) 20 % des consultations donnant lieu à l'alimentation d'un document dans le DMP (par ETP MG dans la limite de 20 ETP)

(7) Au moins 5 % des consultations comprenant un échange par mail sécurisé avec un patient via le service e prescription (par ETP MG dans la limite de 20 ETP) : à compter de 2024 : taux de 40 %

(8) Envoi d'une FSE réalisée avec l'application carte Vitale (par ETP MG dans la limite de 20 ETP)

Le montant de la rémunération peut être majoré en fonction du taux de précarité de la patientèle du centre de santé³¹⁷. Des minorations et des dérogations sont également prévues (cf. encadrés ci-dessous).

Minoration en cas de non-respect de l'amplitude horaire d'ouverture du centre

Ouverture entre 10h et moins de 12h par jour en semaine et le samedi matin =>

-60 pts (CDS médicaux ou polyvalents) -30 pts (CDS dentaires);

Ouverture entre 8h et moins de 10h par jour en semaine et le samedi matin =>

-150 pts (CDS médicaux ou polyvalents) -70 pts (CDS dentaires);

Fermeture le samedi => -120 pts (CDS médicaux ou polyvalents) -50 pts (CDS dentaires);

Fermeture au maximum pendant 3 semaines (congés scolaires) => -30 pts (CDS médicaux ou polyvalents) par semaine de fermeture, -20 pts (CDS dentaires);

Les deux derniers critères sont cumulables avec l'un des deux premiers.

Par exemple un centre ouvert 11h en semaine et fermé le samedi subit une minoration de $30 + 50 = 80$ points pour le dentaire, et $60+120=180$ points pour le polyvalent

Source : *Présentation CDS et accord, Assurance maladie, 7/8/2019*

Minoration en cas de non-respect du critère de la concertation professionnelle

Critère rempli lorsque la concertation n'a lieu qu'entre médecins ou professions médicales (méd., CD, SF) du centre => -250 pts

Critère rempli lorsque les réunions de concertation sont organisées entre les médecins du centre et des auxiliaires médicaux extérieurs au centre => -150 pts

Source : *Présentation CDS et accord, Assurance maladie, 7/8/2019*

³¹⁷ majoration dé plafonnée pour les CDS pluriprofessionnels depuis l'avenant n°4.

1.2.3 Modalités de versement de la rémunération spécifique

1.2.3.1 Une condition préalable : le recueil des données via la plateforme eCDS

Les centres de santé doivent déclarer l'ensemble des indicateurs nécessaires à l'établissement de la rémunération en saisissant les données sur une plateforme gérée par l'ATIH (tous les ans et au plus tard avant la fin du mois de janvier pour les indicateurs déclaratifs de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) et avant la fin du mois de février pour les autres indicateurs).

Il existe des « bulles explicatives » qui peuvent aider l'utilisateur, mais qui ne semblent pas suffire pour aider les utilisateurs à servir correctement les différentes rubriques. A l'occasion de ses investigations dans les centres de soins infirmiers, l'inspection s'était interrogée « *sur la qualité des données recueillies [au vu du] décalage entre les données servies et la situation réelle de certains CSI rencontrés* »³¹⁸.

Les constats de la mission concernant les CSI

Certains centres ne remplissent que les données qui paraissent obligatoires pour obtenir la rémunération spécifique. Il n'existe pas de guide utilisateur librement accessible en ligne, présentant le dictionnaire des données à remplir dans les différentes items. Par exemple, il n'est pas indiqué si les ETP sont les ETP en moyenne annuelle ou au 31/12, si cela comprend les personnels non permanents... Certains CSI font figurer les effectifs cibles figurant dans leur projet de santé et non les effectifs réels (cas relevé par la mission).

Le guide méthodologique disponible en ligne qui s'intitule « *guide méthodologique-plateforme de recueil des données des centres de santé* » établi par la CNAMTS en 2016, suggère aux utilisateurs, en cas de souci technique, de s'adresser à l'ATIH, en cas de difficulté pour remplir les rubriques en lien avec la rémunération spécifique, de contacter la CPAM, sinon, de contacter l'ARS.

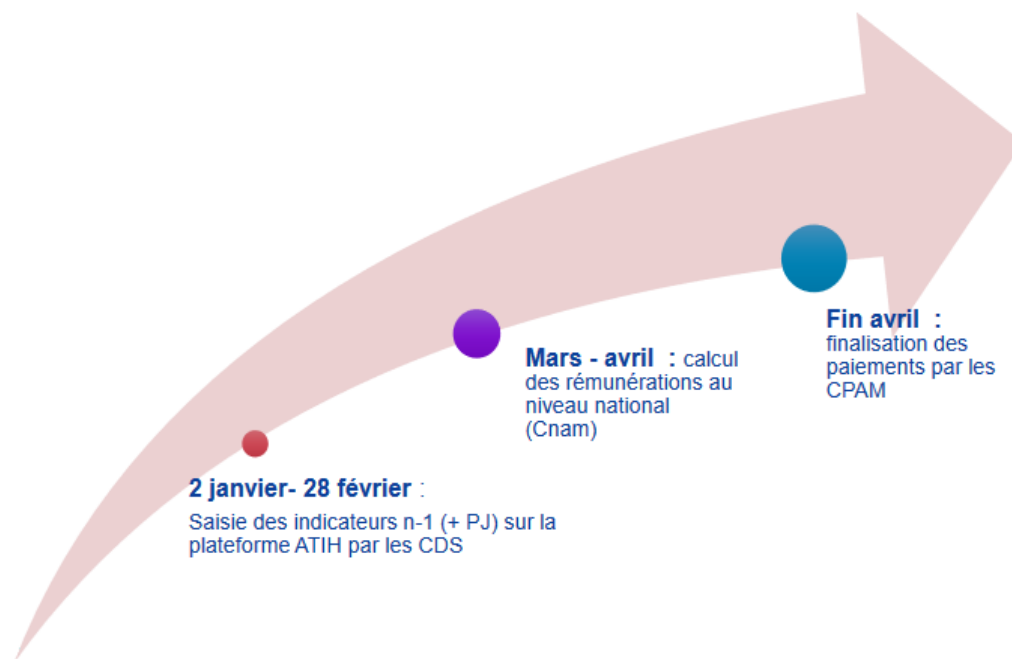
Au cours de ses investigations et de ses analyses, la présente mission a effectivement pu constater l'absence de certaines données ou la présence de données incohérentes, dues soit à des erreurs de saisie, soit à des incompréhensions. Les modalités de renseignement de certaines zones de saisie (ex. « autres financements ») mériteraient d'être clarifiées.

1.2.3.2 Les dates de versement de la rémunération spécifique

Le calendrier annuel de déclaration et de versement de la rémunération s'échelonne entre les mois de janvier et d'avril de l'année N, pour un recueil des données de l'année N-1.

³¹⁸ Rapport IGAS n°2022-040 relatif à l'évaluation de la situation économique et des perspectives de développement des centres de soins infirmiers dans l'offre de soins de proximité, novembre 2022

Schéma 8 : Calendrier annuel de déclaration par les CDS et de versement de la rémunération spécifique

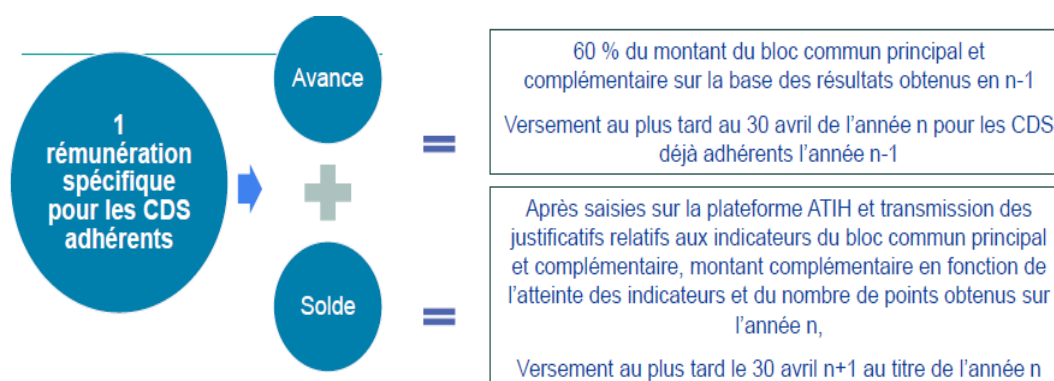


Source : Assurance maladie

A la fin du mois d'avril de l'année N, une avance de 60 % du montant du bloc commun principal et complémentaire est versée sur la base des résultats obtenus en N-1. Le solde de la rémunération est versé à la fin de l'année N+1 (40 % au maximum si tous les objectifs sont atteints).

Pour les centres de santé nouvellement créés, une avance est versée correspondant au montant moyen de l'avance versée aux CDS (selon la spécialité) en année N-1 dans les 2 mois à compter de la date à laquelle le CDS commence à être régi par l'accord national.

Schéma 9 : Modalités de paiement



Source : Assurance maladie

1.3 La transposition des rémunérations forfaitaires des médecins libéraux³¹⁹

1.3.1 Le contenu de l'accord national des centres de santé

- La ROSP

La rémunération sur objectif de santé publique (ROSP), qui bénéficie aux médecins libéraux, est également transposée et appliquée aux médecins salariés des centres de santé :

- La ROSP médecin traitant de l'adulte (16 ans et plus)
- La ROSP médecin traitant de l'enfant (moins de 16 ans)

Fondé sur un total de 1 000 points au titre de la ROSP MT 16 ans et plus, et 305 points au titre de la ROSP MT moins de 16 ans. À l'issue de chaque année, l'Assurance maladie verse une rémunération au centre de santé qui tient compte du niveau atteint pour chaque indicateur par rapport aux objectifs du dispositif (objectif cible et intermédiaire) et de la progression de chaque indicateur. Pour chaque indicateur, le dispositif définit un nombre de points au maximum correspondant à l'atteinte de l'objectif cible.³²⁰

- Le forfait patientèle médecin traitant

Le nouvel accord valorise le rôle du centre de santé dont l'un des médecins a été désigné comme « médecin traitant ».

Le forfait patientèle « médecin traitant »

Le forfait patientèle médecin traitant FPMT est indexé sur la patientèle MT et ses caractéristiques (âge, pathologie, précarité). Un patient correspondant à plusieurs catégories sera pris en compte dans la situation la plus avantageuse pour le médecin (ex : patients de moins de 6 ans en ALD > prise en compte comme « Personne en affection de longue durée »)

Caractéristique du patient	Valorisation
Enfant de 0 à 6 ans	6€
Patient de 7 à 79 ans, hors affection longue durée	5€
Patient en affection longue durée	42€
Personne âgée de 80 ans et plus	42€
Personne âgée de 80 ans et plus et en affection de longue durée	70€

Une majoration personne âgées (MPA) est versée pour chaque consultation ou visite effectuée auprès des personnes âgées de 80 ans et plus et est versée uniquement au CDS pour les patients ne l'ayant pas choisi comme médecin traitant.

Source : Assurance maladie

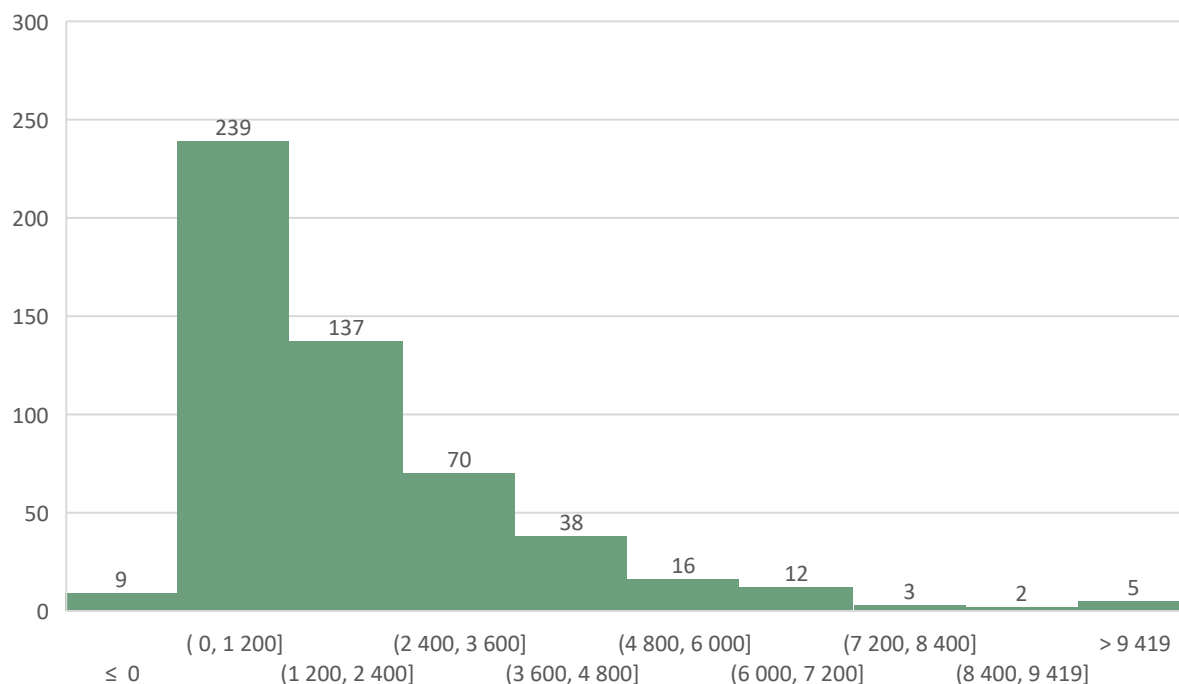
³¹⁹ Source : Assurance maladie / Présentation CDS et accord, Assurance maladie, 7/8/2019

³²⁰ Source : Assurance maladie

1.3.2 Focus sur la patientèle médecin traitant « MT » des CDS pluriprofessionnels

La distribution des CDS par décile en fonction du nombre de patients ayant déclaré un médecin traitant dans le centre montre que près de la moitié des CDS (45 %) ont une patientèle médecin traitant comprise entre 1 et 1200 patients en 2022 (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 1 : Répartition des CDS pluriprofessionnels par décile en fonction du nombre total de patients « médecin traitant » (*), 2022



Source : Mission d'après données Assurance maladie

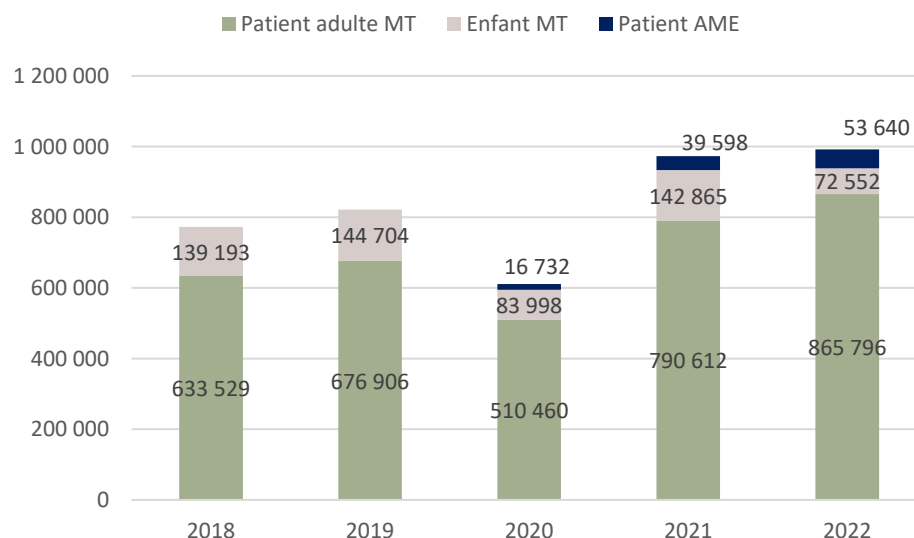
L'Assurance maladie dispose de données détaillant la typologie de la patientèle totale MT (tableau ci-dessous) décomposée en :

- patientèle adulte MT ,
- patientèle enfant MT,
- patientèle AME MT³²¹.

La patientèle totale MT a augmenté de 36,7 % depuis 2018, en raison de l'augmentation du nombre de CDS pluriprofessionnels (+74 % en 2022 par rapport à 2018). Toutefois, le nombre de patients MT moyen diminue au cours de la période (-22 %), tout comme le nombre médian (-32,5 %, cf. tableaux et graphique ci-dessous).

³²¹ données disponibles depuis 2020.

Graphique 2 : Composantes de la patientèle MT (2018-2022) des CDS pluriprofessionnels



Source : Mission à partir des données Assurance maladie – champ : CDS pluriprofessionnels (au moins 1 MG + 1 auxiliaire paramédical) – Les données patients MT AME ne sont disponibles que depuis 2020.

Tableau 2 : Patientèle totale médecin traitant (2018-2022)

	2018	2019	2020	2021	2022
Total	772 722	821 610	611 190	973 607	991 988
Moyenne	2 567	2 513	1 934	2 280	1 868
Médiane	2 040	2 026	1 697	1 754	1 257
Max	36 349	36 257	9 768	39 566	35 436
Min	3	0	0	0	0

Source : Mission à partir des données Assurance maladie – champ : CDS pluriprofessionnels (au moins 1 MG + 1 auxiliaire paramédical)

Tableau 3 : Patientèle adulte médecin traitant (2018-2022)

	2018	2019	2020	2021	2022	Evol 2022/2
Total	633 529	676 906	510 460	790 612	865 796	36,70%
Moyenne	2 112	2 122	1 615	1 852	1 631	-22,80%
Médiane	1 660	1 632	1 380	1 405	1 121	-32,50%
Max	29 656	30 113	7 751	30 030	29 710	
Min	1	1	0	0	0	

Source : Mission à partir des données Assurance maladie – champ : CDS pluriprofessionnels (au moins 1 MG + 1 auxiliaire paramédical)

Tableau 4 : Patientèle enfant médecin traitant (2018-2022)

	2018	2019	2020	2021	2022
Total	72 552	142 865	83 998	144 704	139 193
Moyenne	137	335	266	464	473
Médiane	68	230	214	334	329
Max	1 360	4 957	1 584	6 144	6 693
Min	0	0	0	1	1

Source : Mission à partir des données Assurance maladie – champ : CDS pluriprofessionnels (au moins 1 MG + 1 auxiliaire paramédical)

1.4 Les contrats démographiques éligibles aux CDS médicaux/polyvalents jusqu'en 2022 (période sous revue de la mission)

Pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins et lutter contre la désertification médicale/dentaire/infirmière, l'accord prévoit que des aides sont versées aux professionnels et aux centres de santé pour les inciter à s'installer/rester dans des zones sous denses (sous dotées ou très sous dotées en personnels soignants), qui prennent la forme de contrats démographiques³²².

Détermination des zones déficitaires dans le zonage

L'indicateur socle du zonage est l'accessibilité potentielle localisée à un médecin (APL). Développé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), il s'agit d'un indicateur composite prenant en compte l'offre et la demande de soins avec une dimension prospective pour anticiper notamment les départs à la retraite. L'APL est calculée au niveau de chaque territoire de vie-santé (TVS), la maille du zonage, et s'exprime en nombre de consultations accessibles par an par habitant.

Les zones dites « sous-denses » sont :

- les zones d'intervention prioritaire (ZIP) éligibles à toutes les aides, dont les aides conventionnelles ;
- les zones d'action complémentaire (ZAC) éligibles aux aides régionales, aux contrats d'engagement de service public (Cesp) et aux aides des collectivités territoriales.

Ces zones sont déterminées par les agences régionales de santé (ARS) dans le respect de seuils, exprimés en part de population, qui ont été définis dans le cadre d'une enveloppe financière prédéfinie avec l'Assurance Maladie.

En termes de population couverte dans le zonage 2020 :

- ZIP : 12,1 millions de personnes, soit 18 % de la population en France ;
- ZAC : 23,9 millions, soit 35,6 % ;
- zones de vigilance (dans lesquelles l'accès à la médecine générale libérale n'est pas en difficulté immédiate mais appelle une vigilance particulière pour le moyen terme) : 8,2 millions, soit 12,2 % ;
- hors vivier (pas de difficultés d'accès) : 22,9 millions, soit 34,2 %.

Source : Rapport « Organisation territoriale et réforme du financement des soins, Assurance maladie », avril 2022

³²² Article 19 de l'accord.

Les centres de santé (qui s'installent en zone sous dense ou qui y sont implantés) sont éligibles à sept contrats démographiques selon la spécialité du centre de santé, dont certains ont été revus/revalorisés par l'avenant n°3. Trois contrats concernent les centres de santé polyvalents/médicaux (cf. schéma ci-dessous):

- Contrat d'aide à l'installation (CAI) pour favoriser l'installation en zone sous dense ;
- Contrat de stabilisation et de coordination (COSCO) qui cumule les conditions d'implantation en zone sous dense et la participation à une équipe de soins primaires ou une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ;
- Contrat de solidarité territoriale (CSTM) qui prévoit des conditions d'exercice particulière : un médecin du centre doit exercer son activité dans un autre centre de santé situé en zone sous dotée pour une durée d'au moins 10 jours par an.

Deux contrats démographiques ont été mis en place pour les CDS dentaires : CAI dentaire, contrat d'aide au maintien (CAM dentaire) et deux contrats démographiques ont été mis en place pour les centres de santé infirmiers : contrat d'aide à l'installation (CAI) infirmier et contrat d'aide au maintien (CAM infirmier). Les centres de santé polyvalents ayant une forte activité dentaire ou infirmier peuvent cumuler les différents contrats, dès lors qu'ils sont situés en zone sous dense définie pour chacune des spécialités.

Schéma 10 : Les contrats démographiques éligibles aux CDS pluriprofessionnels

« Contrat d'aide à l'installation des CDS médicaux ou polyvalents en zone sous-dotée - CAI »

Article 19.1 et annexe 10 bis de l'accord

Que doit faire le centre de santé signataire du contrat?

- S'implanter et maintenir une offre dans la zone sous dense pendant 5 ans
- participer à la PDSA ;

Quels sont les avantages du centre de santé ?

- ✓ 30 000 €/ETP médecin généraliste salarié pour le 1^{er} ETP ; puis 20 000€ pour le 2^{ème} ETP; et 20 000€ pour le 3^{ème} ETP rémunérés (plafond fixé à 3 ETP)
 - versement en 2 fois : 50% à la signature du contrat et 50% à la date du 1^{er} anniversaire du contrat
- ✓ Au-delà de 3 ETP médecin généraliste salarié, une valorisation de 5 000€/ETP supplémentaire (tous PS) est versée tous les ans (*ouvert à tous les nouveaux postes de salariés professionnels de santé pour lesquels un zonage est applicable*)
- ✓ modulation régionale de l'aide possible : majoration de l'aide dans la limite de 20%
- ✓ Un centre de santé ne peut bénéficier qu'une seule fois de ce contrat d'aide à l'installation
- ✓ Ce contrat n'est pas cumulable avec le COSCO (*slide suivante*)

« Contrat de stabilisation et de coordination pour les CDS médicaux ou polyvalents » - COSCO

Article 19.2 et annexe 10 ter de l'accord

Que doit faire le centre de santé signataire du contrat?

- être implanté en zone sous dense
- appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS définie à l'article L. 1434-12 CSP) ou à une équipe de soins primaire (ESP définie à l'article L. 1411-11-1 CSP)

Quels sont les avantages du centre de santé ?

- ✓ 5 000€/an/ETP médecin salarié
- ✓ 5 000€/an/ETP pour la création d'un nouveau poste d'un nouvel ETP quelle que soit la catégorie de professionnel de santé
- ✓ 3 000€/an/ETP de masseur-kinésithérapeute, de sage-femme ou d'orthophoniste recruté par le centre de santé en remplacement d'un masseur-kinésithérapeute, d'une sage-femme ou d'un orthophoniste présent précédemment dans le centre de santé
- ✓ modulation régionale de l'aide possible : majoration de l'aide dans la limite de 20%
- ✓ Ce contrat n'est pas cumulable avec le CAI (*slide précédente*)

« Contrat de solidarité territoriale des CDS médicaux ou polyvalents » - CST

Article 19.3 et annexe 10 quater de l'accord

Que doit faire le centre de santé signataire du contrat?

- ne pas être implanté en zone sous dense
- au moins 1 des médecins salariés du centre de santé réalise une partie de son activité (au moins 10 jours par an) dans un autre centre de santé installé dans une zone sous-dense

Quels sont les avantages du centre de santé ?

- ✓ 25% des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique (activité réalisée dans le centre implantée dans la zone sous dense) du ou des médecins salariés mis à disposition dans la limite de 50 000€/an/ETP médical
- ✓ Prise en charge des frais de déplacement
- ✓ Versement aux centres mettant à disposition un ou plusieurs médecins salariés
- ✓ Modulation régionale de l'aide possible : majoration de l'aide dans la limite de 20%

Source : Assurance maladie, présentation CDS et accord national, mars 2023 – NDLR : L'avenant n°5 signé en novembre 2024 a revalorisé certains montants : pour le CAI et le COSCO, le montant de 5 000 €/ETP passe à 6 000 € annuels.

De leur côté, les médecins libéraux (conventionnés en secteur 1 ou 2 avec OPTAM ou OPTAM-CO), depuis la convention médicale de 2016, sont éligibles à quatre contrats démographiques pour ceux qui souhaitent exercer en zone sous dotées :

- Le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM)³²³ : celui-ci prévoit le versement d'une aide forfaitaire de 50 K€ pour une activité de 4 jours par semaine, voire 60 K€ en cas de majoration par l'ARS pour une installation en zone particulièrement déficitaire, **soit un montant sensiblement plus élevé que le CAI prévu pour les CDS (30 K€ par ETP médecin, dégressif pour les ETP suivants, cf. schéma ci-dessus)**, et une majoration supplémentaire de 2500 € en cas d'exercice dans un hôpital de proximité³²⁴ ;
- Le contrat de stabilisation et de coordination des médecins (COSCOM) : celui-ci prévoit, sous réserve de participer à une CPTS ou à une ESP ou d'exercer en groupe, une aide forfaitaire annuelle de 5 000 € qui peut être majorée si une partie de l'activité est effectuée dans un hôpital de proximité (+1250 € par an) ou pour l'accueil d'un stagiaire (300 € par mois). Ces aides peuvent être surmajorées par l'ARS (et atteindre respectivement 6000 € / +1 500 € / + 360 €)³²⁵, là où le COSCOM d'un CDS atteint au maximum 5 000 € / ETP salarié dans la limite de 2 ETP ;
- Le contrat de transition (COTRAM), qui a pour objet de soutenir les médecins exerçant en zone sous dense et préparant leur cessation d'activité en accompagnant un médecin nouvellement installé dans leur cabinet (10 % des honoraires conventionnés, dans la limite de 20 K€ par an, majorable par l'ARS dans la limite de 24 K€ par an) : **les CDS ne bénéficient pas d'un tel dispositif de tutorat**³²⁶.
- Le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM), accessible aux médecins en secteur 1 ou 2, qui ne sont pas installés en zone sous dense, octroie une aide annuelle de **25 %** des honoraires conventionnés/réalisés au tarif opposable en zone « fragiles », dans la limite de 50 K€ par an, avec une prise en charges des frais de déplacements (majorable par l'ARS à hauteur de 27 % dans la limite de 60 K€ par an)³²⁷ : **la modulation régionale maximale est de 20 % pour les CDS éligibles à un CSTM, contre 27 % pour un PS libéral.**

Les aides attribuées dans le cadre des contrats démographiques de l'Assurance maladie sont cumulables avec les aides attribuées aux jeunes médecins libéraux par l'ARS (contrat de début d'exercice, pour les primo installés ou les remplaçants sous condition), les aides fiscales et les aides à l'installation attribuées par les collectivités territoriales.

³²³ https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/497913/document/fiche_caim.pdf

³²⁴ Source : Ameli, publié 25/1/2023

³²⁵ Source : Ameli, publié 25/1/2023

³²⁶ Source : Ameli, publié 25/1/2023

³²⁷ https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/497925/document/fiche_cstm.pdf

Comme l'indiquait le rapport IGAS précédent³²⁸, l'Assurance maladie, dans son rapport « charges et produits - propositions pour 2023 »³²⁹ dressait un bilan mitigé des contrats démographiques accessibles aux médecins souhaitant s'installer en libéral et proposait de fusionner les sept dispositifs existant en un seul pour simplifier et rendre plus lisible ce dispositif. Ce constat vaut pour les centres de santé, dont le faible nombre de contrats pour les CDS médicaux et polyvalents atteste, au cours de la période 2015-2022, du succès modeste que rencontrent ces dispositifs, eu égard à l'évolution du nombre de centre de santé pluriprofessionnels en particulier.

Tableau 5 : Nombre de contrats démographiques signés par an et par type de contrat

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total période
CDS médicaux et polyvalents	Option Démographie (*)	27	17	1	6					51
	C.A.I (avenant 1)				7	18	12	12	8	57
	C.O.S.C.O (avenant 1)				4	45	4	6	4	63
	C.S.T (avenant 1)					4		1		5
	Total par an CDS med et poly	27	17	1	17	67	16	19	12	176

Source : Assurance maladie – (*) ancien contrat issue de l'accord national sur les centres de santé, annexe 8 pour les CDS médicaux ou polyvalents

Comme le relevait la DGTPPE dans une lettre parue en 2019 au sujet de la lutte contre les déserts médicaux³³⁰, « l'efficacité de ces incitations financières est discutée. En dépit des dispositifs incitatifs mis en place à partir de 2013 (...), les statistiques d'installation dans les zones fragiles sur les années récentes ne montrent pas une hausse significative du pourcentage d'installation. (...) La Cour des comptes indique que « globalement ces dispositifs sont inopérants ou porteurs d'effets d'aubaine excessifs au regard du volume très limité de nouvelles installations qu'ils ont suscité ou accompagnés » (...)[D'après une enquête des associations de jeunes médecins, d'internes et d'étudiants en médecine], les aides financières ne seraient pas déterminantes, puisque ce sont surtout le cadre de vie, la proximité familiale, les conditions d'exercice et l'exercice coordonné qui déterminent les choix d'installation des médecins ».

L'OCDE dresse un bilan plus favorable de l'un de ces dispositifs en médecine libérale : « Entre 2010 et 2019, 2 696 contrats d'engagement de service public (CESP) ont été signés par des étudiants et des internes. »³³¹, ce qui l'amène à considérer que [pour la France], « la mesure incitant les étudiants en médecine à exercer dans des zones mal desservies a donné de bons résultats, notamment grâce aux contrats d'aide à l'installation, en vertu desquels les étudiants en médecine et les internes reçoivent une allocation mensuelle pendant leurs études et leur formation et s'engagent en échange à exercer, après l'obtention de leur diplôme, pendant une période équivalente, dans une zone

³²⁸ Rapport IGAS n°2022-040 relatif à l'évaluation de la situation économique et des perspectives de développement des centres de soins infirmiers dans l'offre de soins de proximité, novembre 2022

³²⁹ Rapports charges et produits – propositions de l'Assurance maladie pour 2022 et 2023.

³³⁰ Trésor-éco, n°247, octobre 2019

³³¹ Source : France : Profils de santé par pays 2021, OCDE et Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé <https://doi.org/10.1787/8c7333d09-fr>

désignée comme mal desservie (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2021)³³² ».

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-dotées, qui n'ont pas été reprises, faute d'accord en 2022 lors des négociations conventionnelles avec les organisations syndicales représentatives des médecins :

« - *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 est 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 FPMT (forfait patientèle médecin traitant).*

- *Afin de valoriser les praticiens qui étaient installés dans une zone d'intervention prioritaire (ZIP) dont la zone d'implantation du cabinet, après publication du zonage ARS, ne relevait plus d'une ZIP, ces praticiens pouvaient bénéficier d'une sortie progressive du dispositif.*

- *Les médecins nouvellement installés qui choisissaient de s'installer en zone d'action complémentaire (ZAC) pouvaient bénéficier d'une aide à l'installation dédiée. En effet, l'objectif de cette mesure était de maintenir une offre de soins dans les ZAC afin qu'elles ne passent pas en ZIP(...).*

- *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 (...).».*

³³² OCDE (2021), Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/fea50730-fr>.

1.5 La rémunération issue de la participation à la permanence des soins

Enfin l'accord valorise la participation des centres à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) qui correspond à la réponse à la demande de soins non programmés, en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux libéraux et des centres de santé.

Schéma 11 : Valorisation de la permanence des soins

La permanence des soins ambulatoires

Article 20.1
de l'accord

Dispositif organisé par les ARS

Qui peut y participer et bénéficier des rémunérations ?

- Les **médecins salariés des centres de santé** mentionnés sur le tableau de permanence des soins et inscrits sur le tableau tenu par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins ;
- Deux modes de participation :
 - **à la régulation** : réponse aux appels des patients contactant le centre 15 ou le numéro dédié dans la région et conseils et/ou orientation en fonction de leur situation;
 - **réalisation d'astreinte** dans un territoire de permanence des soins.

Que perçoit le centre de santé ?

➤ Montant plancher fixé par arrêté du 20/04/11 (70€ par heure de régulation et 150€ pour 12h de garde consécutive)

Source : Assurance maladie, présentation CDS et accord national, mars 2023

L'avenant n°4 a pris en compte la généralisation du service d'accès aux soins (SAS) sur les territoires et modifié l'organisation des soins non programmés tels que prévus dans l'accord national. Le SAS centralise les demandes et en organise les modalités de réponse, en lien avec les professionnels du territoire et les structures et organisations d'exercice coordonné.

Afin de valoriser la participation des CDS à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre de la régulation du SAS, un indicateur optionnel a été mis en place pour les médecins généralistes salariés qui disposent d'un agenda ouvert au public ou partagé avec le SAS permettant la réservation de rendez-vous en ligne de patients non-connus par le médecin salarié du centre, avec un minimum de 2h00 d'ouverture par ETP de médecin généraliste par semaine. Il s'agit des patients hors patientèle médecin traitant du centre de santé. Ce dernier doit également être inscrit auprès de la structure de régulation du dispositif SAS ou faire partie d'une CPTS participant à la mission de soins non programmés dans le cadre du SAS. Cet indicateur est valorisé de 200 points par ETP de médecins généralistes³³³.

1.6 Les aides à l'embauche d'assistants médicaux et d'infirmière en pratique avancée

L'accord national prévoit la création d'une aide financière forfaitaire visant à encourager le recrutement d'assistants médicaux au sein des centres de santé (article 19.10 et annexe 29).

³³³ Source : LR DDGOS 54-2022.

Modalités de l'aide au recrutement d'assistants médicaux (avant avenant n°5)

Bénéficiaires : Le centre de santé polyvalent ou médical dont la patientèle moyenne par médecin (patientèle médecin traitant ou nombre de patients différents vus dans l'année (file active)) est supérieure au 30ème percentile en termes de distribution nationale au 31/12/2019 ou les centres de santé nouvellement créés à partir du 1^{er} janvier 2020 ;

Si le CDS embauche l'assistant médical à hauteur d'1 ETP l'aide est de 36 K€ la première année, 27 K€ la seconde, 21 K€ la troisième.

La quatrième et la cinquième année, le montant de l'aide versée est proratisée en fonction du niveau d'atteinte de l'objectif fixé.

Le CDS doit justifier de l'embauche de 0,5 ETP d'assistant médical maximum par tranche de 1 ETP de médecin (généraliste ou spécialiste) dans la limite de 4 ETP d'assistant médical financés par centre de santé soit 0,5 ETP d'assistant médical pour 1 ETP de médecin, 1 ETP d'assistant médical pour 2 ETP de médecins, 1,5 ETP d'assistant médical pour 3 ETP de médecins ou 2 ETP d'assistants médicaux pour 4 ETP de médecins.

Les objectifs à atteindre en troisième année varient selon le niveau de patientèle (adulte et enfant)* médecin traitant et la file active du centre de santé des médecins salariés du centre de santé :

pour les centres ayant une patientèle comprise entre le 30ème percentile et le 50ème percentile : + 25 % de la patientèle médecin traitant et file active.

pour les centres ayant une patientèle comprise entre le 50ème percentile et le 70ème percentile: + 20 % de la patientèle médecin traitant et file active.

pour les centres ayant une patientèle comprise entre le 70ème percentile et le 90ème percentile : + 15 % de la patientèle médecin traitant et file active.

pour les centres ayant une patientèle supérieure au 90ème percentile: +5 % de la patientèle médecin traitant et file active.

pour les centres ayant une patientèle supérieure au 95ème percentile: maintien de la patientèle médecin traitant et file active (*).

Des dérogations sont possibles, notamment pour les centres « qui ne remplissent pas les conditions d'éligibilité mais qui présentent un taux de patientèle AME élevé » (*).

Un suivi est mis en place en année 1 et 2.

Source : Assurance maladie – (*) mise à jour mission suite à avenant n°5

L'avenant n°5 a transposé les éléments validés lors des négociations monoprofessionnelles et précisé les conditions de la participation de l'Assurance maladie pour l'emploi d'assistants médicaux (tableau ci-dessous).

Tableau 6 : Participation de l'Assurance maladie pour l'emploi d'assistants médicaux

	Montants maximaux de l'aide pour 1 ETP assistants médicaux	Versements de l'aide
1 ^{ère} année	36 000€	Versement intégral quelle que soit l'atteinte des objectifs
2 ^{ème} année	27 000€	
3 ^{ème} année et suivantes	21 000€	
Montant majoré pour les centres de santé avec une patientèle la plus importante : centre de santé ayant une patientèle entre [P90 et P95]	25 000€	Modulation à partir de la 3 ^{ème} année selon l'atteinte des objectifs
Montant fixe pour les centres de santé ayant une patientèle \geq P95	36 000€	

Source : Avenant n°5

Une aide est également prévue afin d'aider les CDS qui recrutent une infirmière en pratique avancée (IPA)³³⁴.

Modalités de l'aide au recrutement d'IPA (avant avenant n°5)

Qui est concerné ?

- **Centre de santé polyvalent, médical et infirmier** adhérent à l'accord national qui salarie un ou plusieurs infirmiers exerçant une activité en pratique avancée (a minima 0,5 ETP);
- Le centre de santé ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat au démarrage de l'activité salariée (2 ans non renouvelable).

Quels sont les objectifs ?

- Assurer le **suivi d'un minimum de 30 patients par ETP d'IPA salarié** la 1^{ère} année d'exercice et de 60 patients par ETP d'IPA salarié la 2^{ème} année d'exercice;
- Atteindre une part d'actes spécifiques IPA sur l'activité globale des infirmiers en pratique avancée (spécialité 86) d'au moins 25% la 1^{ère} année d'activité, 50% la 2^{ème} année d'exercice et 85% la 3^{ème} année d'exercice.

Quel est le montant de l'aide ?

Option 1 : le centre de santé est installé en zone sous-dense médicale = **40 000€ pour 1 ETP IPA salarié** :

- o 30 000€ pour un ETP IPA salarié dans le mois suivant la signature du contrat ;
- o 10 000€ pour un ETP IPA salarié la deuxième année avant la fin du 1^{er} semestre de l'année suivante.

Option 2 : le centre de santé est installé en dehors d'une zone sous-dense médicale = **27 000€ pour 1 ETP IPA salarié** :

- o 20 000€ pour un ETP d'IPA salarié dans le mois suivant la signature du contrat ;
- o 7 000€ pour un ETP d'IPA salarié la deuxième année avant la fin du 1^{er} semestre de l'année suivante.

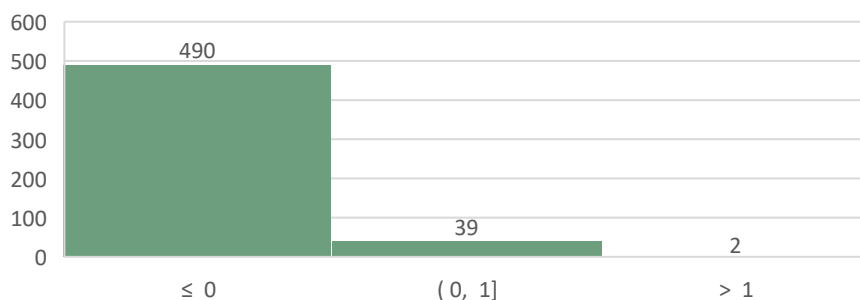
Source : Assurance maladie

L'avenant n°5 supprime la condition selon laquelle l'aide n'est due que si l'IPA assure le suivi d'au moins 300 patients par ETP IPA et ajoute la possibilité pour un centre de cumuler cette première aide avec une aide à la formation professionnelle de 15 K€ (CDS métropolitains) ou 17 K€ (CDS dans les DOM).

En 2022, 92 % des CDS pluriprofessionnels ne comptaient aucune IPA parmi leurs professionnels de santé (graphique ci-dessous).

³³⁴ Article 19.11 et annexe 31 de l'accord.

Graphique 3 : Répartition des CDS pluriprofessionnels en fonction du nombre total d'ETP IPA, 2022



Source : Mission d'après données Assurance maladie

2 Analyse des montants de rémunération forfaitaire spécifique au cours de la période 2017-2021 versés aux CSI

2.1 Données globales et moyennes pour les CDS pluriprofessionnels

2.1.1 Evolution du nombre de CDS pluriprofessionnels adhérents à l'accord (2018-2022)

Le nombre de CDS pluriprofessionnels adhérents à l'accord national de santé suit une tendance haussière au cours de la période 2018-2022 (531, soit + 42 % par rapport à 2018), à l'exception de l'année 2020 et des conséquences de la crise sanitaire. Cette forte hausse explique en grande partie l'évolution également haussière des dépenses de l'accord de santé (cf. infra).

En 2022, près de 10 % des centres pluriprofessionnels n'ont pas réussi à atteindre les objectifs fixés par les indicateurs « prérequis » (condition d'accessibilité, fonction de coordination et mise en place d'un SI socle) et n'obtiennent aucune rémunération. Ce chiffre est en baisse au cours de la période (près de 12 % en 2018, cf. tableau ci-dessous).

Tableau 7 : Evolution du nombre de CDS pluriprofessionnels adhérents à l'accord national des centres de santé (2018-2022)

	2018	2019	2020	2021	2022	sparkline
Nombre total de CDS pluriprofessionnels adhérents à l'accord	305	327	316	427	531	
Dont nombre de CDS obtenant 0 € de rémunération spécifique accord de santé	36	36	29	46	51	
Taux de CDS adhérents n'ayant pas obtenu de rémunération	11,80%	11%	9,20%	10,80%	9,60%	

Source : Mission d'après données Assurance maladie : CDS pluriprofessionnels ayant au moins 1 MG+ 1 auxiliaire paramédical dans les effectifs salariés.

2.1.2 Montant moyen de rémunération annuelle par CDS pluriprofessionnel, graph évolution (et graph distribution 2022)

Les dépenses liées à la rémunération spécifique ont doublé entre 2020 et 2022 à la suite de la crise sanitaire, de l'augmentation du nombre de centres pluriprofessionnels et de la mise en place des avenants n°3 et n°4 entrés en vigueur respectivement en 2020 et 2022 (20,3 M€ en 2020, 40,1 M€ en 2022, cf. tableau ci-dessous).

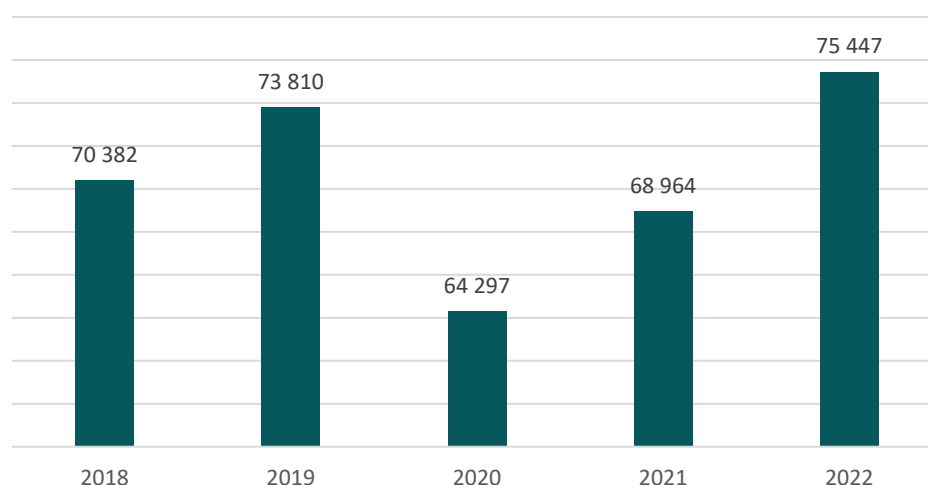
Tableau 8 : Montants de rémunération spécifique (*), en € (2018-2022)

	2018	2019	2020	2021	2022
Montant total rémunération (*)	21 466 394	24 135 834	20 317 831	29 447 465	40 062 430
Montant moyen de rémunération	70 382	73 810	64 297	68 964	75 447
Montant médian de rémunération versée par CDS	61 774	63 044	62 647	60 613	66 300

Source : Mission d'après données Assurance maladie : CDS pluriprofessionnels ayant au moins 1 MG+ 1 auxiliaire paramédical dans les effectifs salariés. (*) y compris les majorations et compensations

Le montant moyen de rémunération annuelle par CDS s'inscrit en hausse au cours de la période (+7,2 % en 2022 par rapport à 2018), sauf en 2020, du fait de la crise sanitaire, portant la somme totale des rémunérations obtenues par CDS pluriprofessionnel en moyenne à 75 K€ en 2022 (cf. graphique ci-dessous)³³⁵.

Graphique 4 : Montant moyen de la rémunération (*) versée par CDS pluriprofessionnel, 2018-2022, en €



Source : Mission d'après données Assurance maladie : CDS pluriprofessionnels ayant au moins 1 MG+ 1 auxiliaire paramédical dans les effectifs salariés. (*) y compris les majorations et compensations

³³⁵ Valeur du point de 7 €, stable au cours de la période observée.

Tableau 9 : Liste des centres de santé pluriprofessionnel bénéficiaire d'une rémunération majorée > 175 K€ en 2022 triée par montant décroissant

(Tableau occulté en application de l'article L.311-6 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA))

2.1.4 Focus sur la surprécarité

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 de leur patientèle par rapport à la moyenne nationale. Ce taux est issu de la combinaison de deux éléments : le taux de patientèle relevant de la complémentaire santé solidaire et le taux de patientèle relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) rapporté à la patientèle totale de la structure.

Définition du taux de surprécarité

Taux de surprécarité : (taux de patients C2S + taux de patients AME – ayant eu au moins un acte d'un MG) de la structure / (taux de patients C2S + taux de patients AME) moyens au niveau national

Taux de patients C2S: nombre de patients C2S ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste du centre / nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste du centre

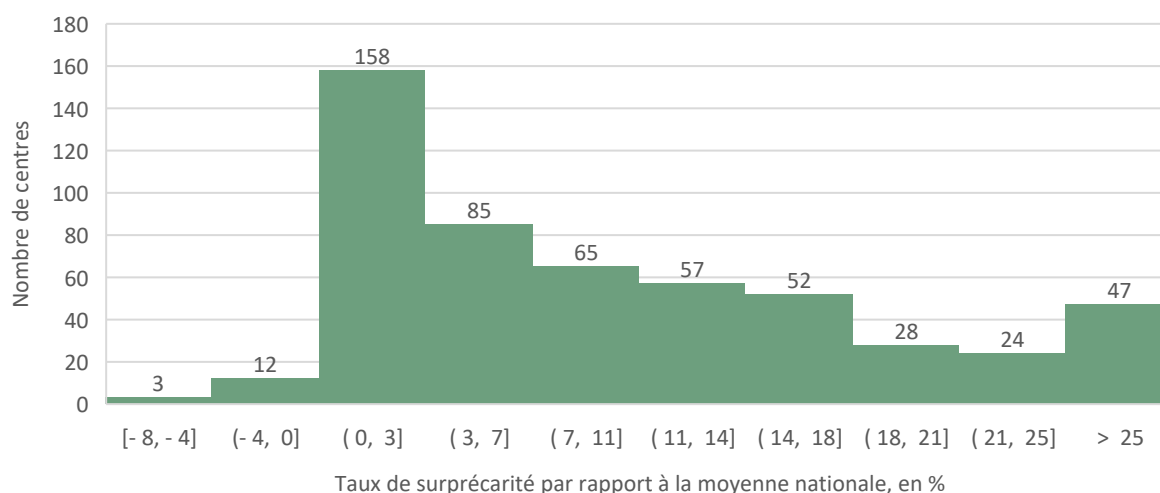
taux de patients AME : nombre de patients AME ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste du centre / nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste du centre

Source : assurance maladie

Pour les patients bénéficiaires de la C2S, si le taux est supérieur à la part calculée au niveau national de 7,5 %, ou, pour les patients bénéficiaires de l'AME, si le taux est supérieur à la part calculée au niveau national de 0,4 %, une majoration égale à la différence entre le taux national et le taux de la structure en pourcentage est applicable au montant de la rémunération. La majoration appliquée qui s'élevait au maximum de 25 % jusqu'en 2021, a été déplafonnée en 2022 par l'avenant n°4 pour les CDS médicaux et polyvalents.

Comme le montre le graphique ci-dessous, 30 % des CDS pluriprofessionnels ont un taux de surprécarité faible par rapport à la moyenne nationale, entre 0 et 3 %. 40 % des CDS pluriprofessionnels ont un taux de surprécarité supérieur à 11 %.

Graphique 5 : Répartition des CDS pluriprofessionnels par décile en fonction du taux de surprécarité, 2022, en %

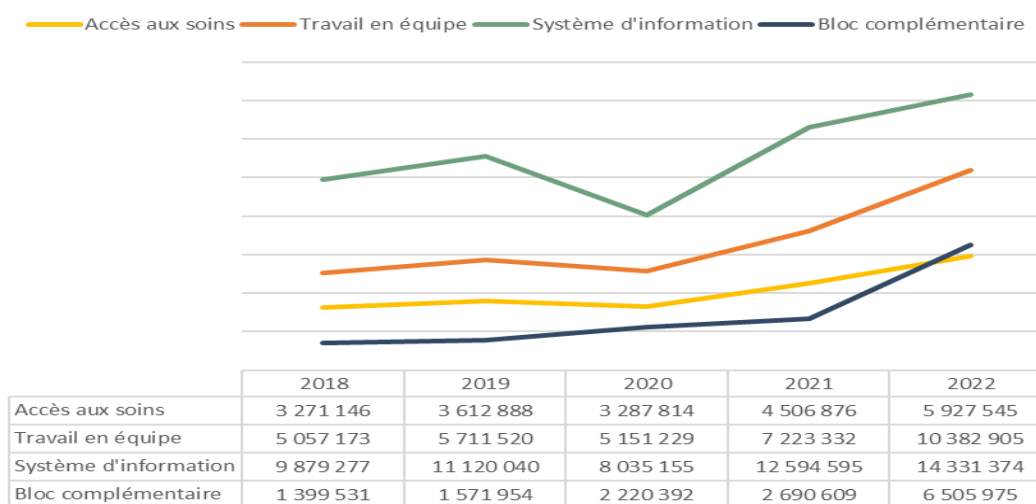


Source : Mission à partir des données CNAM – population des CDS pluriprofessionnels totale = 531

2.2 Données détaillées de la rémunération par bloc (2018-2022)

En 2022, la rémunération spécifique est conditionnée majoritairement par l'atteinte d'indicateurs relatifs au système d'information (38,6 %), au travail en équipe (28 %), puis relatifs à l'accès aux soins et au bloc complémentaire (respectivement 16 % et 17,5 %). La part de rémunération spécifique liée au bloc complémentaire a rejoint celle dédiée aux indicateurs d'accès aux soins en 2022. Ce bloc comprend depuis 2022 majoritairement plusieurs indicateurs relatifs au public vulnérable accueilli par les centres – en lien avec la thématique de l'accès aux soins, mais également plusieurs indicateurs liés à l'utilisation de nouvelles technologies. La rémunération spécifique versée aux centres dépend donc, en grande partie (43,7 %), de la mise en place et de l'utilisation des techniques de dématérialisation (données, procédures). La graphique ci-dessous compare l'évolution de la répartition de la rémunération selon les blocs.

Graphique 6 : Montant total des dépenses de rémunération spécifique par bloc, en €, 2018-2022



Source : Mission d'après données CNAM

En moyenne, par centre, le montant moyen de la rémunération spécifique, par bloc, est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10 : 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	

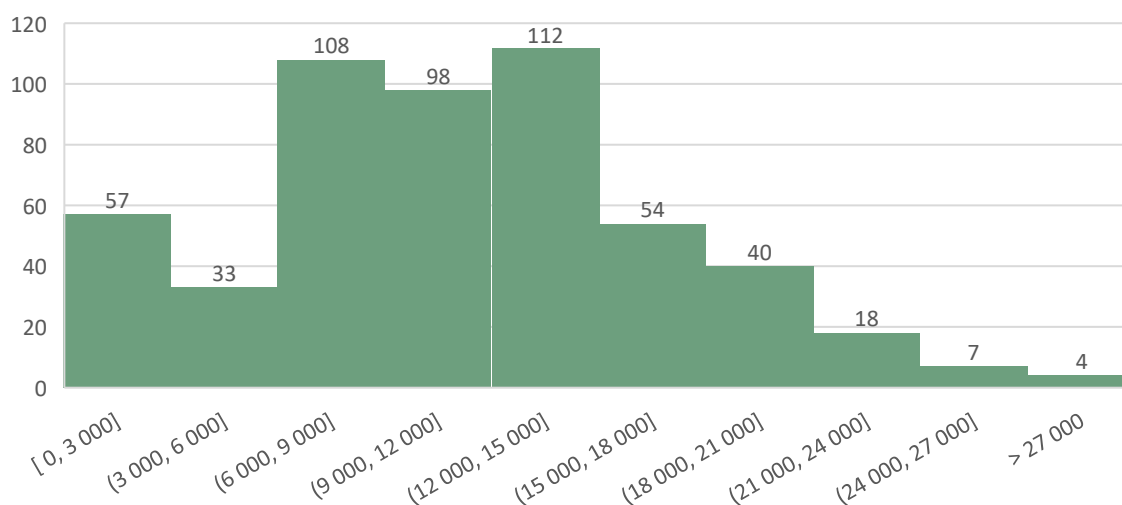
Source : Mission d'après données CNAM

2.2.1 Données détaillées du bloc de rémunération « accès aux soins »

2.2.1.1 Distribution des centres par décile de rémunération en 2022

S'agissant de la rémunération découlant de l'atteinte des objectifs fixés par les indicateurs regroupés dans le bloc « accès aux soins », 60 % des CDS pluriprofessionnels (318 sur 531) perçoivent une rémunération comprise entre 6 000 € et 15 000 € en 2022 (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 7 : Répartition des CDS pluriprofessionnels par décile de rémunération attribuée pour le bloc « accès aux soins », 2022, montants en €



Source : Mission d'après données CNAM

2.2.1.2 Evolution du montant des dépenses (total et par indicateur) au cours de la période 2018-2022

Le montant total des dépenses versées en contrepartie de l'atteinte de certains indicateurs permettant de garantir l'accessibilité des centres est passé de 3,3 M€ en 2018 à 5,9 M€ en 2022, soit une augmentation de 81,2 % en cinq ans, découlant principalement de l'augmentation du nombre de centres de santé pluriprofessionnels. En effet, le montant moyen de rémunération par centre s'établit à 11,2 K€ en 2022, soit une hausse modérée de 4,1 % comparativement à l'année 2018.

L'examen des données présentées dans le tableau ci-dessous et de leur évolution montre peu d'évolution dans les composantes de ce bloc de rémunération. En 2022, l'indicateur « accessibilité » (dont l'atteinte fait partie des prérequis et donc conditionne le versement de toute rémunération) est prépondérant (2,3 M€ en 2022), suivis par la composante liée aux rémunérations « 2nd recours – niveau 1 et 2 (1, 3 M€) », puis aux rémunérations « diversité – niveau 1 et 2 (955 M€) », et à la rémunération des missions médicales (925 K€).

On note un fort taux de non atteinte / non-recours aux indicateurs suivants (plus de 80 % des centres ayant un score égal à zéro) : les indicateurs relatifs à l'activité dentaire et infirmière, la rémunération liée au contrat démographique « contrat de solidarité territoriale »,

Le taux de non-recours est particulièrement élevé pour les nouveaux indicateurs (ou les plus récents), mis en place à partir de 2022 : rémunération liée aux « missions [conjointes] activité médicale – IPA », à la « réponse aux crises sanitaires graves (mise en œuvre d’actions) », Prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale (2020 et 2021) ou en lien avec le SAS (2022).

Tableau 11 : Scores atteints par indicateur pour l'ensemble des, et taux de non recours au cours de la période 2018-2022 pour le bloc « accès aux soins »

Indicateur (points et rémunération)	Année	Total	Moyenne	Médiane	Max	Min	Taux de non recours
Points accessibilité	2018	198 630	651 ↓	680	800	0	5,6%
	2019	212 800	651 ↑	710	800	0	6,9%
	2020	204 350	647 ↓	680	800	0	6,6%
	2021	272 440	638 ↓	680	800	0	8,2%
	2022	337 560	636 ↓	680	800	0	8,5%
Rémunération accessibilité	2018	1 284 360	4 211 ↑	4 760	5 600	0	12,5%
	2019	1 424 850	4 357 ↑	4 760	5 600	0	11,4%
	2020	1 382 290	4 374 ↑	4 760	5 600	0	10,1%
	2021	1 829 310	4 284 ↑	4 760	5 600	0	12,2%
	2022	2 297 680	4 327 ↑	4 760	5 600	0	11,5%
Nb de missions activité médicale rémunérées	2018	474	2	2	2	0	20,7%
	2019	525	2	2	2	0	19,6%
	2020	501	2	2	2	0	19,9%
	2021	654	2	2	2	0	21,8%
	2022	759	1	2	2	0	26,9%
Nb de missions forte activité dentaire rémunérées	2018	65	0	0	1	0	78,7%
	2019	71	0	0	1	0	80,8%
	2020	55	0	0	1	0	82,6%
	2021	72	0	0	1	0	83,1%
	2022	81	0	0	1	0	84,7%
Nb de missions forte activité infirmière rémunérées	2018	54	0	0	1	0	82,3%
	2019	51	0	0	1	0	87,1%
	2020	39	0	0	1	0	87,7%
	2021	67	0	0	1	0	84,3%
	2022	59	0	0	1	0	88,9%
Points missions activité médicale 2018	2018	94 586	312 ↑	283	1 550	0	20,7%
	2019	107 596	329 ↑	271	1 728	0	20,5%
	2020	91 791	290 →	222	1 709	0	20,3%
	2021	131 402	308 →	221	1 934	0	22,2%
	2022	138 050	260 ↓	148	6 201	0	27,3%
Points missions activité médicale - IPA	2022	7 200	14	0	200	0	93,2%
Points missions forte activité dentaire	2018	14 087	46 ↑	0	927	0	78,7%
	2019	14 498	44 ↑	0	801	0	80,8%
	2020	8 545	27 ↓	0	619	0	82,6%
	2021	13 442	31 ↓	0	669	0	83,1%
	2022	16 710	31 ↓	0	804	0	84,7%

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

Indicateur (points et rémunération)	Année	Total	Moyenne	Médiane	Max	Min	Taux de non recours
Points missions forte activité infirmière	2018	10 344	34	0	484	0	82,3%
	2019	9 183	28	0	446	0	87,1%
	2020	6 142	19	0	372	0	87,7%
	2021	10 284	24	0	367	0	85,2%
	2022	8 468	16	0	429	0	89,5%
Rémunération missions activité médicale	2018	624 170	2 053	1 784	10 852	0	26,9%
	2019	711 171	2 175	1 676	12 094	0	27,4%
	2020	616 397	1 951	1 474	11 966	0	25,6%
	2021	884 656	2 072	1 520	13 535	0	28,6%
	2022	925 874	1 744	911	43 409	0	33,0%
Rémunération missions activité médicale - IPA	2022	44 800	84	0	1 400	0	94,0%
Rémunération missions forte activité dentaire	2018	96 104	315	0	6 490	0	79,3%
	2019	100 531	308	0	5 608	0	81,4%
	2020	58 589	185	0	4 334	0	83,5%
	2021	91 320	214	0	4 682	0	83,6%
	2022	115 677	218	0	5 630	0	85,3%
Rémunération mission forte activité infirmière	2018	68 812	226	0	3 391	0	83,6%
	2019	62 086	190	0	3 120	0	88,6%
	2020	42 988	136	0	2 601	0	88,0%
	2021	71 990	169	0	2 570	0	85,2%
	2022	59 214	112	0	3 003	0	90,0%
Points Réponse aux crises sanitaires graves - Rédaction d'un plan de préparation	2022	23 600	44	0	100	0	55,6%
Rémunération Réponse aux crises sanitaires graves - Rédaction d'un plan de préparation	2022	158 900	299	0	700	0	57,3%
Points Réponse aux crises sanitaires graves - Mise en oeuvre d'actions	2022	0	0	0	0	0	100,0%
Rémunération Réponse aux crises sanitaires graves - Mise en oeuvre d'actions	2022	0	0	0	0	0	100,0%
Points 2nd recours-niv1	2018	56 500	185	250	250	0	25,9%
	2019	60 750	186	250	250	0	26,5%
	2020	54 000	171	250	250	0	31,6%
	2021	76 750	180	250	250	0	28,1%
	2022	111 000	209	300	300	0	30,3%
Points 2nd recours-niv2	2018	51 000	167	250	250	0	33,1%
	2019	53 000	162	250	250	0	36,3%
	2020	47 000	149	250	250	0	40,5%
	2021	67 500	158	250	250	0	36,8%
	2022	97 500	184	300	300	0	38,8%

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

Indicateur (points et rémunération)	Année	Total	Moyenne	Médiane	Max	Min	Taux de non recours
Points diversité-niv1	2018	53 250 ↑	175	250	250	0	30,2%
	2019	56 750 →	174	250	250	0	31,5%
	2020	49 750 ↓	157	250	250	0	37,0%
	2021	67 000 ↓	157	250	250	0	37,2%
	2022	96 900 ↑	182	300	300	0	39,2%
Points diversité-niv2	2018	33 750 ↑	111	0	250	0	55,7%
	2019	35 500 ↑	109	0	250	0	58,4%
	2020	28 500 ↓	90	0	250	0	63,9%
	2021	37 500 ↓	88	0	250	0	64,9%
	2022	49 200 ↓	93	0	300	0	69,1%
Rémunération 2nd recours-niv1	2018	344 750 ↓	1 130	1 750	1 750	0	35,4%
	2019	381 500 ↓	1 167	1 750	1 750	0	34,4%
	2020	353 500 ↓	1 119	1 750	1 750	0	36,1%
	2021	493 500 ↓	1 156	1 750	1 750	0	34,0%
	2022	709 800 ↑	1 337	2 100	2 100	0	36,3%
Rémunération 2nd recours-niv2	2018	313 250 ↓	1 027	1 750	1 750	0	41,3%
	2019	337 750 ↓	1 033	1 750	1 750	0	42,3%
	2020	308 000 ↓	975	1 750	1 750	0	44,3%
	2021	435 750 ↓	1 020	1 750	1 750	0	41,7%
	2022	636 300 ↑	1 198	2 100	2 100	0	42,9%
Rémunération diversité-niv1	2018	327 250 →	1 073	1 750	1 750	0	38,7%
	2019	355 250 →	1 086	1 750	1 750	0	39,1%
	2020	323 750 ↓	1 025	1 750	1 750	0	41,5%
	2021	430 500 ↓	1 008	1 750	1 750	0	42,4%
	2022	632 100 ↑	1 190	2 100	2 100	0	43,3%
Rémunération diversité-niv2	2018	208 250 ↑	683	0	1 750	0	61,0%
	2019	232 750 ↑	712	0	1 750	0	61,2%
	2020	192 500 ↓	609	0	1 750	0	65,2%
	2021	250 250 ↓	586	0	1 750	0	66,5%
	2022	323 400 ↓	609	0	2 100	0	71,0%
Points Contrat de solidarité territorial (CST)	2018	800 ↓	3	0	200	0	98,7%
	2019	1 200 ↓	4	0	200	0	101,3%
	2020	1 400 →	4	0	200	0	97,8%
	2021	2 800 ↑	7	0	200	0	96,7%
	2022	2 800 ↑	5	0	200	0	97,4%
Rémunération Contrat de solidarité territorial (CST)	2018	4 200 ↓	14	0	1 400	0	99,0%
	2019	7 000 ↓	21	0	1 400	0	101,6%
	2020	9 800 →	31	0	1 400	0	97,8%
	2021	19 600 ↑	46	0	1 400	0	96,7%
	2022	18 200 →	34	0	1 400	0	97,6%

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

Indicateur (points et rémunération)	Année	Total	Moyenne	Médiane	Max	Min	Taux de non recours
Points Prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale (2020 et 2021) ou en lien avec le SAS (2022)	2020	4 317	14	0	750	0	95,3%
	2021	11 006	26	0	750	0	93,0%
	2022-1	1 940	4	0	1 284	0	99,2%
	2022-2	800	2	0	200	0	99,2%
Rémunération Prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale (2020 et 2021) ou en lien avec le SAS (2022)	2020	30 219	96	0	5 250	0	95,3%
	2021	71 789	168	0	5 250	0	93,2%
	2022-1	13 580	26	0	8 988	0	99,2%
	2022-2	5 600	11	0	1 400	0	99,2%
TOTAL Points ACCES AUX SOINS	2018	512 151	1 679	1 620	4 011	0	0,7%
	2019	550 082	1 682	1 620	4 036	0	1,6%
	2020	491 478	1 555	1 524	3 594	0	1,3%
	2021	679 118	1 590	1 550	3 734	0	1,6%
	2022	889 788	1 676	1 640	8 501	0	2,1%
Rémunération ACCES AUX SOINS	2018	3 271 146	10 725	10 809	28 075	0	11,8%
	2019	3 612 888	11 049	10 903	28 250	0	11,4%
	2020	3 287 814	10 404	10 430	25 158	0	9,5%
	2021	4 506 876	10 555	10 528	26 135	0	10,8%
	2022	5 927 545	11 163	11 480	59 509	0	10,5%

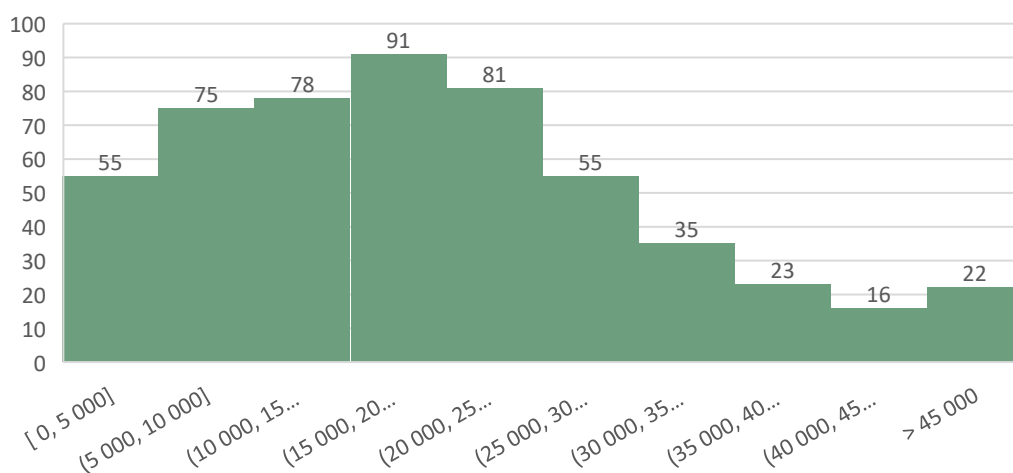
Source : calculs mission d'après données Assurance maladie

2.2.2 Données détaillées du bloc de rémunération « travail en équipe »

2.2.2.1 Distribution des centres par décile de rémunération en 2022

S'agissant de la rémunération découlant de l'atteinte des objectifs fixés par les indicateurs regroupés dans le bloc « travail en équipe », près de la moitié des CDS pluriprofessionnels (250) perçoivent une rémunération comprise entre 10 000 € et 25 000 € en 2022.

Graphique 8 : Répartition des CDS pluriprofessionnels par décile de rémunération attribuée pour le bloc « travail en équipe », 2022, montants en €



Source : Mission d'après données CNAM

2.2.2.2 Evolution du montant des dépenses (total et par indicateur) au cours de la période 2018-2022

Le montant total des dépenses versées en contrepartie de l'atteinte de certains indicateurs permettant de valoriser le travail en équipe a plus que doublé au cours de la période 2018-2022, passant de 5,05 M€ en 2018 à 10,4 M€ en 2022. Cette hausse est essentiellement liée au rythme dynamique de création de CDS pluriprofessionnels, venant renchérir le nombre de bénéficiaires. Le montant moyen versé par centre a également augmenté mais dans des proportions moindres : le montant moyen de rémunération par centre pour le travail en équipe s'est établi à 19,5 K€ en 2022 (montant médian : 18,3 K€), soit une hausse de 17,9 % depuis 2018 (16,6 K€).

L'examen des données présentées dans le tableau ci-dessous et de leur évolution montre peu d'évolution dans les composantes de ce bloc de rémunération. En 2022, la rémunération de la fonction de coordination (dont l'atteinte fait partie des prérequis et donc conditionne le versement de toute rémunération) est prépondérante (6 M€ en 2022, + 112 % par rapport à 2018), suivie par la composante liée à la rémunération des stages (1,4 M€) et des protocoles (1,3 M€), puis par la rémunération des fonctions de concertation (966 K€). En 2018, la fonction de concertation était en moyenne mieux rémunérée (2 553 € versé par centre en 2018, 1 820 € en 2022) que la fonction de protocolisation (1 962 € en 2018, 2 274 € en 2022).

Mis à part la fonction de coordination, qui fait partie des indicateurs prérequis, on note un fort taux de non atteinte / non-recours aux indicateurs suivants (plus de 80 % des centres ayant un score égal à zéro) : les indicateurs relatifs à l'activité dentaire (en l'absence d'offre de soins dentaires dans la majorité des centres...),

La moitié des centres, en 2022, ne bénéficie pas de rémunération au titre de l'accueil de stagiaires (51,6 %, en hausse par rapport à 2018 : 45,9 %), notamment des stages infirmiers (65 % des CDS n'ont accueilli aucun stage infirmier en 2022), ou médecins (70 % des CDS n'ont accueilli aucun stage médecin en 2022).

Le taux de non-recours est particulièrement élevé (proche de ou supérieur à 90 %) pour les nouveaux indicateurs (ou les plus récents), mis en place à partir de 2022 : rémunération liée aux activités avec les IPA (concertation, protocoles) lié à l'absence de ressources IPA dans la majorité des centres, rémunérations liées aux parcours de soins (insuffisance cardiaque, enfant en surpoids), protocolisation des soins non programmés (SNP), régulation du SAS.

Tableau 12 : Scores atteints par indicateur pour l'ensemble des CDS (moyenne, médiane, score minimum et maximum), et taux de non recours au cours de la période 2018-2022 pour le bloc « travail en équipe »

Indicateur (points et rémunération)	Année	Total	Moyenne	Médiane	Max	Min	Taux de non recours
Nombre de réunions pluriprofessionnelles	2018	5 234	17 ↑	8	370	0	21,0%
	2019	5 455	17 ↑	8	240	0	20,5%
	2020	4 566	14 ↑	8	307	0	14,2%
	2021	5 838	14 ↓	7	317	0	19,2%
	2022	7 193	14 ↓	7	450	0	19,6%
Nombre de dossiers examinés	2018	17 466	57 ↑	29	1 002	0	23,3%
	2019	19 822	61 ↑	33	861	0	21,1%
	2020	16 789	53 →	24	555	0	19,6%
	2021	37 382	88 ↓	21	10 668	0	23,4%
	2022	31 553	59 ↓	18	1 208	0	22,6%
Pourcentage de dossiers examinés	2018	47	0,16	0,06	1	0	21,0%
	2019	52	0,17	0,06	1	0	18,6%
	2020	57	0,18	0,05	1	0	21,8%
	2021	76	0,18	0,05	1	0	26,7%
	2022	105	0,20	0,04	1	0	27,9%
Points concertation	2018	113 254	371 ↑	246	2 215	0	31,5%
	2019	128 584	393 ↑	269	2 380	0	31,2%
	2020	94 080	298 ↓	152	2 147	0	34,8%
	2021	138 636	325 →	169	2 762	0	36,3%
	2022	142 209	268 ↓	100	2 782	0	36,3%
Rémunération concertation	2018	778 674	2 553 ↑	1 699	15 503	0	33,1%
	2019	877 737	2 684 ↑	1 840	16 660	0	33,8%
	2020	657 382	2 080 →	1 067	15 028	0	35,4%
	2021	951 669	2 229 ↓	1 048	19 336	0	37,9%
	2022	966 395	1 820 ↓	658	19 474	0	38,4%
Points concertation IPA 2022	2022	4 076	8	0	384	0	94,9%
Rémunération concertation IPA 2022	2022	26 992	51	0	2 689	0	95,3%
Nombre de réunions entre dentistes	2018	418	1	0	35	0	72,1%
	2019	741	2	0	55	0	72,6%
	2020	567	2	0	46	0	70,6%
	2021	878	2	0	37	0	70,5%
	2022	1 106	2	0	36	0	72,9%
Points concertation forte activité dentaire	2018	10 600	35	0	200	0	82,6%
	2019	12 800	39	0	200	0	83,0%
	2020	11 200	35	0	200	0	82,3%
	2021	12 800	30	0	200	0	85,0%
	2022	16 800	32	0	200	0	84,2%

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

Indicateur (points et rémunération)	Année	Total	Moyenne	Médiane	Max	Min	Taux de non recours
Rémunération concertation forte activité dentaire	2018	74 200	243	0	1 400	0	82,6%
	2019	89 600	274	0	1 400	0	83,0%
	2020	78 400	248	0	1 400	0	82,3%
	2021	88 200	207	0	1 400	0	85,2%
	2022	117 600	221	0	1 400	0	84,2%
Nombre de stages	2018	1 409	5	2	68	0	37,4%
	2019	1 589	5	2	82	0	35,0%
	2020	1 012	3	2	40	0	38,6%
	2021	1 734	4	2	49	0	34,7%
	2022	1 920	4	2	60	0	38,0%
Points stage	2018	80 100	263	450	450	0	41,6%
	2019	88 200	270	450	450	0	41,3%
	2020	78 300	248	450	450	0	44,9%
	2021	110 700	259	450	450	0	42,4%
	2022	214 200	403	450	900	0	48,0%
Rémunération stages	2018	519 750	1 704	3 150	3 150	0	45,9%
	2019	563 850	1 724	3 150	3 150	0	46,7%
	2020	526 050	1 665	3 150	3 150	0	47,2%
	2021	727 650	1 704	3 150	3 150	0	45,9%
	2022	1 400 175	2 637	0	6 300	0	51,6%
Nombre de stages activité dentaire	2018	16	0	0	4	0	97,0%
	2019	29	0	0	5	0	97,8%
	2020	15	0	0	2	0	96,2%
	2021	46	0	0	8	0	96,0%
	2022	50	0	0	7	0	96,4%
Points stage forte activité dentaire	2018	1 800	6	0	225	0	97,4%
	2019	3 600	11	0	225	0	98,1%
	2020	1 800	6	0	225	0	97,5%
	2021	2 925	7	0	225	0	97,0%
	2022	2 925	6	0	225	0	97,6%
Rémunération stage forte activité dentaire	2018	12 600	41	0	1 575	0	97,4%
	2019	25 200	77	0	1 575	0	98,1%
	2020	12 600	40	0	1 575	0	97,5%
	2021	18 900	44	0	1 575	0	97,2%
	2022	20 475	39	0	1 575	0	97,6%
Nombre de stages activité infirmière	2018	549	2	0	60	0	53,1%
	2019	543	2	0	75	0	55,8%
	2020	347	1	0	14	0	63,9%
	2021	503	1	0	38	0	63,7%
	2022	581	1	0	28	0	65,5%
Points de stages forte activité infirmière	2018	10 575	35	0	225	0	84,6%
	2019	10 125	31	0	225	0	89,0%
	2020	8 325	26	0	225	0	88,3%
	2021	13 050	31	0	225	0	86,4%
	2022	11 700	22	0	225	0	90,2%

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

Indicateur (points et rémunération)	Année	Total	Moyenne	Médiane	Max	Min	Taux de non recours
Rémunération stages forte activité infirmière	2018	70 875	232	0	1 575	0	85,2%
	2019	67 725	207	0	1 575	0	89,6%
	2020	58 275	184	0	1 575	0	88,3%
	2021	89 775	210	0	1 575	0	86,7%
	2022	75 600	142	0	1 575	0	91,0%
Points coordination externe	2018	20 455	68 →	35	568	0	40,3%
	2019	23 460	72 ↑	42	582	0	39,1%
	2020	21 020	67 ↑	44	336	0	32,9%
	2021	29 188	68 →	33	552	0	40,0%
	2022	30 390	57 ↓	21	556	0	40,7%
Rémunération coordination externe	2018	140 537	464 ↑	231	3 979	0	42,3%
	2019	161 404	494 ↑	280	4 075	0	41,0%
	2020	145 425	460 ↑	298	2 350	0	34,8%
	2021	199 327	467 →	185	3 867	0	42,9%
	2022	203 894	384 ↓	85	3 895	0	43,5%
Points coordination externe forte activité dentaire	2018	1 600	5	0	200	0	97,4%
	2019	1 800	6	0	200	0	100,3%
	2020	1 600	5	0	200	0	97,5%
	2021	2 600	6	0	200	0	97,0%
	2022	3 200	6	0	200	0	97,0%
Rémunération coordination externe forte activité dentaire	2018	11 200	37	0	1 400	0	97,4%
	2019	12 600	39	0	1 400	0	100,3%
	2020	11 200	35	0	1 400	0	97,5%
	2021	18 200	43	0	1 400	0	97,0%
	2022	3 200	6	0	200	0	97,0%
Nombre de protocoles	2018	1 123	6 ↑	5	29	1	0,0%
	2019	1 068	5 ↑	5	16	1	0,0%
	2020	1 210	4 →	4	16	0	28,8%
	2021	1 509	4 →	3	16	0	31,4%
	2022	1 911	4 ↓	2	22	0	36,7%
Points protocoles	2018	87 000	285 ↓	200	800	0	40,0%
	2019	103 900	318 →	300	800	0	36,0%
	2020	114 200	361 ↑	350	800	0	28,8%
	2021	143 500	336 →	300	800	0	31,4%
	2022	177 900	335 ↓	200	800	0	36,7%
Rémunération protocoles	2018	598 500	1 962 ↓	1 400	5 600	0	41,6%
	2019	704 200	2 154 ↓	1 400	5 600	0	38,5%
	2020	777 700	2 461 ↑	2 100	5 600	0	31,6%
	2021	964 600	2 259 ↓	1 400	5 600	0	34,2%
	2022	1 207 500	2 274 ↓	1 400	5 600	0	38,6%

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

Critère (points et rémunération)	Année	Total	Moyenne	Médiane	Max	Min	Taux de non recours
Points protocoles IPA	2022	7 080	13	0	320	0	94,2%
Rémunération protocole IPA	2022	45 080	85	0	2 240	0	94,5%
Points fonction de coordination	2018	418 951	1 387	↓ 1 299	10 487	0	8,9%
	2019	477 868	1 461	↓ 1 337	10 464	0	6,0%
	2020	411 176	1 301	↓ 1 253	3 842	0	5,1%
	2021	594 286	1 392	↓ 1 259	11 292	0	6,8%
	2022	917 300	1 727	↑ 1 523	11 945	0	4,0%
Rémunération fonction de coordination	2018	2 850 837	9 409	↓ 9 030	73 411	0	12,5%
	2019	3 209 204	9 814	→ 9 247	73 250	0	11,4%
	2020	2 782 578	8 806	↓ 8 714	26 894	0	9,2%
	2021	3 998 372	9 364	↓ 8 543	79 041	0	11,7%
	2022	6 067 354	11 426	↑ 10 576	83 614	0	10,5%
Points stage médecins	2020	10 500	33	0	100	0	65,2%
	2021	14 350	34	0	100	0	64,2%
	2022	16 150	30	0	100	0	68,0%
Rémunération stage médecins	2020	71 400	226	0	700	0	66,5%
	2021	94 850	222	0	700	0	66,0%
	2022	106 050	200	0	700	0	70,1%
Points parcours insuffisance cardiaque	2022	2 360	4	0	278	0	93,6%
Rémunération parcours insuffisance cardiaque	2022	16 010	30	0	1 947	0	93,8%
Points Parcours visant à accompagner les enfants en situation de surpoids	2022	7 300	14	0	100	0	86,3%
Rémunération Parcours visant à accompagner les enfants en situation de surpoids	2022	49 700	94	0	700	0	86,6%
Nombre de protocoles SNP	2022	67	0	0	6	0	94,2%
Points protocoles SNP	2022	6 700	13	0	600	0	94,2%
Rémunération protocoles SNP	2022	44 100	83	0	4 200	0	94,5%
Points Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre de la régulation du SAS 2022	2022	1 940	4	0	1 284	0	99,2%
Rémunération Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre de la régulation du SAS 2022	2022	13 580	26	0	8 988	0	99,2%

Critère (points et rémunération)	Année	Total	Moyenne	Médiane	Max	Min	Taux de non recours
Points TRAVAIL EN EQUIPE	2018	744 335	2 440	2 350	10 937	0	5,9%
	2019	850 338	2 600	2 414	10 914	0	3,5%
	2020	756 518	2 394	2 292	7 189	0	2,2%
	2021	1 073 041	2 513	2 397	12 067	0	3,0%
	2022	1 562 230	2 942	2 695	13 950	0	2,3%
Rémunération TRAVAIL EN EQUIPE	2018	5 057 173	16 581	16 411	76 561	0	12,1%
	2019	5 711 520	17 466	16 588	76 400	0	11,4%
	2020	5 151 229	16 301	16 027	50 322	0	9,2%
	2021	7 223 332	16 916	16 693	84 466	0	10,8%
	2022	10 382 905	19 553	18 319	97 649	0	10,0%

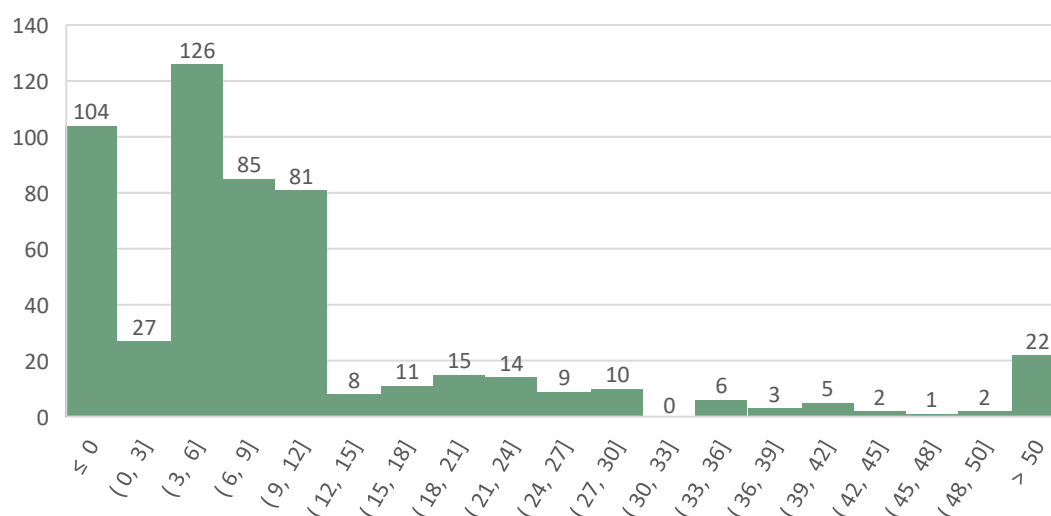
Source : calculs mission d'après données Assurance maladie

2.2.2.3 Distribution des centres en fonction du nombre de réunions pluriprofessionnelles (2022)

Si une très forte majorité de centres de santé pluriprofessionnels organise des réunions de coordination entre professionnels de santé sur l'organisation interne des soins ou protocoles de prise en charge/dossiers de patients complexes (81 % des centres, cf. graphique ci-dessous), les 20 % restant n'en organisent pas (ou n'en déclarent pas).

Moins de 5 % des centres déclarent organiser une réunion à une fréquence quasiment hebdomadaire (plus de 45 réunions annuelles). Au total la majorité des centres qui organisent des réunions pluriprofessionnelles (55 %) les organisent sur une fréquence le plus souvent trimestrielles, bimensuelle ou mensuelle (entre 4 et 12 réunions par an), suivant leurs déclarations.

Graphique 9 : Répartition des CDS pluriprofessionnels en fonction du nombre de réunions pluriprofessionnelles, 2022



Source : Mission d'après données CNAM

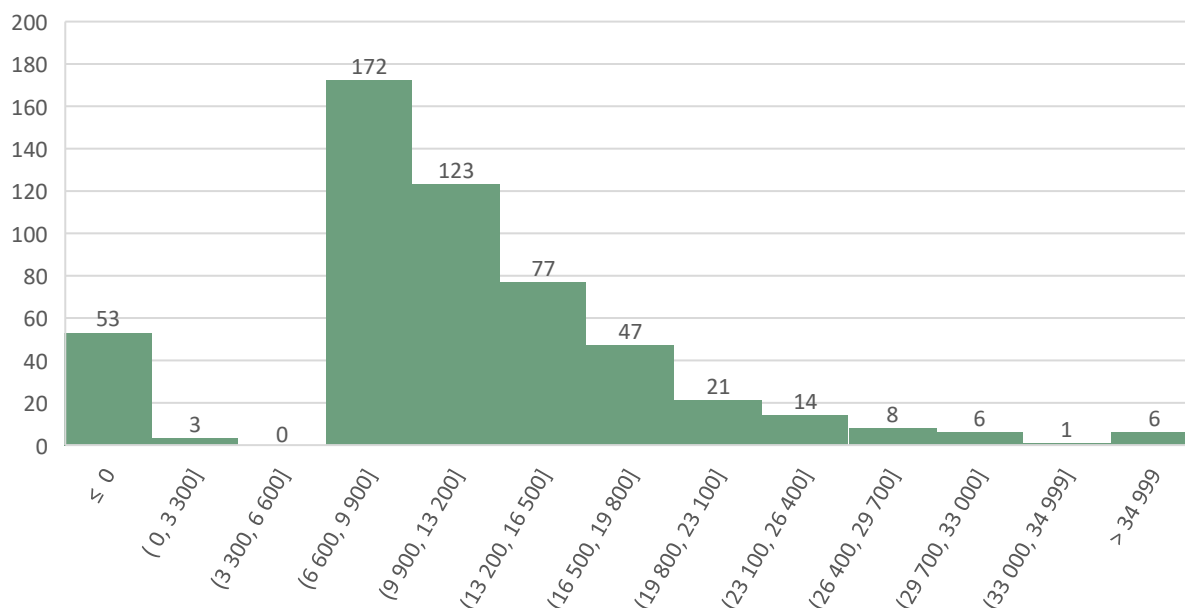
2.2.2.4 Distribution des centres selon leur rémunération pour la coordination (2022)

La fonction de coordination est assurée soit par des personnes exerçant par ailleurs d'autres missions au sein du centre (y compris par des professionnels de santé) ayant alors un temps identifié et dédié à cette fonction, soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction. La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes : animation de la coordination interprofessionnelle, coordination des parcours et des dossiers patients, suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé, relation avec les institutions (organisme d'assurance maladie, agence régionale de santé...) ou collectivités³³⁸.

La fonction coordination externe est un indicateur qui repose sur plusieurs critères tels que la tenue d'un répertoire actualisé de l'offre sanitaire et sociale, le retour d'information au médecin traitant sur la vaccination antigrippale.

10 % des centres ne touchent aucune rémunération pour la gestion de la coordination des professionnels de santé. 55 % perçoivent entre 6 600 et 13 200 € pour assurer cette fonction (graphique ci-dessous).

Graphique 10 : Répartition des CDS pluriprofessionnels par tranche de rémunération attribuée en matière de coordination (*), 2022, montants en €



Source : Mission d'après données CNAM – (*) cumul des rémunérations de la fonction coordination et de la fonction coordination externe

³³⁸ Source : Assurance maladie

2.2.2.5 Distribution des centres en fonction du nombre de stages (2022)

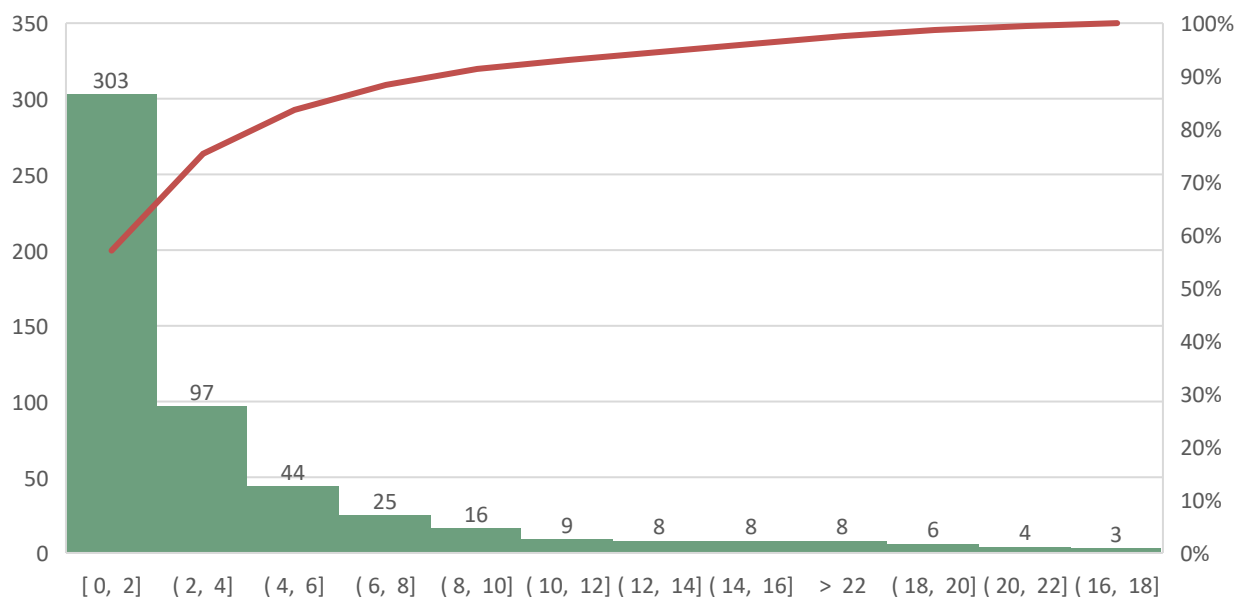
Les centres de santé constituent un terrain privilégié de stages de formation pour les professionnels de santé selon des modalités propres à chaque profession.

Jusqu'au 21/06/2022, l'accord national prévoyait au moins deux stages par an pour les centres de santé médicaux ou polyvalents (au moins un stage par an pour les centres de santé infirmiers, et au moins un stage par an pour les centres de santé dentaires).

L'avenant 4 a revalorisé cet indicateur portant sur l'accueil des stagiaires PS dans les CDS médicaux et polyvalents, qui se voient attribués 450 points pour l'accueil de 2 professionnels de santé (soit 225 points par stagiaire) et 200 points supplémentaires pour l'accueil de 2 médecins stagiaires.

Les CDS qui accueillent plus de quatre stagiaires dans l'année ne perçoivent aucune rémunération supplémentaire. Cette situation explique vraisemblablement que les trois quarts des centres n'accueillent pas plus de quatre stagiaires et qu'une majorité s'en tient à l'accueil de deux stagiaires (situation préexistante à l'avenant). Pour autant, en pratique un quart des centres accueillent plus de quatre stagiaires, indépendamment de toute contrepartie financière : ces stages jouent parfois un rôle décisif dans la perspective d'un recrutement futur.

Graphique 11 : Répartition des CDS pluriprofessionnels en fonction du nombre de stages, 2022



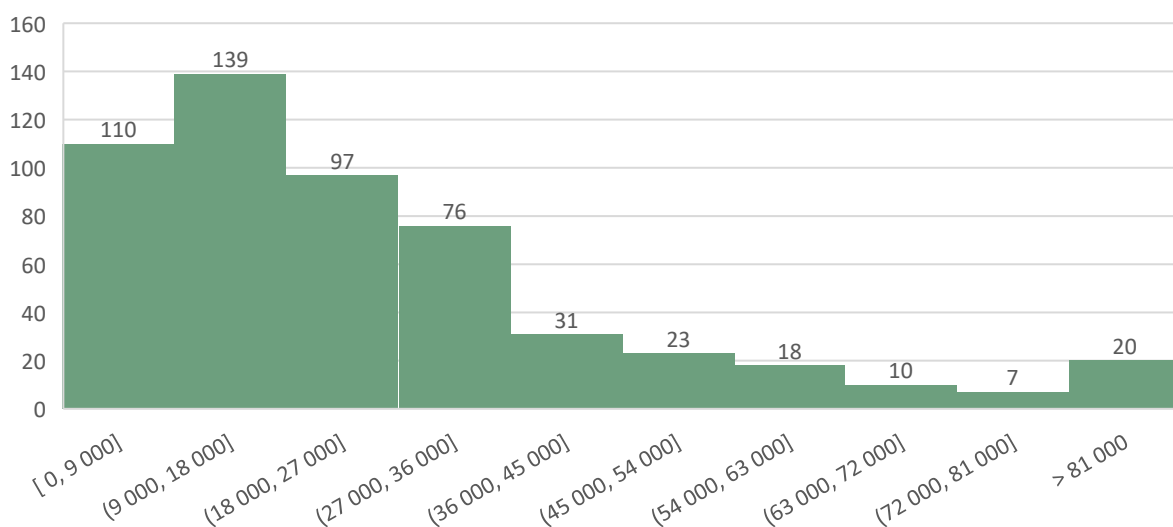
Source : Mission d'après données CNAM

2.2.3 Données détaillées du bloc de rémunération « Système d’information »

2.2.3.1 Distribution des centres par décile de rémunération en 2022

S’agissant de la rémunération découlant de l’atteinte des objectifs fixés par les indicateurs regroupés dans le bloc « système d’information », plus de la moitié des CDS pluriprofessionnels (58,6 %) perçoivent une rémunération comprise entre 9 000 € et 36 000 € en 2022 (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 12 : Répartition des CDS pluriprofessionnels par décile de rémunération attribuée pour le bloc « système d’information », 2022, montants en €



Source : Mission d’après données CNAM

2.2.3.2 Evolution du montant des dépenses (total et par indicateur) au cours de la période 2018-2022

Le montant total des dépenses versées en contrepartie de l’atteinte de certains indicateurs permettant de valoriser la mise en place du système d’information est passé de 9,9 M€ en 2018 à 14,3 M€ en 2022, soit une augmentation des rémunérations versées de 45 % en cinq ans, liée à la hausse du nombre de centres. En effet, le montant moyen de rémunération par centre s’établit à 27 K€ en 2022 (montant médian : 20K €), soit une baisse de 21,7 % depuis 2019.

La mise en place d’un système d’information conforme au CDC ASIP labellisé niveau standard fait partie des prérequis : le taux de non-recours est faible sur l’ensemble des indicateurs SI, sauf pour l’indicateur lié à la rémunération de « niveau 2 » (plus de 70 % de centres qui ne touchent aucune rémunération sur cet indicateur) et en matière dentaire – dès lors que de nombreux CDS pluriprofessionnels ne proposent pas cette offre de soins.

Tableau 13 : Scores atteints par indicateur pour l'ensemble des CDS (moyenne, médiane, score minimum et maximum), et taux de non recours au cours de la période 2018-2022 pour le bloc « système d'information »

Indicateur (points et rémunération)	Année	Total	Moyenne	Médiane	Max	Min	Taux de non recours
Nombre de PS pour SI	2018	8 229	27	17	360	2	0,0%
	2019	8 449	26	16	326	2	0,0%
	2020	5 695	18	14	121	2	0,0%
	2021	9 357	22	14	355	2	0,0%
	2022	10 555	20	13	500	2	0,0%
Points SI niveau 1	2018	1 518 261	4 977,91	3 700,00	55 300	0	4,9%
	2019	1 552 415	4 747,45	3 500,00	50 200	0	5,7%
	2020	1 141 484	3 612,29	2 900,00	19 450	0	3,2%
	2021	1 778 758	4 165,71	3 100,00	54 550	0	5,2%
	2022	2 045 287	3 851,76	2 900,00	76 300	0	4,1%
Rémunération SI niveau 1	2018	9 403 178	30 830	23 100	387 100	0	12,5%
	2019	10 524 830	32 186	23 100	351 400	0	11,7%
	2020	7 676 243	24 292	20 300	136 150	0	9,2%
	2021	12 024 476	28 160	20 300	381 850	0	11,2%
	2022	13 657 140	25 720	18 900	534 100	0	10,4%
Date d'acquisition SI forte activité dentaire	2018	5 430 118	40 828	41 207	43 534	37 951	0,0%
	2019	5 744 478	41 032	41 226	43 944	37 951	0,0%
	2020	5 228 110	41 493	41 820	44 136	37 271	0,0%
	2021	6 930 422	41 750	41 937	44 684	37 945	0,0%
	2022	7 756 910	42 157	42 705	44 896	37 926	0,0%
Points SI forte activité dentaire	2018	82 583	772	532	4 087	21	0,0%
	2019	79 103	719	470	3 626	2	0,0%
	2020	43 214	137	0	2 588	0	69,0%
	2021	70 746	166	0	3 038	0	72,8%
	2022	82 105	155	0	2 898	0	74,6%

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

Indicateur (points et rémunération)	Année	Total	Moyenne	Médiane	Max	Min	Taux de non recours
Rémunération SI forte activité dentaire	2018	431 999	3 200	1 974	25 096	0	12,5%
	2019	548 310	3 781	2 177	25 382	0	11,4%
	2020	300 112	950	0	18 113	0	69,6%
	2021	490 318	1 148	0	21 263	0	73,3%
	2022	568 534	1 071	0	20 286	0	75,3%
Points SI niveau 2	2018	7 100	23	0	100	0	76,7%
	2019	7 400	23	0	100	0	79,8%
	2020	9 000	28	0	100	0	71,5%
	2021	12 200	29	0	100	0	71,4%
	2022	16 900	32	0	100	0	68,2%
Rémunération SI niveau 2	2018	44 100	145	0	700	0	79,3%
	2019	46 900	143	0	700	0	82,0%
	2020	58 800	186	0	700	0	73,4%
	2021	79 800	187	0	700	0	73,3%
	2022	105 700	199	0	700	0	71,6%
TOTAL Points SYSTÈME d'INFORMATION	2018	1 607 944	5 272	↑ 3 950	55 300	0	4,9%
	2019	1 638 918	5 012	↑ 3 700	50 300	0	5,7%
	2020	1 193 699	3 778	↓ 2 984	20 007	0	3,2%
	2021	1 861 704	4 360	↓ 3 300	54 650	0	5,2%
	2022	2 144 292	4 038	↓ 3 000	76 400	0	4,1%
Rémunération SYSTÈME d'INFORMATION	2018	9 879 277	32 391	↑ 24 500	387 100	0	12,5%
	2019	11 120 040	34 006	↑ 25 566	352 100	0	11,7%
	2020	8 035 155	25 428	↓ 20 300	140 052	0	9,2%
	2021	12 594 595	29 496	→ 21 700	382 550	0	
	2022	14 331 374	26 989	↓ 19 600	534 800	0	10,4%

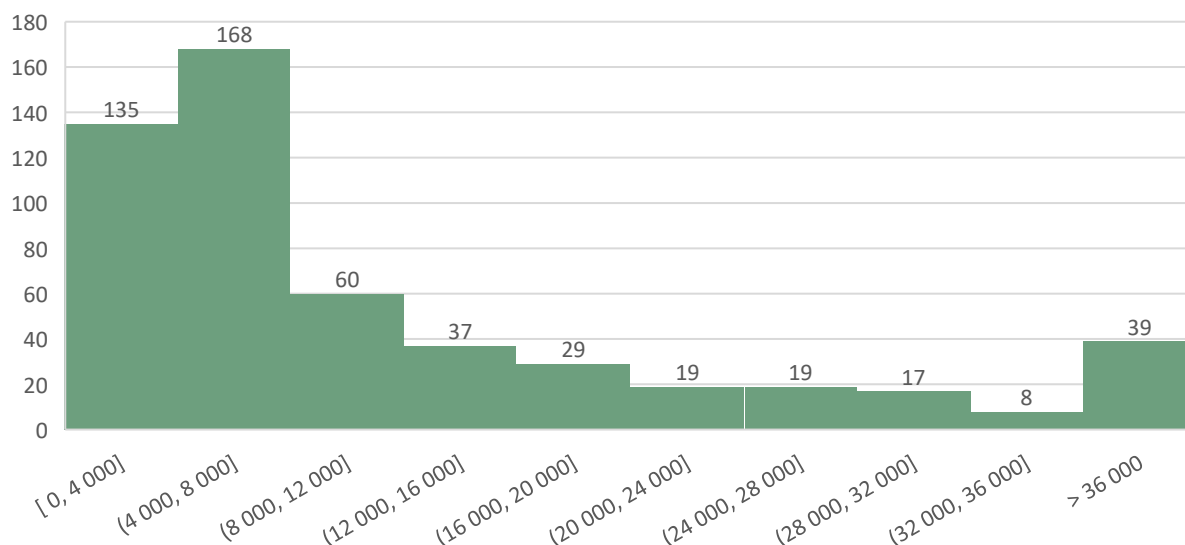
Source : calculs mission d'après données Assurance maladie

2.2.4 Données détaillées du bloc de rémunération complémentaire

2.2.4.1 Distribution des centres par décile de rémunération en 2022

S'agissant de la rémunération découlant de l'atteinte des objectifs fixés par les indicateurs regroupés dans le bloc complémentaire, plus de la moitié des CDS pluriprofessionnels (57 %) perçoivent une rémunération comprise entre 0 et 8 000 € en 2022 (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 13 : Répartition des CDS pluriprofessionnels par décile de rémunération attribuée pour le bloc complémentaire, 2022, montants en €



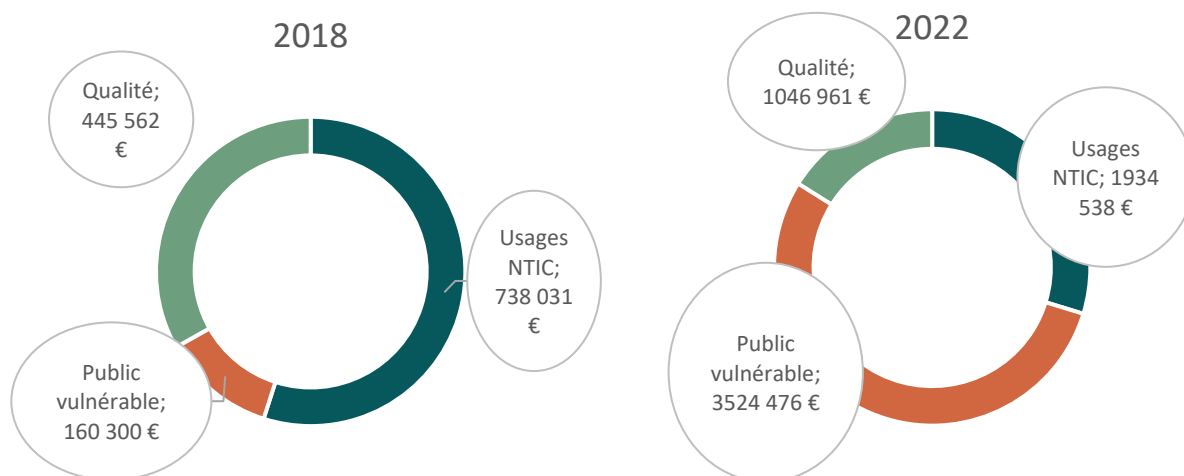
Source : Mission d'après données CNAM

2.2.4.2 Evolution du montant des dépenses (total et par indicateur) au cours de la période 2018-2022

Le montant total des dépenses versées en contrepartie de l'atteinte des indicateurs du bloc complémentaire a quadruplé au cours de la période (1,4 M€ en 2018, 6,5 M€) en raison du plus grand nombre de CDS bénéficiaires. En moyenne, par centre, ce montant a presque triplé (4,6 K€ en 2018, 12,2 K€ en 2022).

Le bloc complémentaire comprend diverses catégories de rémunération liées à trois thématiques (démarche qualité, usages des nouvelles technologies, public vulnérable) : la rémunération issue de la caractéristique « vulnérable » du public accueilli est devenue la première composante du bloc complémentaire depuis 2022 (graphique ci-dessous) et les indicateurs liés aux démarches qualité sont devenus minoritaires.

Graphique 14 : Répartition de la rémunération versée au titre du bloc complémentaire, 2022



Source : mission d'après données Assurance maladie

Au cours de la période sous revue, on note un fort taux de non atteinte / non-recours aux indicateurs suivants (plus de 80 % des centres ayant un score égal à zéro) : l'indicateur relatif au niveau 4 de la démarche qualité, l'indicateur lié à l'ouverture et au remplissage du DMP.

Le taux de non-recours est particulièrement élevé pour les nouveaux indicateurs (ou les plus récents): implication des usagers (mis en place depuis 2022), la rémunération infirmière participant à la téléconsultation (mis en place depuis 2020), la rémunération de la présence d'un médiateur (mis en place également depuis 2020).

S'agissant de l'indicateur de l'utilisation de la messagerie sécurisée, mis en place depuis 2022 et que 100 % des centres n'ont pas atteint, il a été rapporté par l'un de nos interlocuteurs l'impossibilité technique, à ce jour, de pouvoir utiliser une messagerie sécurisée. Or la validation de l'indicateur de l'accord national n'est possible que si au moins 5 % des consultations réalisées comprennent un échange par mail sécurisé avec un patient via la messagerie de « Mon espace santé »³³⁹.

³³⁹ Cf. lettre réseau de l'Assurance maladie DDGOS LR 54-2022

Tableau 14 : Scores atteints par indicateur pour l'ensemble des CDS (moyenne, médiane, score minimum et maximum), et taux de non recours au cours de la période 2018-2022 pour le bloc complémentaire

Indicateur (points et rémunération)	Année	Total	Moyenne	Médiane	Max	Min	Taux de non recours
Points démarche qualité niveau 1	2018	20 600	68 ↑	100	100	0	32,5%
	2019	23 400	72 ↑	100	100	0	29,3%
	2020	24 300	77 ↑	100	100	0	23,1%
	2021	32 100	75 ↑	100	100	0	24,8%
	2022	39 800	75 ↑	100	100	0	25,0%
Rémunération démarche qualité niveau 1	2018	139 300	457 ↑	700	700	0	34,8%
	2019	157 500	482 ↑	700	700	0	32,2%
	2020	163 800	518 ↑	700	700	0	25,9%
	2021	211 400	495 ↑	700	700	0	29,3%
	2022	266 000	501 ↑	700	700	0	28,4%
Points démarche qualité niveau 2	2018	34 050 ↓	112	150	150	0	25,6%
	2019	37 950 →	116	150	150	0	23,3%
	2020	38 850 ↑	123	150	150	0	18,0%
	2021	50 400 →	118	150	150	0	21,3%
	2022	62 850 →	118	150	150	0	21,1%
Rémunération démarche qualité niveau 2	2018	224 700 ↓	737	1 050	1 050	0	29,8%
	2019	253 050 →	774	1 050	1 050	0	27,1%
	2020	258 300 ↑	817	1 050	1 050	0	22,2%
	2021	326 550 →	765	1 050	1 050	0	27,2%
	2022	416 850 →	785	1 050	1 050	0	25,2%
Points variables démarche qualité niveau 2	2020	6 745	21	16	163	0	18,0%
	2021	9 856	23	14	265	0	21,3%
	2022	11 027	21	13	176	0	21,1%
Rémunération variable démarche qualité niveau 2	2020	46 196	146 ↑	103	1 143	0	22,2%
	2021	66 524	156 →	95	1 852	0	27,2%
	2022	74 964	141 ↓	83	1 232	0	25,2%
Points démarche qualité niveau 3	2018	5 250 ↓	17	0	150	0	88,5%
	2019	12 150 →	37	0	150	0	77,6%
	2020	19 350 ↑	61	0	150	0	59,2%
	2021	23 700 ↑	56	0	150	0	63,0%
	2022	31 500 ↑	59	0	150	0	60,5%
Rémunération démarche qualité niveau 3	2018	36 750 ↓	120	0	1 050	0	88,5%
	2019	84 000 →	257	0	1 050	0	77,9%
	2020	134 400 ↑	425	0	1 050	0	59,5%
	2021	163 800 ↑	384	0	1 050	0	63,5%
	2022	212 100 ↑	399	0	1 050	0	62,0%

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

Indicateur (points et rémunération)	Année	Total	Moyenne	Médiane	Max	Min	Taux de non recours
Points variables démarche qualité niveau 3	2020	3 409 ↓	11	0	98	0	59,2%
	2021	5 248 ↑	12	0	265	0	63,0%
	2022	5 894 ↓	11	0	176	0	60,5%
Rémunération variable démarche qualité niveau 3	2020	23 812 ↓	75	0	689	0	59,5%
	2021	36 575 ↑	86	0	1 852	0	63,5%
	2022	40 297 ↓	76	0	1 232	0	62,0%
Points démarche qualité niveau 4	2018	2 250 ↓	7	0	150	0	95,1%
	2019	3 000 →	9	0	150	0	96,8%
	2020	3 900 ↑	12	0	150	0	91,8%
	2021	4 200 →	10	0	150	0	93,4%
	2022	5 250 →	10	0	150	0	93,4%
Rémunération démarche qualité niveau 4	2018	15 750 ↓	52	0	1 050	0	95,1%
	2019	21 000 →	64	0	1 050	0	96,8%
	2020	27 300 ↑	86	0	1 050	0	91,8%
	2021	29 400 →	69	0	1 050	0	93,4%
	2022	36 750 →	69	0	1 050	0	93,4%
SOUS TOTAL QUALITE	2022	1 046 961	1 972	1 833	6 314	0	
Points public vulnérable	2018	24 100 ↓	79	0	200	0	59,0%
	2019	29 900 ↓	91	0	200	0	53,3%
	2020	37 200 ↓	118	0	400	0	54,1%
	2021	53 700 →	126	0	400	0	54,6%
	2022	104 392 ↑	197	0	1 997	0	57,4%
Rémunération public vulnérable	2018	160 300 ↓	526	0	1 400	0	61,0%
	2019	197 400 ↓	604	0	1 400	0	56,2%
	2020	254 800 →	806	0	2 800	0	55,1%
	2021	357 000 →	836	0	2 800	0	56,4%
	2022 niv. 1	697 921 ↑	1 314	0	13 981	0	59,1%
	2022 niv. 2	1 072 949	2 021	0	27 962	0	1
	2022 niv. 3	1 617 106	3 045	0	55 925	0	79,7%
Points présence médiateur	2020	7 000 ↓	22	0	1 000	0	93,0%
	2021	11 750 →	28	0	1 000	0	91,1%
	2022	20 100 ↑	38	0	300	0	87,4%
Rémunération présence médiateur	2020	47 250 ↓	150	0	7 000	0	93,4%
	2021	75 250 ↓	176	0	7 000	0	91,8%
	2022	136 500 ↑	257	0	2 100	0	87,8%
ETP médiateur déclarés	2022	65	0,1	0	4	0	85,5%
SOUS TOTAL PUBLIC VULNERABLE	2022	1 624 171	3 068	0	56 929	0	











RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

Indicateur (points et rémunération)	Année	Total	Moyenne	Médiane	Max	Min	Taux de non recours
Taux télétransmission	2018	229	77%	81%	100%	0	0,0%
	2019	235	75%	80%	99%	0	0,0%
	2020	221	70%	70%	70%	1	0,0%
	2021	296	69%	77%	100%	0	4,2%
	2022	362	68%	76%	100%	0	4,1%
Points télétransmission	2018	101 152	332 →	225	3 376	0	25,2%
	2019	94 225	288 →	192	3 416	0	32,2%
	2020	107 808	341 ↑	281	1 649	37	0,0%
	2021	103 807	243 ↓	160	3 092	0	33,5%
	2022	108 680	205 ↓	127	3 141	0	37,3%
Rémunération télétransmission	2018	607 552	1 992 →	1 361	14 918	0	35,1%
	2019	607 057	1 856 ↓	1 120	23 915	0	41,6%
	2020	722 691	2 287 ↑	1 954	11 542	0	9,2%
	2021	677 393	1 586 ↓	918	21 641	0	42,4%
	2022	709 162	1 336 ↓	742	21 988	0	44,6%
Points SCOR	2018	6 282	21 ↓	0	245	0	53,8%
	2019	6 414	20 ↓	0	237	0	52,1%
	2020	7 552	24 ↑	14	237	0	40,2%
	2021	10 743	25 ↑	14	237	0	38,4%
	2022	12 746	24 ↑	14	223	0	34,3%
Rémunération SCOR	2018	41 754	137 ↓	0	1 712	0	56,4%
	2019	42 997	131 ↓	0	1 659	0	54,9%
	2020	50 698	160 ↑	66	1 659	0	44,3%
	2021	73 130	171 ↑	78	1 659	0	41,9%
	2022	85 872	162 ↑	98	1 561	0	38,0%
Points téléservices	2018	13 350	44 ↓	75	75	0	41,6%
	2019	15 075	46 ↓	75	75	0	39,7%
	2020	21 150	67 ↑	90	90	0	25,6%
	2021	27 720	65 ↑	90	90	0	27,9%
	2022	36 180	68 ↑	90	90	0	24,3%
Rémunération téléservices	2018	88 725	291 ↓	525	525	0	44,6%
	2019	100 800	308 ↓	525	525	0	42,6%
	2020	139 860	443 ↑	630	630	0	29,7%
	2021	183 330	429 ↑	630	630	0	31,9%
	2022	241 920	456 ↑	630	630	0	27,7%
Points vidéotransmission	2019	1 200 ↓	4	0	50	0	95,6%
	2020	7 100 ↓	22	0	50	0	55,1%
	2021	9 300 ↓	22	0	50	0	56,4%
	2022	13 300 ↓	25	50	50	0	49,9%
Rémunération vidéotransmission	2019	7 700 ↓	24	0	350	0	96,2%
	2020	48 300 ↑	153	0	350	0	56,3%
	2021	62 650 ↑	147	0	350	0	58,1%
	2022	90 650 ↑	171	0	350	0	51,2%

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

Indicateur (points et rémunération)	Année	Total	Moyenne	Médiane	Max	Min	Taux de non recours
Points équipements connectés	2019	1 675	↓ 5	0	300	0	97,5%
	2020	9 097	↑ 29	0	425	0	66,8%
	2021	13 445	↑ 31	0	550	0	65,3%
	2022	16 974	↑ 32	0	598,75	0	68,2%
Rémunération équipements connectés	2019	8 400	↓ 26	0	1 750	0	98,1%
	2020	62 319	↑ 197	0	2 975	0	68,0%
	2021	91 369	↑ 214	0	3 850	0	66,7%
	2022	113 311	↑ 213	0	4 191	0	69,3%
Points codage données	2020	20 500	↓ 65	100	100	0	35,1%
	2021	30 800	→ 72	100	100	0	27,9%
	2022	41 100	↑ 77	100	100	0	22,6%
Rémunération codage données	2020	137 900	↓ 436	700	700	0	37,7%
	2021	200 200	→ 469	700	700	0	33,0%
	2022	270 200	↑ 509	700	700	0	27,3%
Points infirmière participant à la téléconsultation	2020	1 450	5	0	50	0	90,8%
	2021	2 100	5	0	50	0	90,2%
	2022	2 850	5	0	50	0	89,3%
Rémunération infirmière participant à la téléconsultation	2020	9 800	31	0	350	0	91,1%
	2021	13 650	32	0	350	0	90,9%
	2022	19 950	38	0	350	0	89,3%
Points implication des usagers	2022-niv. 1	48 400	91	0	200	0	54,4%
	2022-niv. 2	11 777	22	0	659,7	0	86,8%
Rémunération implication des usagers	2022-niv. 1	324 800	612	0	1 400	0	56,3%
	2022-niv. 2	78 674	148	0	4 618	0	87,2%
Points ouverture : 2020-2021 /remplissage DMP: 2022	2020	31	0	0	12	0	92,4%
	2021	34	0	0	12	0	92,7%
	2022	0	0	0	0	0	100,0%
Rémunération ouverture : 2020-2021 /remplissage DMP: 2022	2020	215	1	0	84	0	92,4%
	2021	238	1	0	84	0	92,7%
	2022	0	0	0	0	0	100,0%
Points usage messagerie sécurisée	2022	0	0	0	0	0	100,0%
Rémunération usage messagerie sécurisée	2022	0	0	0	0	0	100,0%
SOUS TOTAL USAGES NTIC	2022	1 934 538	3 643	2 170	35 788	0	

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

Indicateur (points et rémunération)	Année	Total	Moyenne	Médiane	Max	Min	Taux de non recours
Points BLOC COMPLEMENTAIRE	2018	 219 634	720	↓ 613	3 426	0	0,7%
	2019	 238 939	731	↓ 639	3 466	0	0,6%
	2020	 329 392	1 042	↑ 1 014	2 694	37	0,0%
	2021	 407 453	954	↑ 886	3 265	0	0,9%
	2022	 973 642	1 834	↑ 1 015	14 632	0	0,0%
Rémunération BLOC COMPLEMENTAIRE	2018	 1 399 531	4 589	↓ 4 123	18 864	0	11,8%
	2019	 1 571 954	4 807	↓ 4 318	24 265	0	12,0%
	2020	 2 220 392	7 027	↑ 7 062	18 857	0	9,2%
	2021	 2 690 609	6 301	→ 6 068	22 856	0	11,7%
	2022	 6 505 975	12 252	↑ 6 977	102 422	0	0,0%

Source : calculs mission d'après données Assurance maladie

2.2.4.3 Distribution des centres selon leur niveau rémunération pour « public vulnérable » (niveau 1, 2, 3, année 2022)

L'indicateur visant à rémunérer les actions d'accompagnement des publics vulnérables, doté d'un bonus de 400 points variables à l'origine, a été remanié par l'avenant n°4 « selon une approche thématique et selon le niveau d'implication de la structure ». Quatre axes thématiques ont été retenus par l'Assurance maladie et décliné en trois niveaux (schéma ci-dessous) avec des actions spécifiques.

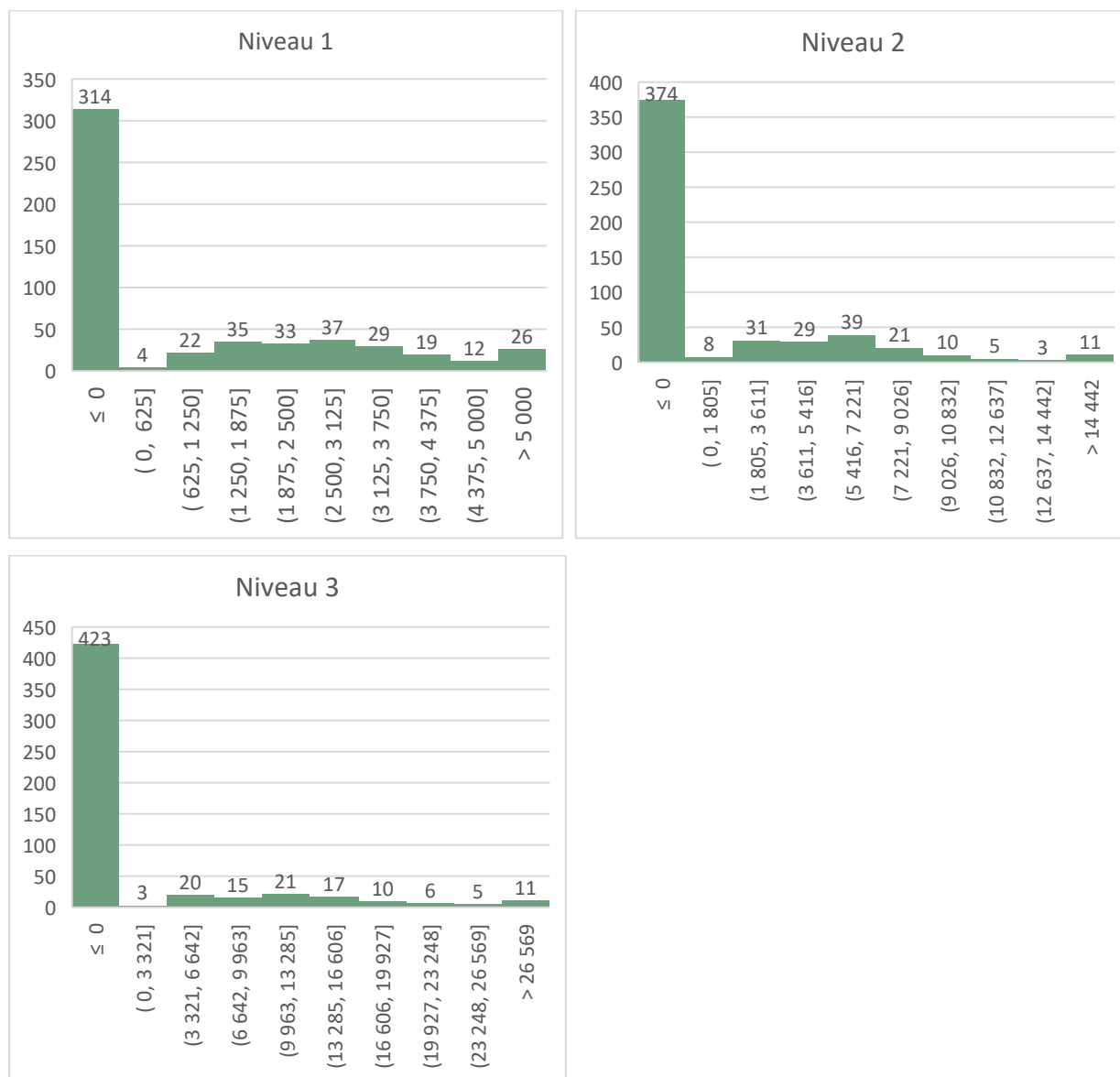
Schéma 12 : Définition des niveaux 1, 2 et 3 de l'indicateur « public vulnérable »

Niveau 1	Identifier et repérer les publics				
	Disposer d'un diagnostic des freins principaux de l'accès aux soins de la patientèle du centre	ET/OU	Identification de la patientèle vulnérable permettant une prise en charge complémentaire à la prise en charge des soins.		
	Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités				
	Proposer des formations ciblées aux agents du centre sur les facteurs de vulnérabilités				
	Aller vers et faire avec				
	Aider à la prise de RDV des soins de second recours				
	Se coordonner avec les acteurs				
	Orienter de manière structurée (fiche de liaison) cette patientèle vers des partenaires sociaux et médico-sociaux				
Niveau 2	Identifier et repérer les publics				
	Organiser des permanences dans le centre à destination d'un public cible spécifique présentant une vulnérabilité				
	Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités				
	Construire des outils de communication ciblés pour faciliter le parcours de santé	ET/OU	Organiser des solutions d'interprétariat communautaire en amont des consultations		
	Aller vers et faire avec				
	Aider à l'instruction des droits santé	ET/OU	Pratiquer le tiers payant intégral	ET/OU	Accompagner physiquement les patients les moins autonomes dans leur RDV (droit / soins)
	Se coordonner avec les acteurs				
construire un annuaire des ressources médico-sociales et sociales pour répondre aux besoins essentiels des personnes	ET/OU	contribution à des réunions cas complexes identifiés par les partenaires (personnes vieillissantes / santé mentale / pathologie chronique)			
Niveau 3	Identifier et repérer les publics				
	Mettre en place des permanences dédiées et identifiées dans des structures extérieures, lieux de vie de publics cibles (foyer travailleurs migrants / hôtels sociaux)				
	Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités				
	Disposer d'une solution d'interprétariat professionnelle	ET/OU	Mettre en place des temps d'analyse de la pratique à destination de l'équipe pour faciliter la distanciation et encourager l' <u>empowerment</u> des patients		
	Aller vers et faire avec				
	Proposer des actions collectives ciblées à destination de publics présentant des vulnérabilités (dépistage / prévention)	ET/OU	Mise en œuvre d'une <u>Pass</u> de ville		
	Se coordonner avec les acteurs				
structurer les partenariats par des conventionnements dédiés, ou des parcours formalisés de patients selon les problématiques médico-sociales données					

Source : Assurance maladie

Cette nouvelle mouture, applicable en 2022, n'a pas trouvé son public. 60 % des CDS pluriprofessionnels n'obtiennent aucune rémunération pour l'indicateur de niveau 1, 70 % pour l'indicateur de niveau 2 et 80 % pour l'indicateur de niveau 3 (cf. graphiques ci-dessous).

Graphique 15 : Répartition des CDS pluriprofessionnels par décile de rémunération attribuée en fonction du public vulnérable (*), 2022, montants en €

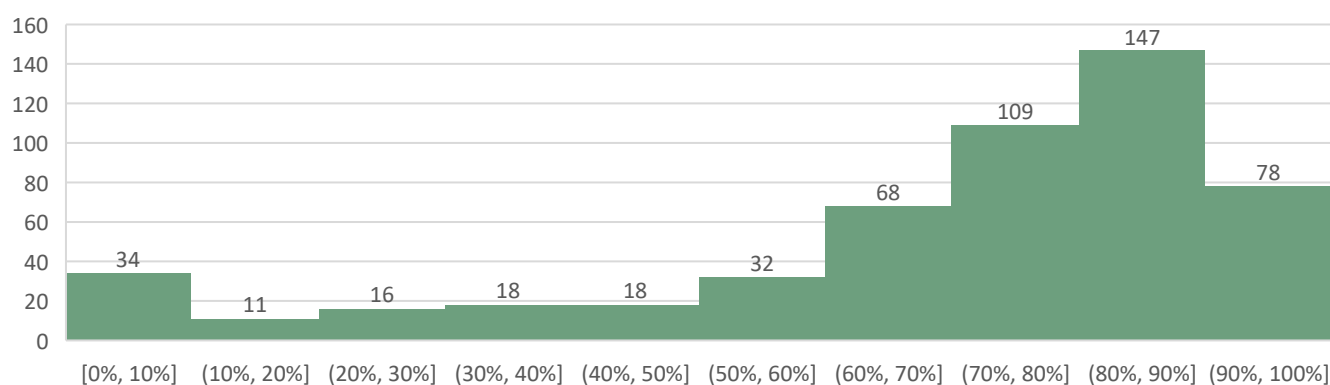


Source : Mission d'après données Assurance maladie

2.2.4.4 Distribution des centres par décile en fonction du taux de télétransmission (2022)

S'agissant du taux de télétransmission, moins de la moitié des CDS pluriprofessionnels (42,4 %) ont un taux de télétransmission supérieur à 80 % (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 16 : Répartition des CDS pluriprofessionnels par décile en fonction du taux de télétransmission, 2022, en %



Source : Mission d'après données Assurance maladie

3 La déclinaison dans l'accord des missions de prévention

Remarque : les paragraphes 3.1 à 3.4 ci-dessous sont extraits du rapport IGAS n°2022-040³⁴⁰.

3.1 Les centres de santé sont des acteurs à part entière de la prévention

De par leur histoire et leur dualité sanitaire et sociale, les centres de santé sont des acteurs à part entière de la prévention. A côté de la dispense de soins de premier recours, l'article L.6323-1 du code de la santé publique vise expressément la « [pratique] des activités de prévention » comme l'une des activités obligatoires des centres de santé.

Le premier accord national de santé, promulgué le 19 avril 2003, et reconduit en 2008 définissait ainsi les missions des centres de santé : « Les centres de santé assurent, dans le respect du libre choix de l'utilisateur, des activités de soins sans hébergement et **participent à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales.**

Structures de proximité se situant au plus près des assurés et de leurs besoins, **ils participent à l'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité. Ils pratiquent le tiers payant et s'engagent à respecter les tarifs conventionnels. En lien avec la démarche curative, les centres de santé**

³⁴⁰ Rapport IGAS n°2022-040 relatif à l'évaluation de la situation économique et des perspectives de développement des centres de soins infirmiers dans l'offre de soins de proximité, novembre 2022

participent activement à des actions de prévention et de promotion de la santé, favorisant une prise en charge globale de la santé des personnes³⁴¹».

Il prévoyait de financer la participation des centres à des actions de santé publique et en particulier à des actions locales de prévention organisées à un niveau collectif. Un appel à projet était lancé chaque année sur des thématiques précises. Ce dispositif a cessé en 2005³⁴² avec la création des groupements régionaux de santé publique (GRSP), qui seront intégrés aux ARS, lesquelles sont chargées de lancer les appels à projet pour les actions de santé publique.

En 2007, un critère du référentiel établi par la Haute autorité de santé dans le cadre d'une démarche qualité dans les centres de santé fait directement référence à la participation à des actions de prévention et d'éducation à la santé : « *Critère 2 d : Le centre favorise une prise en charge globale des personnes. La prise en charge globale de la personne peut comprendre la participation à des actions de prévention (y compris l'information en santé, les actions de dépistage), l'éducation à la santé (y compris l'éducation thérapeutique) et les soins. Elle prend en compte les données d'environnement familial et social* ».

En 2013, le rapport de l'IGAS relatif aux centres de santé identifie les actions de santé publique (éducation thérapeutique du patient, prévention, vaccination, etc.) assurées par les centres de santé comme un des facteurs possibles de déséquilibre microéconomique, dès lors que « *les actions sociales et de santé publique ne bénéficient qu'exceptionnellement de financements pré-identifiés et sont parfois menées sans que leur financement ait été recherché (pour cause de lourdeur de l'exercice) ou sans qu'il couvre l'entièreté de la dépense (notamment quand elle est pluriannuelle)*»³⁴³.

3.2 Les actions de santé publique deviennent une activité optionnelle à partir de 2018

Les missions des centres, les modalités de leur création et de leur fonctionnement ainsi que leur gestion et leur organisation ont été repensés et revus dans le cadre de l'ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé et de ses décrets et arrêté d'application du 27 février 2018, prise en application de l'article 204 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

L'objectif est de renforcer l'accès aux soins en simplifiant et modernisant les conditions de création et de fonctionnement des centres de santé, mais aussi de sécuriser les prises en charge en garantissant l'engagement des centres. Si les actions de prévention et de soins demeurent obligatoires, certaines missions des centres, auparavant obligatoires deviennent optionnelles, telles que les missions d'action de santé publique et d'éducation thérapeutique, ou l'accueil d'étudiants en stage. Cette mesure est prise à la suite du constat opéré par la DGOS que « *certaines*

³⁴¹ Chapitre VI de l'accord

³⁴² « Les CSI, les leviers pour l'accompagnement, 2009 », UNIOPSS.

³⁴³ « 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 2013

centres ne pouvaient ou n'avaient tout simplement pas l'opportunité – parfois sur une période limitée, parfois de façon pérenne – de pratiquer l'ensemble de ces actions »³⁴⁴.

3.3 La stratégie nationale de santé 2018-2022

La « [mise en place] d'une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie » est le premier chapitre de la stratégie nationale de santé 2018-2022. La mobilisation des outils de prévention du système de santé est identifiée comme l'un des moyens de sa mise en œuvre, via des « actions de promotion de la santé dans tous les milieux et à tous les âges de la vie ». Il est fait état de la nécessité de rapprocher les acteurs de la prévention et de coordonner l'action des professionnels en matière de promotion de la santé « dans les lieux de vie ».

3.4 L'accord national de santé (2015) et ses avenants

L'accord national de santé du 8 juillet 2015 et ses avenants reconnaît un rôle de prévention général aux centres de santé et vise essentiellement, dans les actions déclinées, les CDS médicaux.

Extrait accord national de santé (sous-titre 4)

Les centres de santé participent à l'amélioration de la qualité des soins et reconnaissent le rôle prépondérant de la prévention et du parcours de soins coordonné du patient dans la prise en charge des assurés.

Article. 22 Renforcer la prévention

Les parties signataires considèrent que la prévention est un élément essentiel de l'amélioration de la santé de la population et reconnaissent le rôle des centres de santé dans ce domaine. La mise en œuvre d'actions de prévention primaire ou secondaire, de santé publique, d'éducation et de promotion de la santé, privilégie une approche globale de la personne dépassant le seul aspect curatif. En s'inscrivant dans cette démarche, les centres de santé contribuent à renforcer la qualité de la prise en charge. Les parties signataires entendent donc maintenir et renforcer l'implication des centres de santé dans les programmes de prévention définis par la loi ainsi que ceux relevant du cadre conventionnel.

Les articles 22.1 et suivants de l'accord national de santé précisent les dispositions concernant les centres de santé et plus particulièrement l'association des centres médicaux aux actions de prévention.

Les médecins salariés des centres de santé sont particulièrement visés et intégrés aux dispositifs de prévention instaurés pour les professionnels de santé libéraux, tels que : le dépistage du cancer du sein, les programmes de vaccination, la mise à disposition de dispositifs de dépistage notamment dans le cadre du cancer colorectal, de tests de diagnostic rapide de l'angine (TDR) ou encore des appareils d'automesure tensionnelle (AMT), le dispositif de prévention bucco-dentaire à destination des jeunes (de 3 ans à 24 ans) et des femmes enceintes. Les médecins des centres de santé sont incités à inscrire leurs patients au programme d'accompagnement des patients

³⁴⁴ Instruction n°DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé modifiant l'instruction précédente n°DGOS/PF3/DREES/DMSI no 2013-402 du 19 décembre 2013.

souffrant de pathologies chroniques « SOPHIA »³⁴⁵. Des indicateurs de pratiques cliniques des CDS « médecin traitant » (article 24.4) permettent aux CDS médicaux d'obtenir des points supplémentaires sur deux thématiques de prévention (grippe et dépistage des cancers)³⁴⁶ :

- part des patients du centre âgés de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière (20 points) ;
- part des patients du centre âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique ciblés par la campagne de vaccination (20 points) ;
- part des patientes du centre âgés de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé ou individuel du cancer du sein (40 points) ;
- part des patients du centre âgés de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal a été réalisé au cours des deux dernières années (55 points).

Pour l'ensemble des centres, toutes catégories confondues, les missions de santé publique consistent en un relais d'information et d'action des campagnes de prévention ou de promotion de la santé (critère optionnel). Les centres sont rémunérés en contrepartie de la réalisation d'au maximum deux projets annuels consistant en des missions de relais d'information ou d'actions dans le cadre des campagnes nationales ou régionales de prévention ou de promotion de la santé, pour lesquelles l'Assurance maladie met à disposition de supports d'information dans le centre ainsi que par une information spécifique et individuelle des patients en fonction de leur âge et de leur pathologie (cf. encadré ci-dessous).

Article 8.2 de l'accord national de santé

Article 8.2. Missions de santé publique (critère optionnel)

Ces objectifs sont optionnels pour tous les centres de santé.

Ces missions répondent à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS).

Article 8.2.1. Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

Des missions de santé publique, répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS), peuvent être réalisées parmi les thèmes définis à l'annexe 5 du présent accord, dans la limite de deux projets rémunérés.

Article 8.2.2. Pour les centres de santé polyvalents ayant une activité infirmière ou dentaire au-dessus du seuil défini à l'article 7

Une mission complémentaire peut être réalisée dans les mêmes conditions que dans les centres de santé infirmiers ou dentaires par les infirmiers ou les chirurgiens-dentistes.

Article 8.2.3. Pour les centres de santé infirmiers

Des missions de relais d'information ou d'actions dans le cadre des campagnes nationales ou régionales de prévention ou de promotion de la santé à choisir dans la liste des thèmes définis à l'annexe 5 du présent accord peuvent être réalisées, dans la limite de deux projets rémunérés.

Ces missions de relais se traduisent notamment par la mise à disposition de supports d'information dans le centre ainsi que par une information spécifique et individuelle des patients en fonction de leur âge et de leur pathologie.

³⁴⁵ Article 22.1 et 22.2 de l'accord

³⁴⁶ Indicateurs présentés pour l'année 2018.

Article 8.2.4. Pour les centres de santé dentaires

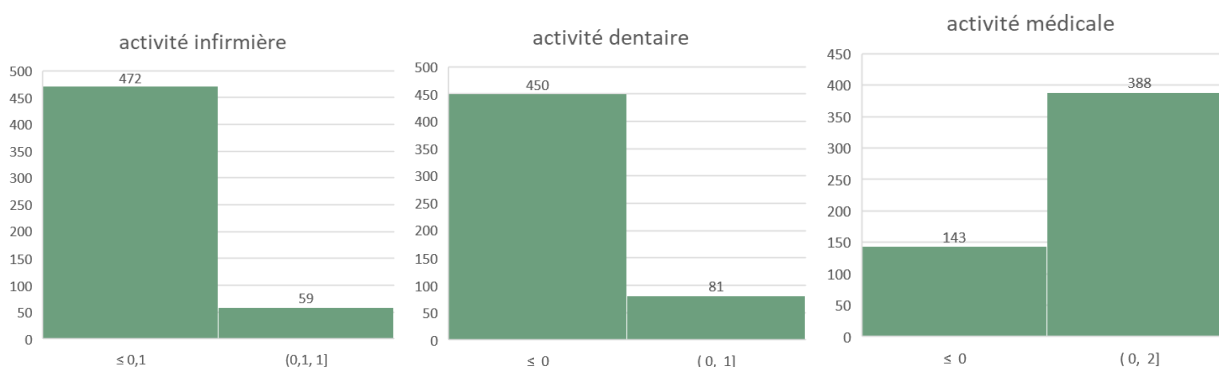
Une mission de santé publique au sein du centre de santé, répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS) ou, à défaut, des bilans bucco-dentaires aux personnes âgées, diabétiques ou handicapées peuvent être réalisés, dans le cadre de partenariats autres que ceux prévus à l'article 8.3.3 du présent accord.

3.5 Les réalisations des CDS pluriprofessionnels

73 % des centres réalisent des missions de prévention en lien avec l'activité médicale. En revanche, peu d'entre eux réalisent des missions de prévention faisant intervenir des infirmières (11 %) et des chirurgiens-dentistes (15 %).

Au total 899 missions de prévention ont été réalisées, pour un montant de rémunération total de 1,08 M€ en 2022, auxquelles s'ajoutent quelques missions réalisées avec des IPA (36 missions financées à hauteur de 44 K€).

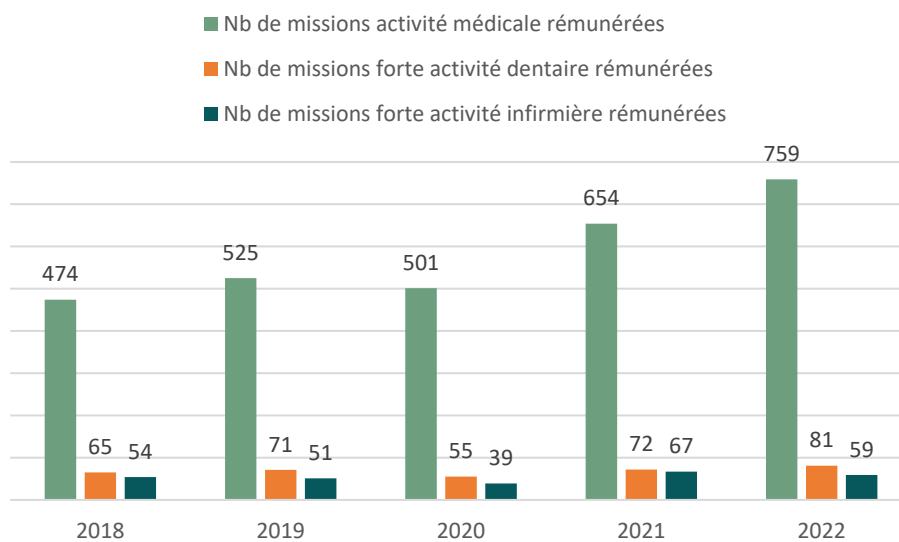
Graphique 17 : Répartition des CDS pluriprofessionnels selon le nombre de missions de santé publique (activité médicale, activité dentaire, activité infirmière) réalisées en 2022



Source : Mission d'après données Assurance maladie

Mis à part les missions de prévention médicales, qui ont fortement cru depuis 2018, les centres de santé pluriprofessionnels organisent peu de missions de prévention autres, notamment infirmières.

Graphique 18 : Nombre de missions rémunérées (2018-2022), par activité (médicale, dentaire, infirmière)



Source : Mission d'après données Assurance maladie

ANNEXE 5 : Historique et cadre juridique et de financement des centres de santé pluriprofessionnels

Cette annexe présente les éléments suivants :

- Un éclairage historique et la reprise, pour certaines parties, de l'analyse établie en annexe 3 du rapport IGAS n°2022-040, dès lors qu'elle demeure pertinente pour les CDS pluriprofessionnels ;
- Complété par une mise à jour / un rappel des dispositions législatives et réglementaires existantes et/ou intervenues depuis l'établissement de ce rapport, dans la mesure où elles paraissent pertinentes, au regard de l'objet de la mission ;
- Un rappel des modalités de conventionnement de l'Assurance maladie avec les centres de santé et de leur évolution récente, ainsi qu'une présentation des éléments y afférant, dans le code de la sécurité sociale.

SOMMAIRE

ANNEXE 5 : HISTORIQUE ET CADRE JURIDIQUE ET DE FINANCEMENT DES CENTRES DE SANTE PLURIPROFESSIONNELS.....	405
1 HISTORIQUE DU DEVELOPPEMENT DES CENTRES DE SANTE	407
2 MISSIONS ET CONDITIONS D'INSTALLATION D'UN CENTRE DE SANTE	410
2.1 QU'EST-CE QU'UN CENTRE DE SANTE ? L'ARTICLE L.6323-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE	410
2.2 LA CREATION D'UN CENTRE EST SUBORDONNEE A L'OBTENTION D'UN AGREMENT DE 1956 A 2009. 411	
2.3 L'ORDONNANCE N° 2018-17 DU 12 JANVIER 2018 RELATIVE AUX CONDITIONS DE CREATION ET DE FONCTIONNEMENT DES CENTRES DE SANTE MET EN PLACE UN ENGAGEMENT DE CONFORMITE	413
2.4 LA LOI N°2023-378 DU 19 MAI 2023 VISANT A AMELIORER L'ENCADREMENT DES CENTRES DE SANTE RENFORCE LES OBLIGATIONS DECLARATIVES, DEONTOLOGIQUES, COMPTABLES INCOMBANT AUX CENTRES DE SANTE AYANT UNE ACTIVITE DENTAIRE, OPHTALMOLOGIQUE OU ORTHOPTIQUE.	415
3 PRINCIPES DE FINANCEMENT : CONVENTIONNEMENT, AVANCE DE FRAIS POUR LES ASSURES SOCIAUX, SUBVENTION TEULADE	416
3.1 UN PREMIER CONVENTIONNEMENT TARDIF, AU REGARD DE L'HISTORIQUE DES DISPENSAIRES ET DU PASSE CONVENTIONNEL	416
3.2 L'ADHESION A L'ACCORD NATIONAL FAIT L'OBJET D'UNE DEMANDE EXPRESSE DEPUIS LA LFSS 2022	418
3.3 LES DISPOSITIONS EN VIGUEUR ISSUES DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE	418

1 Historique du développement des centres de santé³⁴⁷

L'histoire des centres de santé est celle des dispensaires, dont le concept émerge à partir du XVII^e siècle et qui se développeront du XIX^e siècle jusqu'à la seconde guerre mondiale et la libération, soutenus par les courants hygiénistes et humanistes, dans une perspective de développement de l'hygiène, d'une politique locale de santé publique et de recours à des soins de proximité (cf. extrait ci-dessous).

Extrait de « Les centres de santé : une histoire, un avenir », Dominique Acker, Marie Pierre Colin, Santé publique, 2009/HS1

Il est habituel de faire remonter l'histoire des centres de santé aux consultations charitables pour "pauvres malades", instituées au XVII^e siècle par Théophraste Renaudot, médecin que Richelieu nomma commissaire général des pauvres du Royaume. Les consultants, de toutes conditions sociales, ne paient pas s'ils n'en ont pas les moyens et les médecins doivent être "renommés".

Jusqu'à la dernière guerre mondiale, des dispensaires se développeront, la plupart du temps, par legs philanthropiques de grandes familles bourgeoises. Leur gestion sera confiée à des associations caritatives ou à des congrégations religieuses. D'autres types de dispensaires verront le jour vers le milieu du XIX^e siècle dans un concept différent "d'entraide solidaire". Ils seront créés par les organisations ouvrières pour les familles de leurs membres. Le principe de solidarité remplace celui de charité.

De nombreux centres de santé vont alors être créés, dans les zones urbaines, à l'initiative d'associations caritatives ou non, de municipalités, de mutuelles, exprimant à la fois un courant "humaniste" et "hygiéniste". Le Front populaire, puis la Libération, avec l'avènement de la Sécurité sociale, seront propices à ces initiatives. Les gestionnaires des centres de santé, particulièrement les municipalités, développeront progressivement le rôle de ces structures de soins de proximité en support d'une politique locale de santé publique, associant éducation pour la santé et vaccination, dépistage des cancers, des caries, des virus (VIH, VHC...), stratégies d'interventions coordonnées pour les pathologies chroniques... Certains services de santé publique collective s'agrègeront avec les services de soins des centres de santé, pour parfois s'en dissocier plus tard : mise en place de PMI, de services de vaccinations, de dispensaires de soins des maladies vénériennes, services de soins spécialisés en alcoologie, puis en toxicomanie. Les centres de santé ont été, dès le départ, des relais importants pour le travail en réseau. (...).

Au fil du XX^e siècle, à partir de la Libération et avec l'avènement de la sécurité sociale, la proportion d'établissements créés à l'initiative des mutualités (notamment le régime minier) et des municipalités s'accroît. Toutefois le développement de ces établissements employant des professionnels de santé salariés n'est pas encouragé au plan national, les autorités publiques privilégiant l'installation d'une offre libérale pour satisfaire les soins de premiers recours (cf. encadré ci-dessous), contrairement à d'autres pays (ex. Suède)³⁴⁸.

³⁴⁷ Source : extraits de l'annexe n°3 du rapport CSI

³⁴⁸ Cf. « L'organisation des soins primaires dans les pays nordiques », Dominique Acker, revue française des affaires sociales, 2020/1.

Extrait de « Les centres de santé. Une géographie rétrospective », Emmanuel Vigneron, FEHAP-RNOGCS, 2014

« Les centres de santé ont, au cours de l'histoire, répondu à des besoins qui n'étaient pas couverts par l'offre libérale. Les initiatives caritatives ou hygiénistes de la fin du XIXe et du début XXe siècles ainsi que l'esprit planificateur né de la Résistance et de la Libération se sont heurtés au schéma d'exercice libéral, qui a pris le dessus sans qu'un débat sur la politique de santé publique et, par voie de conséquence, sur l'organisation du premier recours ne soit jamais mené, à la différence de celui sur l'instruction, l'énergie ou les transports collectifs par exemple. Ils ont ainsi été limités dans leur développement par de nombreux obstacles dressés contre eux en faveur de l'offre libérale, longtemps jugée capable de satisfaire les besoins du premier recours quand paradoxalement la question ne se posait pas pour l'hôpital et sans doute en raison de l'intensité de l'investissement en capital et en fonctionnement que ce dernier nécessitait.

Il en est résulté que les centres de santé n'ont pas pu, autant que leur projet médical dans sa conception même les y poussait, s'adapter aux mutations territoriales de la France contemporaine, pourtant intenses et même sans précédent à ce rythme dans l'histoire de la formation du pays. Ainsi, malgré une volonté politique affichée, les centres de santé demeurent très peu nombreux en France. Les déserts médicaux qui s'étendent, les difficultés d'accès aux soins médicaux, dentaires ou infirmiers interrogent pourtant sur cette situation où la liberté d'installation est la règle et le dépassement d'honoraires, l'une de ses traductions concrètes. »

Le premier texte prescriptif qui encadre les conditions d'exercice des centres de santé et de leur association à la politique de soins primaires est le décret n°56-284 du 9 mars 1956 fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux³⁴⁹, modifié depuis mais dont quelques dispositions demeurent en vigueur depuis 1976. Il détermine les conditions d'autorisation administratives (annexe I) et techniques pour chaque catégorie d'« établissement privés de cure et de prévention » annexée au décret, dont font partie les maisons de santé médicales (annexe XVIII) et les dispensaires de soins (annexe XXVIII), et cliniques dentaires (annexe XXIX)³⁵⁰. En 1991, le terme « centre de santé » est officialisé deux décrets³⁵¹, dont l'un des deux abroge les annexes du décret de 1956 relatives aux dispensaires de soins, aux centres de soins infirmiers et cliniques dentaires et les remplace par une annexe XXVIII intitulée « conditions techniques d'agrément des centres de santé ».

Les dispositions législatives et réglementaires applicables aux centres de santé sont établies dans plusieurs codes :

- le code de la santé publique fixe leurs missions et leurs conditions de création,
- le code de la sécurité sociale détermine leur mode de financement,
- le code général des collectivités territoriales fixe les conditions d'attribution des aides économiques à l'installation dans les zones déficitaires.

³⁴⁹ Décret n°56-284 du 9 mars 1956 complétant le décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

³⁵⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000869923>.

³⁵¹ Décret n°91-655 du 15 juillet 1991 relatif aux conditions de prise en charge des soins délivrés dans les centres de santé et décret n°91-654 du 15 juillet 1991 modifiant le décret n°56-284 du 9 mars 1956 modifié et fixant les conditions de l'agrément des centres de santé par l'autorité administrative.

Par ailleurs, en fonction du statut juridique des centres, les textes qui s'appliquent pour la gestion des personnels salariés dépendent soit du statut de la fonction publique territoriale pour les centres gérés par les collectivités territoriales³⁵², soit du droit privé (droit du travail, conventions collectives ex. sécurité sociale, FEHAP, convention Croix rouge, accord local).

En l'absence de disposition juridique et de jurisprudence administrative adhoc, la nature juridique des centres gérés par les collectivités territoriales ou leurs groupements, n'est pas tranchée (cf. encadré ci-dessous). La Cour des comptes considère toutefois pour le centre de santé de Vierzon, qui s'est constitué juridiquement en GIP de droit privé, gestionnaire d'un service industriel et commercial, qu'une requalification en service public administratif est nécessaire³⁵³.

Nature juridique des centres de santé gérés par les collectivités territoriales ou leurs groupements

S'agissant du caractère administratif ou industriel et commercial des centres de santé gérés par les collectivités territoriales ou leurs groupements, il convient de souligner qu'il n'existe pas de dispositions qualifiant expressément de services publics administratifs (SPA) ou de services publics industriels et commerciaux (SPIC) ces activités.

Le Conseil d'Etat, dans sa décision du 16 novembre 1956 Union syndicale des industries aéronautiques, a dégagé trois critères cumulatifs permettant qualifier un SPIC : l'objet du service, l'origine des ressources et les modalités de son fonctionnement. Il suffit donc que ces trois critères soient remplis pour renverser la présomption d'administrativité du service.

Les centres de santé se caractérisent par les éléments suivants :

- l'objet : en application de l'article L.6323-1 du CSP, les centres de santé ont pour objet de dispenser des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours. Cette activité est susceptible d'être prise en charge par une entreprise privée. En effet, aux termes de l'article L.6323-1-3 du même code, les centres de santé peuvent également être gérés par des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé. La portée de ce premier critère est toutefois rarement décisive dans la mesure où un grand nombre d'activités peuvent être prises en charge indifféremment par des entreprises privées ou des collectivités publiques ;
- l'origine des ressources : les collectivités territoriales ou groupements, gestionnaires de centres de santé, ne tirent pas l'essentiel de leurs ressources des tarifs pratiqués sur les usagers en contrepartie des services rendus afin de couvrir leurs coûts directs et indirects d'investissement et de fonctionnement. Par ailleurs, l'article L.6323-1-4 du CSP précise que « les bénéfices issus de l'exploitation d'un centre de santé ne peuvent pas être distribués. Ils sont mis en réserve ou réinvestis au profit 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 » ;
- le mode de fonctionnement : le juge examine notamment la qualité des agents. A cet égard, les professionnels de santé qui exercent dans une maison de santé sont salariés de l'organisme gestionnaire et l'article L.6323-1-5 du CSP dispose que, lorsque ces centres de santé sont gérés par une collectivité territoriale ou un groupement, les professionnels de santé et personnels administratifs peuvent être des agents publics.

Dès lors, les trois critères cumulatifs nécessaires à la qualification d'un SPIC ne sont pas remplis. Ainsi, il convient de qualifier les centres de santé gérés par les collectivités territoriales ou leurs groupements de SPA.

Source : DGCL

³⁵² Hors GIP de droit privé. Cf. CDS Vierzon

³⁵³ Rapport d'observations définitives et réponses, GIP Centre de santé de Vierzon, exercices 2018 et suivants, Chambre régionale des comptes Centre Val de Loire.

2 Missions et conditions d'installation d'un centre de santé

2.1 Qu'est-ce qu'un centre de santé ? L'article L.6323-1 du code de la santé publique

D'après l'article L.6323-1 du code de la santé publique, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2018, « les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux.

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

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

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

Le code de la santé met ainsi l'accent sur le caractère à la fois « de proximité » et collectif de l'exercice professionnel en centre de santé. Les articles L6323-1-1 et suivants précisent notamment :

- le caractère facultatif des missions complémentaires des centres de santé (actions de santé publiques, contribution à la permanence des soins ambulatoires ou à la mission de soutien sanitaire des forces armées, lieux de stages, pratiques des IVG...³⁵⁴) ;
- leur gestion par des établissements à caractère non lucratif ou lucratif (article L6323-1-3), le principe de réaffectation des bénéfices du centre à son bénéficiaire ou à une structure à but non lucratif du même gestionnaire (article L6323-1-4) ;
- le principe du salariat des professionnels de santé exerçant dans les centres, la possibilité de bénéficier de la participation de bénévoles, et l'emploi d'agents des collectivités territoriales ou de leurs groupements dans les centres gérés par ces collectivités, ou d'agents exerçant dans un groupement d'intérêt public dont au moins deux collectivités territoriales ou groupements de collectivités territoriales sont membres (article L6323-1-5) ;
- la possibilité de leur participation aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) (article L6323-1-6) ;
- l'application du mécanisme du tiers payant (article L6323-1-7) ;
- l'obligation d'élaboration d'un projet de santé (article L6323-1-10).

³⁵⁴ Cf. article L6323-1-1 du code de la santé publique.

Dans le cadre de cette mission, deux éléments ressortent de la lecture de l'ensemble de ces dispositions et à la lumière des investigations :

- il n'est pas possible pour un professionnel de santé libéral, d'exercer en centre de santé, en conservant un statut libéral ;
- dans une version antérieure de l'article D6323-7 du code de la santé publique, en vigueur du 26 juillet 2005 au 01 août 2010, il était précisé que les centres de santé « *ne peuvent facturer aux patients d'autres prestations que les soins effectués* »³⁵⁵. La rédaction actuelle, moins claire, rend possible l'exercice, **à titre accessoire, et non principal**, de « prestations » non remboursables par l'assurance maladie, sans que la nature de ces prestations (à visée sanitaire, cosmétique, de bien être, ou visant des médecines « alternatives », autres ?) ne soit, là aussi, précisée dans le texte.

2.2 La création d'un centre est subordonnée à l'obtention d'un agrément de 1956 à 2009.

Du 9 mars 1956 jusqu'au 23 juillet 2009, l'ouverture des centres de santé était conditionnée à l'obtention d'un agrément prévu à l'article L. 6323 du code de la santé publique³⁵⁶ et délivré par le préfet de région.

Une visite de conformité était organisée au plus tard trois semaines avant sa date d'ouverture pour « [vérifier] sur place que les caractéristiques du centre de santé correspondent à celles de l'agrément et que le centre satisfait aux normes d'installation, d'hygiène et de sécurité et de fonctionnement en vigueur »³⁵⁷.

Conditions techniques d'agrément abrogées par décret n°2010-895 du 30 juillet 2010

Les principales conditions techniques d'agrément pour les CSI (D. 6323-11 et suivants du Code de la santé publique) étaient : un règlement interne qui précise les conditions de leur organisation et de leur fonctionnement avec mention du nom du responsable, les modalités d'élimination des déchets ; un affichage des heures d'ouverture, des heures de permanence ou de consultation et des principales conditions de; un dossier de soins est constitué pour chacun des patients ; il comporte le relevé des prescriptions médicales, les protocoles thérapeutiques, le nom de l'infirmier ou de l'infirmière, la nature, la date et la cotation des actes effectués ainsi que les éventuels incidents survenus lors de l'accomplissement de ces actes ; - une équipe soignante dans les CSI constituée d'au moins deux personnes à temps complet ou de leur équivalent en temps partiel.

³⁵⁵ Source : Légifrance

³⁵⁶ Dernière version en vigueur avant suppression au 23/9/2009 : « *Ils sont soumis, dans des conditions fixées par décret, à l'agrément de l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité. L'agrément vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, au sens de l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale.* »

³⁵⁷ Ancienne partie réglementaire relative aux centres de santé, articles D 765-1 à D 765-6 du code de la santé publique.

En février 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie le premier référentiel d'évaluation des centres de santé, qui n'a pas été actualisé depuis, qui s'appuie sur l'examen du projet du centre de santé et des modalités d'organisation de la prise en charge des patients. Ce projet de santé centre devient l'un des pivots du référentiel d'évaluation des CDS établi par la HAS.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) modifie sensiblement la définition comme les modalités d'ouverture et de fonctionnement des centres de santé. Outre la reconnaissance expresse de leur rôle dans la politique de soins de premier recours, la loi :

- Impose l'élaboration d'un projet de santé ;
- Conforte la pratique du tiers payant, le régime salarié des médecins et les actions d'éducation et de prévention et le recours aux CDS comme lieux de stage pour les professionnels de santé ;
- Permet aux établissements de santé publics ou privés d'intérêt collectif (à but non lucratif) de créer des centres de santé ;
- Remplace la procédure d'obtention d'un agrément préalable à l'ouverture d'un centre de santé par une inscription dans le schéma régional de l'organisation des soins (SROS) ambulatoire et le respect de conditions techniques de fonctionnement prévues par décret.

Article L. 6323-1 du CSP en vigueur jusqu'au 23/9/2009

Les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux [articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du](#) présent code.

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, à l'exception des établissements de santé mentionnés au présent livre, soit par des collectivités territoriales.

Ils sont soumis, dans des conditions fixées par décret, à l'agrément de l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité. L'agrément vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, au sens de l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale.

Source : *Legifrance*

Article L. 6323-1 du CSP après la loi HPST

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

Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.

Ils peuvent soumettre à l'agence régionale de santé et appliquer les protocoles définis à l'article [L. 4011-2](#) dans les conditions prévues à l'article [L. 4011-3](#).

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif.

Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement.

Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.

Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé. Ce texte détermine également les modalités de la période transitoire.

Source : *Legifrance*

L'activité des centres de santé n'est pas non plus soumise à un régime de déclaration préalable³⁵⁸.

2.3 L'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé met en place un engagement de conformité

Les missions des centres, les modalités de leur création et de leur fonctionnement ainsi que leur gestion et leur organisation ont été repensés et revus dans le cadre de l'ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé et de ses décrets et arrêté d'application du 27 février 2018, prise en application de l'article 204 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

L'objectif principal « *de renforcer l'offre de soins de premier recours en favorisant l'accroissement du nombre de centres de santé* » se traduit par des textes d'application - le décret et l'arrêté du 27 février 2018 relatifs aux centres de santé – qui s'attachent à simplifier et clarifier les conditions de création et de fonctionnement des centres de santé.

³⁵⁸ TA Paris, 23 octobre 2015, n°1420852/6-1

Une instruction de la DGOS vient préciser les obligations incombant aux gestionnaires, préalablement à l'enregistrement du centre dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) par l'ARS³⁵⁹ :

- Remise d'un projet de santé à l'ARS³⁶⁰, élaboré à partir d'un diagnostic des besoins du territoire (les textes ne prévoient pas son actualisation à échéance régulière) ;
- Remise d'un engagement de conformité à l'ARS (ce qui constitue une nouvelle obligation).

Le récépissé de l'engagement de conformité, qui comporte les numéros FINESS de l'entité juridique (EJ) et de l'établissement (ET) du centre, vaut autorisation de dispenser des soins. L'instruction précise que *« sauf dans le cas où l'engagement de conformité remis n'est pas conforme à la réglementation (documents incomplets, notamment), l'ARS n'est pas fondée à empêcher l'ouverture d'un centre de santé ou d'une antenne en retardant la remise du récépissé. (...) En revanche, dès l'ouverture du centre de santé ou de l'antenne, selon le cas, l'ARS pourra, si elle a des doutes sur la conformité du centre à la réglementation ou sur son fonctionnement au regard de la qualité ou la sécurité des soins, organiser une visite de contrôle et prendre les mesures qui s'imposent »*.

L'ordonnance fait notamment évoluer les conditions de création et de fonctionnement suivantes :

- Certaines missions deviennent facultatives (action de santé publique et d'éducation thérapeutique, accueil d'étudiants en stage). Les activités de prévention et de soin restent obligatoires ;
- Les centres de santé peuvent être créés par des organismes privés à but lucratif sous réserve que ces organismes soient gestionnaires d'un établissement de santé ou des sociétés coopératives d'intérêt collectif et que les bénéfices tirés de l'exploitation du centre soient mis en réserve ou réinvestis dans une structure du même gestionnaire à but non lucratif ;
- Il est désormais possible de créer des antennes territoriales.

³⁵⁹ N°DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé modifiant l'instruction précédente n°DGOS/PF3/DREES/DMSI no 2013-402 du 19 décembre 2013.

³⁶⁰ Les conditions d'élaboration et le contenu du projet de santé sont définis par l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé.

2.4 La loi n°2023-378 du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé renforce les obligations déclaratives, déontologiques, comptables incombant aux centres de santé ayant une activité dentaire, ophtalmologique ou orthoptique.

Face à la multiplication des pratiques déviantes constatées dans les centres de santé ayant une activité dentaire, ophtalmologique ou orthoptique, par exemple concernant DENTEXIA (2016)³⁶¹ ou PROXIDENTAIRE (2021)³⁶², plusieurs mesures législatives sont entrées en vigueur en mai 2023, à la suite du vote d'une proposition de loi³⁶³ visant à renforcer l'encadrement de cette activité, la plus illustrative consistant en l'instauration d'un nouvel agrément préalable à l'exercice de ces activités dans les centres de santé :

- Prévention des conflits d'intérêt : « le dirigeant d'un centre de santé ne peut exercer de fonction dirigeante au sein de la structure gestionnaire lorsqu'il a un intérêt, direct ou indirect, avec des entreprises privées délivrant des prestations rémunérées à la structure gestionnaire » (II de l'article L.6323-1-3) ;
- Principe de certification des comptes par un commissaire aux comptes lorsqu'ils remplissent certains critères et transmission au directeur général de l'agence régionale de santé et aux organismes de sécurité sociale (dernier al. de l'article L.6323-1-4) ;
- Par ailleurs une série de dispositions a été ajoutée visant spécifiquement l'organisation des centres ayant une activité dentaire ou ophtalmologique : établissement d'un comité dentaire ou médical, dont les comptes-rendus de réunion sont transmis à l'ARS, mesures d'affichage visant à assurer la transparence dans l'exécution des soins, établissement d'un seuil du nombre d'assistants médicaux par médecin (II de l'article L.6323-1-5).
- Principe d'interdiction du paiement des soins préalablement à leur réalisation, mesures de transparence vis-à-vis des patients et d'affichage en cas de déconventionnement (dernier al. de l'article L.6323-1-7) ;
- Mesures visant à préserver la conservation du dossier médical du patient (1er al. de l'article L.6323-1-8) ;

³⁶¹ Cf. « 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 2016.

³⁶² En octobre 2021, l'Agence régionale de santé (ARS) de Bourgogne-Franche-Comté prononce la fermeture de deux centres situés dans les communes de Chevigny-Saint-Sauveur et de Belfort, à la suite de la constatation de graves dérives dans les soins qui y étaient prodigués. Source : proposition de loi infra.

³⁶³ Proposition de loi présentée par Mmes Fadila Khattabi, Aurore Bergé et Ms Jean-Paul Mattei, Laurent Marcangeli le 18 octobre 2022.

- Soumission des centres de santé ayant une activité dentaire, ophtalmologique ou orthoptique à l'agrément du directeur général de l'agence régionale de santé (II et suivants de l'article L.6323-1-11),
- Aggravation des sanctions financières en cas de manquement constaté à la qualité et à la sécurité des soins et obligation d'information de l'Assurance maladie et des conseils des ordres compétents (article L.6323-1-12).

3 Principes de financement : conventionnement, avance de frais pour les assurés sociaux, subvention Teulade

3.1 Un premier conventionnement tardif, au regard de l'historique des dispensaires et du passé conventionnel³⁶⁴

Le soutien au développement des centres par l'Assurance maladie des centres de santé a toujours été une priorité de second rang et a pendant longtemps dépendu des avancées / ou des blocages constatés en matière de conventionnement avec les professionnels de santé libéraux, comme le rappellent Dominique Acker et Marie Pierre Colin (encadré ci-dessous).

A partir des années 1960, les tarifs dont ces derniers bénéficient ne sont que partiellement transposés aux centres et le principe d'un conventionnement spécifique entre l'Assurance maladie et les centres de santé n'a été acquis que récemment, au regard de l'histoire des dispensaires ou même de l'expérience de l'Assurance maladie en matière de contractualisation. Encore aujourd'hui, les représentants du secteur voient dans ces transpositions partielles ou obtenues a posteriori de celles négociées avec les professionnels libéraux une inégalité de traitement.

³⁶⁴ Source : « *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 2022

La transposition partielle des tarifs de l'offre libérale aux centres de santé

Avant 1960, en l'absence de convention entre la Sécurité sociale et les médecins libéraux, la Sécurité sociale a facilité le développement des dispensaires, voire en a créé, afin de permettre l'accès aux soins des populations ne pouvant assumer financièrement les actes médicaux dispensés par les médecins libéraux.

Après 1960, en échange de l'adhésion des médecins libéraux à des conventions départementales, les caisses s'engagent à ne pas encourager l'extension des dispensaires dans les localités à majorité médicale conventionnée dans la mesure où cette majorité s'y opposerait. Les tarifs des dispensaires sont soumis à des abattements par rapport à ceux des libéraux. La situation économiquement injuste et l'état de subordination des centres de santé aux avis d'un monde médical libéral hostile, justifient la création en 1960 du Comité national de Défense et de Liaison des Centres de Santé à but non lucratif. Les actions visant à faciliter l'accès aux soins (et notamment la pratique du tiers payant) sont considérées comme relevant de la compétence de l'État, et ne feront pas l'objet de financements. Les options (médicale et dentaire) sont basées sur l'adhésion individuelle des patients et ne sont pas facilement applicables auprès d'un public précaire. Les avancées de la convention entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux ne sont jamais transposées de manière automatique. Les exemples sont nombreux. Ainsi, les centres de santé ne peuvent percevoir le forfait de 40 € par patient lorsqu'ils initient un dossier d'Affection de longue durée (ALD), ils sont exclus du forfait numérisation de 3 ou 4 € par examen radiologique, leur participation à la permanence des soins n'est pas rétribuée, l'indemnisation de leurs charges sociales est moindre que celle de leurs confrères libéraux. Les fonds destinés aux actions de santé publique initialement prévus ont été supprimés. L'instance nationale de concertation ne verra jamais le jour, ce qui supprime toute possibilité de représentation des personnels salariés dans le cadre de la médecine ambulatoire, mais aussi prive la profession d'un lieu idéal de réflexion sur les projets sanitaires innovants menés par les centres de santé et sur leur partage et/ou transposition possible à d'autres structures (maisons de santé, pôles de santé).

Source : « Les centres de santé : une histoire, un avenir » Marie Pierre Colin, Dominique Acker Santé publique, volume 21, Supplément N° 4, Juillet-Août 2009, pp. S57-S65

Le premier accord national entre l'Assurance maladie et les centres de santé est signé le 19 novembre 2002 et est publié au JO le 19 avril 2003. Parvenu à échéance en avril 2008, cet accord est reconduit par un arrêté du 11 juillet 2008 pour cinq années sans modification ni négociation, du fait du retard considérable pris par les négociations.

En 2003, chaque centre de santé pouvait choisir d'adhérer ou non à l'accord national de santé, qui distinguait deux niveaux d'engagement. Le versement d'aides financières par l'Assurance maladie variait en fonction du niveau d'engagement.

En 2015, un nouvel accord national des centres de santé est signé le 8 juillet par l'ensemble des organisations représentatives des centres de santé et l'assurance maladie, pour une durée de 5 ans, qui sera complété par quatre avenants entre 2017 et 2022³⁶⁵.

³⁶⁵ Paru au journal officiel du 30 septembre 2015, il est entré en vigueur le 1er octobre 2015. Il a été complété par un avenant n°1 publié au JO du 17 novembre 2017, un avenant n°2 publié au JO du 5 juillet 2019, un avenant n°3 publié au JO du 3 septembre 2020, un avenant n°4 réputé approuvé le 21 juin 2022 en l'absence de publication au JO.

3.2 L'adhésion à l'accord national fait l'objet d'une demande expresse depuis la LFSS 2022

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022³⁶⁶ a modifié les conditions d'adhésion à l'accord national de santé. Auparavant tacite, l'adhésion entrait en vigueur à partir de la date à laquelle un numéro FINESS avait été délivré par l'ARS (c'est-à-dire concomitamment à la remise du récépissé de l'engagement de conformité, cf. supra). Le centre de santé qui ne souhaitait pas être régi par les dispositions de l'accord national devait en informer la CPAM.

Depuis le 25 décembre 2022, une procédure de conventionnement explicite est entrée en vigueur : le centre de santé doit désormais demander son conventionnement auprès de la CPAM de rattachement. L'adhésion à l'accord national est effective dans les 30 jours suivant la réception de la demande de conventionnement par la caisse d'assurance maladie, sous réserve de la complétude du dossier³⁶⁷.

Il appartient au centre de santé de préciser sa spécialité (médicale, polyvalente³⁶⁸, dentaire³⁶⁹, infirmière³⁷⁰) à sa caisse. En cas de divergence entre les données issues du système d'information de l'assurance maladie et l'activité déclarée, la caisse peut modifier la spécialité.

L'adhésion à cet accord ouvre droit à une rémunération spécifique.

En l'absence de conventionnement, un centre de santé ne peut plus percevoir la subvention dite « Teulade » et se voit appliqué les tarifs d'autorité fixés par arrêté ministériel pour les actes réalisés par les professionnels de santé exerçant dans les centres. Il demeure toutefois éligible aux rémunérations spécifiques liées au zonage démographique³⁷¹.

3.3 Les dispositions en vigueur issues du code de la sécurité sociale

Le code de la sécurité sociale contient cinq articles concernant directement les centres de santé, qui prévoient :

- le principe du versement d'une subvention correspondant à une prise en charges partielles des cotisations dues pour les professionnels de santé (subvention dite « Teulade »), laquelle, depuis la LFSS 2021, n'est plus reversée qu'aux centres conventionnés (article L 162-32) ;

³⁶⁶ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021.

³⁶⁷ Article L.162-32-2 du code de la sécurité sociale.

³⁶⁸ Au moins 1 activité médicale et 1 activité paramédicale OU 1 activité médicale et 1 activité dentaire ou de sage-femme sans activité paramédicale.

³⁶⁹ 80 % honoraires totaux en dentaire.

³⁷⁰ 80 % honoraires totaux en CSI.

³⁷¹ Cf. article L162-32-2 al. 8 et article L 162-32-4.

Présentation de la subvention Teulade

La subvention dite Teulade, mise en place en 1991³⁷², prévoit que la CNAM rembourse aux centres de santé 11,5 % de l'assiette des cotisations patronales (maladie, maternité, invalidité, décès) dues par les centres pour les personnels qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux. Le taux de prise en charge pour déterminer le montant de la subvention n'a pas évolué depuis 1992 et s'établit à 11,5 % de la rémunération brute des professionnels de santé³⁷³. Une présentation détaillée de cette subvention figure en annexe 8 du rapport de l'IGAS relatif aux centres de santé (publié en ligne)³⁷⁴. Les auteurs proposaient, après avoir mis en évidence les limites de la transposition de la prise en charge assurée pour les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés et tenté d'établir un taux de prise en charge plus approprié, de « *rester au statu quo* ».

Initialement, ce système de prise en charge partiel a été mis en place pour inciter les médecins libéraux à adhérer au secteur conventionnel (lesquels bénéficient d'une prise en charge partielle de leurs points pour les allocations familiales, contrairement aux centres de santé). Pour les centres de santé, cette subvention a été versée indépendamment de leur adhésion à l'accord national de santé entre 1991 et 2021. Le bénéfice de cette subvention est réservé depuis l'entrée en vigueur de la LFSS 2022 le 25 décembre 2021 aux seuls centres de santé conventionnés dans les conditions prévues à l'article L. 162-32-2 du code de la sécurité sociale³⁷⁵.

Elle prend la forme d'un remboursement par les CPAM après justification par attestation URSSAF du paiement complet des charges sociales.

Source : Rapport IGAS n°2022-040R d'évaluation de la situation économique et des perspectives de développement des centres de soins infirmiers, novembre 2022

- le principe du bénéfice pour les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie (article L 162-32) ;
- le principe de la conclusion d'un accord national entre l'Assurance maladie et les centres de santé pour une durée de cinq années (article L 162-32-1) , qui détermine notamment :
 - leurs obligations respectives,
 - les conditions d'application et de transposition des conventions nationales s'appliquant aux différents professionnels exerçant dans des centres de santé ;
 - les modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire ;
 - les mesures pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins ;
 - les conditions d'ouvertures des centres, ou d'accroissement de l'activité, notamment selon les zones d'exercice ;

³⁷² Article L162-32 du code de la sécurité sociale et décret n°91-656 du 15 juillet 1991 relatif au montant de la subvention versée par les caisses primaires d'assurance maladie aux centres de santé.

³⁷³ Décret n°92-1304 du 14 décembre 1992.

³⁷⁴ « *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 2013

³⁷⁵ Article L. 162-32 du code de la sécurité sociale modifié par la loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021.

- les modes de rémunérations des activités de soins, autres que le paiement à l'acte ;
 - les engagements des centres, en matière de télétransmission des actes ;
 - les dispositifs d'aide visant à faciliter l'installation des centres de santé dans les zones définies par l'agence régionale de santé ;
 - la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés.
- les conditions d'approbation et d'entrée en vigueur de l'accord (et les voies de recours en cas d'opposition) (article L.162-32-2) ;
 - les modalités de déconventionnement d'un centre par l'Assurance maladie (article L. 162-32-3) – depuis mai 2023, les centres peuvent voir leur conventionnement suspendu en cas d'urgence - et les tarifs applicables (qui sont alors ceux prévus dans les conventions nationales prévues pour les différents professionnels de santé) ;
 - Pour les centres qui n'ont pas adhéré à l'accord national ou faute d'accord national³⁷⁶, le principe de l'application des tarifs d'autorité fixés par arrêté ministériel pour chacune des professions de santé, ainsi que le principe de l'application des conditions relatives aux zones d'exercice.

³⁷⁶ Article L162-32-2 al. 8 et article L 162-32-4, crée par la LFSS 2021, substituant le conventionnement tacite par un conventionnement expresse.

ANNEXE 6 : Déclinaison territoriale de la politique de développement de l'offre par les ARS

Cette annexe présente les éléments suivants :

- un rappel de la politique menée en faveur de la promotion de l'exercice pluridisciplinaire, au niveau national, depuis 2018 ;
- la déclinaison territoriale par les ARS de cette politique au travers des dispositifs et des outils dont elles peuvent disposer – stratégiques, opérationnels, financiers ;

SOMMAIRE

ANNEXE 6 : DECLINAISON TERRITORIALE DE LA POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE PAR LES ARS	421
1 LA PROMOTION DE L'EXERCICE PLURIDISCIPLINAIRE AU NIVEAU NATIONAL.....	423
1.1 L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF DE DOUBLEMENT DU NOMBRE DE STRUCTURES D'EXERCICE COORDONNE A HORIZON 2022	423
1.2 LA DECLINAISON TERRITORIALE ET LES FINANCEMENTS ATTRIBUES AU DEVELOPPEMENT DE L'EXERCICE PLURIDISCIPLINAIRE ET DES CENTRES DE SANTE POLYVALENTS.	429
1.3 EXEMPLES DE DECLINAISON DES STRATEGIES POURSUIVIES AU PLAN TERRITORIAL	449
1.4 LA MESURE « 400 MEDECINS GENERALISTES DANS LES TERRITOIRES PRIORITAIRES» N'A PAS RENCONTRE SON PUBLIC	455

1 La promotion de l'exercice pluridisciplinaire au niveau national

1.1 L'atteinte de l'objectif de doublement du nombre de structures d'exercice coordonné à horizon 2022

La stratégie nationale de santé « Ma santé 2022 » fait du soutien aux pratiques d'exercice coordonné ainsi que l'installation de médecins en zone sous dotée une priorité stratégique nationale au cours de la période 2018-2022, tous modes d'exercice confondus : l'objectif est de « soutenir le développement de tous les modes d'exercice coordonné afin qu'ils deviennent majoritaires au sein du système de santé: équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, centres de santé et maisons de santé pluri professionnelles, pour lesquelles l'objectif est un doublement d'ici cinq ans ». Cette stratégie nationale devrait être déclinée au niveau territorial par les ARS via leurs outils de planification (PRS, cf. infra).

Si l'on écarte les équipes de soins primaires et les CPTS, qui correspondent à des formes de coordination souples, les centres de santé (CDS) et les maisons de santé, dès lors qu'ils sont pluriprofessionnels, c'est-à-dire qu'ils accueillent à la fois des professionnels de santé médicaux et paramédicaux, réunis autour d'un même projet de santé, sont deux types de structures d'exercice coordonné (SEC) présentes sur l'ensemble du territoire (cf. carte ci-dessous). Dans ces structures, l'exercice coordonné entre plusieurs professionnels de santé, qui permet une prise en charge globale du patient, est présumé. La coordination peut prendre différentes formes et se caractérise par un niveau de coordination variable et de pratiques plus ou moins partagées d'un professionnel à l'autre et plus ou moins intégrées d'une structure à l'autre (échanges formels ou informels, exercice médical avec ou sans délégation des soins, protocolisation des soins...). Ces structures sanitaires de premier voire de second recours disposent d'aides spécifiques de l'Assurance maladie visant à rémunérer ces pratiques de coordination via les accords conventionnels signés avec les organisations représentatives de ces structures³⁷⁷.

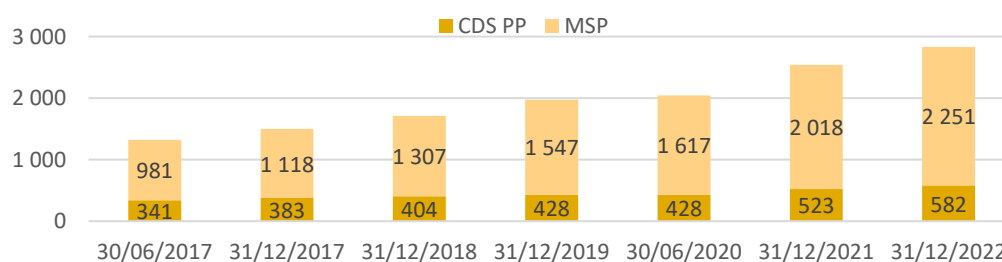
Au cours de la période 2017-2022, l'objectif de doublement au niveau national du nombre de centres de santé pluriprofessionnels (CDS PP) n'a pas été atteint, même si le nombre de CDS PP a considérablement augmenté, passant de 341 CDS à 582 au 31/12/2022 (+70 % par rapport au 30/06/2017)³⁷⁸. En revanche, cet objectif a été dépassé s'agissant des MSP puisque le nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles a plus que doublé, atteignant 2 251 structures sur l'ensemble du territoire au 31/12/2022 (cf. graphique ci-dessous).

A l'échelle des structures d'exercice coordonné, cet objectif de doublement a donc été atteint (1 322 structures d'exercice coordonné au 30/06/2017, 2 833 au 31/12/2022).

³⁷⁷ Accord national entre l'Assurance maladie et les centres de santé du 30 septembre 2015, Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles du 20 avril 2017 (qui concerne les MSP et les CDS).

³⁷⁸ Voir à cet égard les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) : <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/285-developper-lexercice-coordon.html>

Graphique 1 : Evolution du nombre de structures d'exercice coordonné (2017-2022)



Source : IGAS à partir des données DGOS, REPSS 2023 : <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/285-developper-lexercice-coordon.html>

En juin 2023, a été annoncé un nouveau plan d'action intitulé « 4 000 MSP » : prenant acte qu'un médecin qui exerce en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) reçoit plus de patients qu'un médecin en exercice isolé (+600 patients en moyenne), il vise à accélérer « massivement » le développement de cette forme d'exercice pour atteindre le chiffre de 4 000 MSP à l'horizon de l'année 2027.

1.1.1 Couverture territoriale par les structures d'exercice coordonné au 31/12/2022

A la suite de leur création par la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007³⁷⁹ (article L.6323-3 du code de la santé publique), les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), dotés d'un statut juridique ad hoc³⁸⁰, soutenues politiquement et accompagnées financièrement par les ARS, vont essaimer à partir de 2008 sur l'ensemble du territoire.

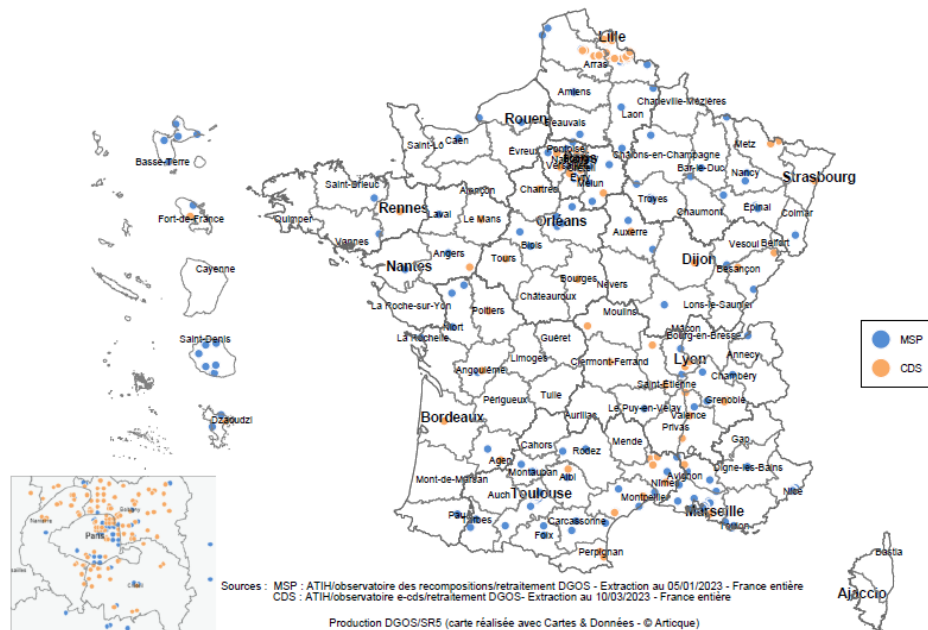
En revanche, la carte ci-dessous illustre la concentration des centres de santé (CDS) pluriprofessionnels dans quelques régions, notamment en Ile de France et en Hauts de France, et leur quasi-absence dans d'autres (Centre Val de Loire, Normandie, Corse, territoires ultramarins).

³⁷⁹ Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007

³⁸⁰ Pour sécuriser juridiquement l'exercice en maisons de santé et leur permettre de bénéficier de subventions de l'assurance maladie et de les reverser à leurs membres, une société ad hoc a été créée : la société interprofessionnelle de soins ambulatoires : cf. articles L 4041-1 et suivants du code de la santé publique.

La surreprésentation des maisons de santé comparativement aux centres de santé, est moins vraie dans les zones urbaines dites « sensibles ». Ainsi, dans les quartiers vécus ou quartiers prioritaires de la ville (QPV), on dénombre presque autant de centres de santé (205) que de maisons de santé (258) au 31/12/2022 (cf. carte ci-dessous)³⁸¹.

Carte 3 : Maisons de santé et centres de santé pluriprofessionnels en fonctionnement en quartier vécus ou quartiers prioritaires de la ville au 31/12/2022



Cette forte croissance des maisons de santé comparativement aux CDS au cours de la dernière décennie s’explique notamment par l’éligibilité des maisons de santé pluri professionnelles à une plus large gamme d’aides au démarrage (cf. tableau ci-dessous). Cette politique d’accompagnement volontariste, soutenue par les ARS (cf. § infra), a permis effectivement de déployer ces structures qui sont présentes désormais sur quasiment l’ensemble du territoire, contrairement aux centres de santé pluriprofessionnels.

Les difficultés économiques récurrentes du secteur des centres de santé, connues des acteurs de terrain et rapportées par leurs représentants, n’ont probablement pas joué en faveur de leur développement. Ainsi, la dernière réforme portée en 2018³⁸² pour simplifier les conditions de création et de fonctionnement des centres de santé (création contre remise d’un engagement de conformité à l’ARS, ouverture partielle du secteur aux organismes privés à but lucratif, création d’antennes...) a certes permis une croissance du secteur, mais dans des proportions moindres que celui des maisons de santé.

³⁸¹ Source : DGOS

³⁸² Cf. ordonnance n°2018-17 évoquée supra.

Tableau 1 : Caractéristiques comparées des centres de santé et des maisons de santé

Caractéristique	Centres de santé (L. 6323-1 et svts + D. 6323-1 et suivant + arrêté du 27 février 2018)	Maisons de santé (L. 6323-3 + circ 27/07/10 + textes sur les SISA : L 4041-1 et svts et R. 4041-1 et svts)
Création	Après-guerre	2007
Nombre (fin juin 2020)	2207 dont 428 pluriprofessionnels dont 160 en QPV ou QV	1617 en fonctionnement dont 191 en QPV
Niveau	1er recours principalement et, le cas échéant, 2nd recours	
Forme juridique	Personnalité morale au travers du gestionnaire (municipalités, mutuelles, associations, régimes de sécurité sociale, congrégations, établissements de santé, sociétés coopératives d'intérêt collectif...)	Personnalité morale obligatoire (constitution associative ou en société, notamment SISA). Pas de gestionnaire
Implantation	✓ Essentiellement urbaine mais possiblement rurale	✓ Légèrement plus rurale qu'urbaine
	✓ 1 ou plusieurs antennes	✓ 1 ou plusieurs sites
Composition	Professionnels de santé	Professionnels médicaux, auxiliaires médicaux + pharmaciens (=> pas d'aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers)
Statut PS	Salariés	Libéraux ou salariés (depuis 07/23)
Population concernée	Tout usager mais particulièrement les populations précaires	Tout usager
Tarifs pratiqués	Tarifs opposables – 1/3 payant – pas d'avance de frais pour CMU et AME	Secteur 1 et 2 autorisés
Organisation	✓ Pluri ou mono-professionnalité (centres infirmiers, dentaires ou médicaux à côté de centres pluriprofessionnels associant professions médicales et paramédicales) ✓ Exercice coordonné des soins	✓ Pluri-professionnalité ✓ Exercice coordonné des soins
Projet de santé	obligatoire	
CPOM	Obligatoire si subvention ARS (sauf exception cf. article R 1435-30 du code de la santé publique)	
Financement	Remboursement des actes par l'assurance maladie	Remboursement des actes par l'assurance maladie
	✓ Subvention d'équilibre accordée souvent par les collectivités territoriales gestionnaires ✓ Financement via le FIR possible mais peu souvent accordé par les ARS	✓ FIR (étude de faisabilité / aide au démarrage) ✓ Collectivités territoriales, DETR, FNADT fonds européens, PER, CPER (sur l'investissement)
	Accord national (transposition de l'ACI aux centres) => rémunération forfaitaire sur la base d'indicateurs, notamment d'accessibilité (amplitude horaire, SNP...) / travail en équipe / partage de l'information	Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les MSP en SISA => rémunération forfaitaire sur la base d'indicateurs, notamment d'accessibilité (amplitude horaire, SNP...) / travail en équipe / partage de l'information



Source : DGOS – site Ministère de la santé :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/exercice_coordonne_tableau_structures.pdf ; actualisation mission

1.1.2 L'annonce complémentaire de la mesure « 400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires » en complément de « Ma santé 2022 »

Le lancement, en 2018, d'une mesure visant à déployer 400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires, en complément de « Ma santé 2022 »³⁸³, aurait pu servir de levier au développement de l'exercice mixte ville/hôpital : le 18 septembre 2018, le Président de la République s'engageait à ce que « 400 postes supplémentaires de médecins généralistes à exercice partagé ville/hôpital puissent être financés et envoyés dans les territoires prioritaires, salariés par le centre hospitalier de proximité ou un centre de santé pour y proposer des consultations ».

Schéma 1 : Présentation des deux volets « 400 MG »

	Volet 1 : 200 postes mixtes ville / hôpital		Volet 2 : soutien à la création de 200 postes salariés
	<p>Postes de 2 ans proposés aux jeunes médecins généralistes et ciblés prioritairement sur les sorties d'internat</p> <p>Exercice ambulatoire réalisé en CDS ou en MSP / cabinet de groupe, avec plusieurs statuts possibles (collaborateur libéral, médecin assistant...) selon le profil et le projet du médecin ; la structure ambulatoire doit être en ZIP, en ZAC ou en QPV</p> <p>Exercice hospitalier sous statut de praticien contractuel (ES publics) ou équivalent (ES privés) avec un financement MERRI associé (en référence au coût moyen chargé d'un praticien contractuel recruté à temps partiel à 50% soit 36 294,70 € en année pleine) OU un exercice en EHPAD ou PMI (sans financement associé).</p>		<p>Création de CDS (association, mutuelle, collectivité, caisse MSA...), extension de CDS (médicalisation, antenne...), ou recrutement par des ES.</p> <p>Territoires « prioritaires »: ZIP, ZAC ou QPV + une « carence » objectivée de manière partenariale</p> <p>- Garantie financière versée pendant 2 ans : différence entre le coût super-brut du médecin et le « chiffre d'affaires » qu'il génère pour la structure, avec un seuil minimum d'activité (100 C /mois pour les 3 premiers mois ; 165 C/mois ensuite). Montant max de garantie de coût salarial : de 9 070 euros (toutes charges comprises et subvention <u>Teulade</u> incluse) soit 5 400 euros net/mois.</p> <p>- Aide à l'équipement (montant à définir au cas par cas)</p>

Source : Bilan septembre 2022 DGOS

Ce dispositif « 400 médecins », décliné en deux volets et déployé en 2019, prévoyait de renforcer à court terme la présence médicale dans les zones sous-dotées (ZIP ZAC et QPV)³⁸⁴ :

- En favorisant le recrutement d'au minimum 200 MG sur des postes mixtes combinant un exercice hospitalier à temps partiel et un exercice ambulatoire (en libéral ou en salariat, c'est-à-dire soit en cabinet libéral, en maison de santé ou en centre de santé), mesure ciblant prioritairement des jeunes MG (« volet 1 » de la mesure, financée par l'enveloppe finançant les missions d'intérêt général (MIG) des établissements de santé)³⁸⁵,
- En soutenant la création de postes de médecins généralistes salariés dans des centres de santé, dans les établissements de santé ou dans un cabinet libéral³⁸⁶, via la mise en place pendant les deux premières années d'une garantie de ressources calculée pour couvrir l'éventuel déséquilibre entre son coût salarial total (plafonné à 9 070 € /

³⁸³ Source : <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/agnes-buzyn-donne-le-coup-d-envoi-du-deploiement-de-ma-sante-2022>

³⁸⁴ Source : Instruction N° DGOS/DIR/2019/27 du 06 février 2019 relative à la mise en œuvre de la mesure : « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires.

³⁸⁵ Ces financements destinés aux établissements de santé sont prévus aux articles L. 162-22-13, D. 162-6, D. 162-7 et D. 162-8 du code de la sécurité sociale.

³⁸⁶ Pour les établissements de santé recrutant un médecin généraliste affecté à un exercice strictement ambulatoire, ou tout médecin libéral salariant directement un médecin généraliste.

mois³⁸⁷) et le montant total généré par les actes qu'il réalise (tarif de base de 25 € / acte) : cette garantie se déclenchant au-delà d'un nombre minimal d'actes (« volet 2 » de la mesure, financé par le FIR).³⁸⁸

Exemple : Plafonnement de la garantie

Le médecin généraliste a effectué 250 consultations au cours du mois. Il s'agit de consultations simples, tarifées à 25 euros par acte.

L'ARS prend en charge la différence entre le coût salarial plafond garanti par le dispositif – soit 9 070 Euros par mois, et la valeur des actes.

Garantie = 9 070 euros – 6 250 (250 x 25) = 2 820 euros versés à l'employeur

Le médecin généraliste a effectué 400 consultations au cours du mois.

Garantie = 9 070 euros – 10000 (400 x 25) = 0 euro versé à l'employeur

Source : Instruction n° DGOS/DIR/2019/27 du 06 février 2019 relative à la mise en œuvre de la mesure « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires »

Cette garantie de ressources peut être complétée d'une aide forfaitaire de l'ARS pour couvrir les dépenses d'équipement la première année.

Par ailleurs cette aide est cumulable avec les aides versés à l'installation par l'assurance maladie (contrats dits « démographiques »).

1.2 La déclinaison territoriale et les financements attribués au développement de l'exercice pluridisciplinaire et des centres de santé polyvalents.

Les ARS élaborent et s'appuient sur plusieurs outils pour décliner la stratégie nationale de santé et équilibrer l'offre de soins sur le territoire.

1.2.1 La structuration territoriale s'appuie sur plusieurs outils stratégiques territoriaux

L'accès aux soins de premier recours³⁸⁹ ainsi que la prise en charge continue des malades, sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé mis en place par la loi du n° 2016-41 du 26 janvier 2016 (encadré ci-dessous)³⁹⁰.

³⁸⁷ Ce plafonnement correspond au montant garanti du PTMG (6 900 € bruts), une fois prises en compte les charges patronales, hors allègements de charges dits « Teulade ». Source : instruction DGOS.

³⁸⁸ 100 CS en moyenne les 3 premiers mois, 165 à partir du 4^{ème} mois.

³⁸⁹ auxquels concourent les professionnels de santé et les centres de santé, cités expressément à l'article L.1411-11 du CSP.

³⁹⁰ loi du n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Le SRS

Ce schéma établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux, détermine « pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels ». Il est l'un des éléments constitutifs du projet régional de santé, qui comprend en outre un cadre stratégique, établi pour dix ans³⁹¹. Ses objectifs peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé ou par les contrats locaux de santé³⁹².

Le schéma régional de santé indique notamment les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours, dont les dispositions ne sont pas opposables aux professionnels libéraux³⁹³, sauf convention contraire³⁹⁴.

Les ARS disposent de la possibilité de déterminer et de mettre en œuvre un dispositif de zonage spécifique pour « réduire les inégalités en matière de santé et favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé »³⁹⁵, dans le but de rééquilibrer l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et de lutter contre les disparités géographiques. Ce dispositif de régulation, qui s'inscrit dans le cadre du dispositif conventionnel, déterminé et négocié entre les syndicats de professionnels de santé et l'Assurance maladie, est mis en œuvre localement par le directeur général de l'ARS qui détermine par arrêté les zones en cinq niveaux de dotation (très sous-dotées, zones sous-dotées, zones intermédiaires, zones très dotées et zones sur-dotées), après concertation auprès des acteurs concernés et en tenant compte des priorités stratégiques prévues dans le plan régional de santé (PRS).

Le schéma régional de santé fixe notamment pour chaque zone « les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement matériel lourd (...) »³⁹⁶.

Depuis leur création en 2009, l'ARS dispose également, avec les contrats locaux de santé (CLS) portés par les collectivités territoriales, d'outils partenariaux permettant de décliner les objectifs du SRS dans les territoires de proximité³⁹⁷. Ces contrats à minima tripartites collectivités-Etat-ARS, qui sont le fruit d'un dialogue entre les collectivités et les délégations départementales des ARS, peuvent associer d'autres acteurs (Assurance maladie, CAF, établissement de santé...).

³⁹¹ Cf. article 1434-2 et suivants du code de la santé publique.

³⁹² Article L 1434-2 du code de la santé publique.

³⁹³ Article L. 1434-3 du code de la santé publique

³⁹⁴ Par exemple, la convention nationale régissant les rapports entre l'Assurance maladie et les infirmiers libéraux prévoit que l'installation d'une infirmière libérale en zone très surdotée n'est possible que si une autre professionnelle cesse son activité.

³⁹⁵ article L.1434-4 du code de la santé publique.

³⁹⁶ Article L1434-3 du code de la santé publique.

³⁹⁷ Ces contrats, créés par la loi « HPST » et consolidés par la loi « modernisation du système de santé et la loi dite « 3DS » mobilisent les acteurs du champ sanitaire ainsi que des secteurs ayant un impact sur la santé

Une organisation territoriale pilotée par l'ARS, en lien avec les collectivités territoriales et leurs groupements

Le projet régional de santé (PRS), prévu aux articles L.1434-1 et suivants du CSP, « définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il tient compte notamment des contrats locaux de santé existant sur le territoire régional ». Il est constitué d'un cadre d'orientation stratégique, d'un schéma régional de santé et d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

Par ailleurs, en vertu de l'article L.1434-10 du CSP, le directeur général de l'ARS constitue un conseil territorial de santé sur chacun des « territoires de démocratie sanitaire » définis par l'agence à l'échelle infrarégionale. Ce conseil est notamment composé des députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire concerné, de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile, des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné ainsi que d'un membre du comité de massif concerné. Il participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé et contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du PRS, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé.

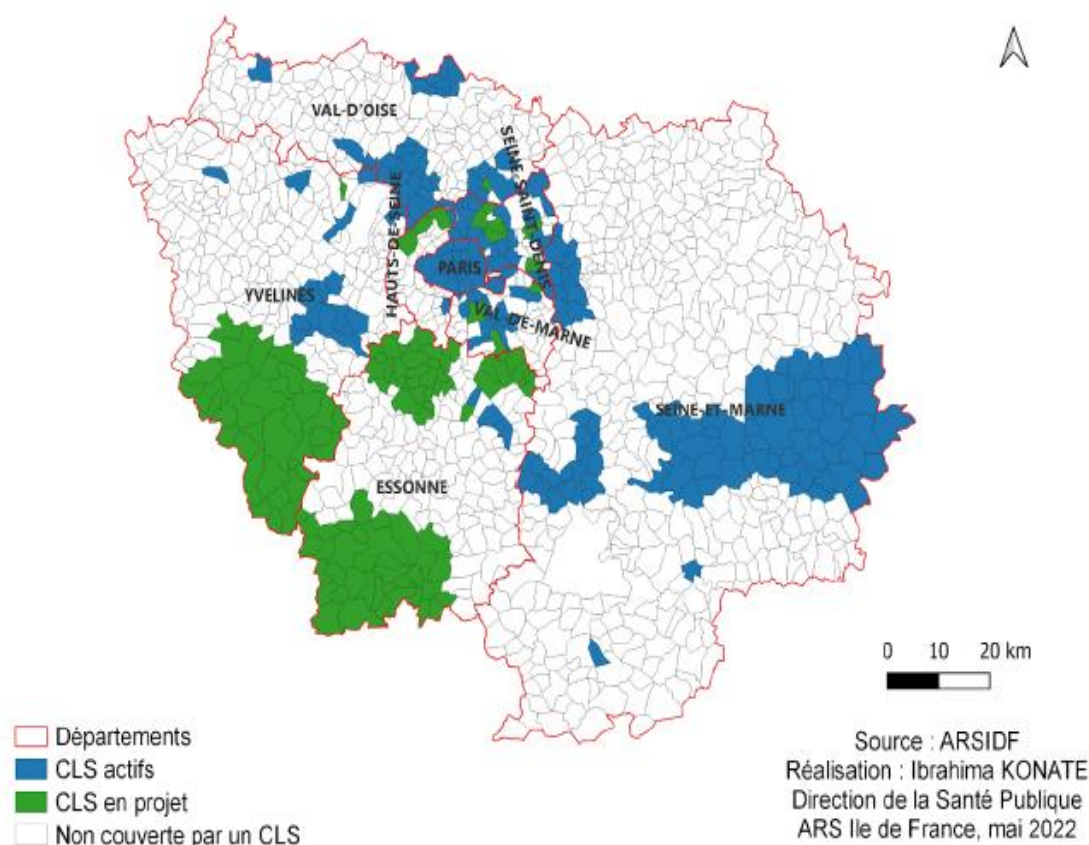
Le diagnostic territorial partagé donne lieu à l'établissement de projets territoriaux de santé, élaborés et mis en œuvre par des communautés professionnelles territoriales de santé ainsi que par des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, afin de coordonner leurs actions. Chaque projet décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, au dépistage, aux soins de proximité, aux soins non programmés et aux soins spécialisés, sur tout le territoire.

La mise en œuvre du PRS « peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, garantissant la participation des usagers, notamment celle des personnes en situation de pauvreté, de précarité ou de handicap et, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social ». Ces contrats sont conclus en priorité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

Source : DGCL

Tous les territoires de proximité ne sont pas couverts par un contrat local de santé. Par exemple, en IDF, le taux de couverture de la population francilienne par un CLS s'élève à 56 % en mai 2022 (cf. carte ci-dessous). 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 dispositifs partenariaux (contrat de ville, projet de CPTS, etc).

Carte 4 : Contrats locaux de santé d'Ile de France en 2022



Source : ARS Ile de France

Depuis la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, d'autres outils ou dispositifs, dont la mise en œuvre est également facultative, dépendant de la mobilisation (ou non) des acteurs de santé, ont vocation à structurer l'offre de soins de proximité ou à s'articuler avec l'offre de soins de premier recours : les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les plateformes territoriales d'appui (PTA)³⁹⁸, les conseils territoriaux de santé (CTS)³⁹⁹, et les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Il revient à l'ARS d'articuler l'ensemble des dispositifs conventionnels existants⁴⁰⁰ pour assurer une couverture territoriale et une coordination de l'offre de soins primaires optimale sur l'ensemble de son territoire (cf. schéma ci-dessous).

³⁹⁸ Créées par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

³⁹⁹ Créées par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁴⁰⁰ Ex. liste précédente non exhaustive : ex. contrats locaux de santé mentale (CLSM).

Comme le soulignait déjà le rapport d'évaluation relatif aux CSI, la participation des centres de santé aux CPTS est variable, d'un territoire à l'autre : si les acteurs des centres de santé peuvent être à l'initiative d'une création de CPTS (ex. rencontré en région Occitanie), dans d'autres endroits, l'exacerbation de la concurrence locale et/ou les rapports conflictuels entre les acteurs locaux peuvent compliquer l'association et a fortiori la coopération entre professionnels salariés libéraux.

1.2.2 La structuration de l'offre de soins de proximité relève à titre principal de la responsabilité de l'Etat, et par les collectivités, à titre subsidiaire

La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat⁴⁰¹. Les compétences des collectivités territoriales sont limitatives et interviennent de manière subsidiaire (cf. encadré ci-dessous).

⁴⁰¹ Cf. article L.1411-1 du code de la santé publique.

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).

S'agissant de l'échelon régional, le conseil régional ne dispose que de compétences relativement modestes, à savoir la prévention sanitaire (article L.1424-1 du CSP) ou 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

La loi dite « 3DS » est venue conforter le nature complémentaire du rôle joué par les collectivités en matière sanitaire (cf. encadré ci-dessous).

Les apports de la 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 (dite « 3DS »)

L'article 130 de la loi 3DS est venu conforter le rôle des collectivités territoriales et de leurs groupements en précisant, selon l'exposé des motifs de l'amendement ayant modifié l'article L.1110-1 du CSP, que « sans confier de nouvelles responsabilités sanitaires aux collectivités », ces dernières « 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 ».

S'agissant plus particulièrement de l'accès aux soins de proximité et en application de l'article 126 de la loi 3DS, les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent concourir au financement du programme d'investissement des établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés (articles L.1422-3, L.1423-3 et L.1424-2 du CSP).

Les opérations financées dans le cadre du programme d'investissement doivent respecter les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé.

En outre, un champ d'intervention prioritaire est défini pour l'échelon départemental et régional :

- d'une part, l'article L.1423-3 du CSP précise que les départements peuvent concourir au financement « en priorité pour soutenir l'accès aux soins de proximité » ;
- d'autre part, l'article L. 1424-2 du même code précise que les régions peuvent concourir « par priorité » aux programmes d'investissements « des établissements de ressort régional, interrégional ou national ».

Plus spécifiquement, s'agissant des centres de santé, les articles 127 et 128 de la loi 3DS clarifient l'intervention des collectivités territoriales et de leurs groupements s'agissant de la création et de la gestion de ces derniers.

L'article L.6323-1-3 du CSP, modifié, reconnaît explicitement que les centres de santé peuvent être créés et gérés par les communes ou leurs groupements ou par les départements.

En corollaire, l'article L.6323-1-5 modifié du même code permet que, lorsque les centres de santé sont gérés par des collectivités territoriales ou leurs groupements, les professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et personnels administratifs puissent être des agents de ces collectivités ou groupements.

Les régions peuvent continuer à soutenir de tels centres ainsi qu'à recruter des personnels mais dans le seul cadre de la participation à un groupement d'intérêt public (GIP) associant une collectivité territoriale d'une autre catégorie.

L'article L.6323-1-5 précité prévoit ainsi que, lorsque les centres de santé sont gérés par un organisme à but non lucratif constitué sous la forme d'un GIP dont au moins deux collectivités territoriales ou groupements de collectivités territoriales sont membres, ces professionnels peuvent être des agents de ce GIP.

Source : DGCL

1.2.3 Le DG de l'ARS peut jouer sur la structuration de l'offre, via les mécanismes de zonage et de contractualisation

Les zones très sous dotées ou sous dotées et celles qui sont surdotées en offre de soins sont éligibles, selon le cas, à des mesures spécifiques pour favoriser l'accès aux soins (contractualisation avec les offreurs de soins⁴⁰², mesures d'accompagnement), ou peuvent se voir appliquées des mesures de limitation d'accès au conventionnement arrêtées dans le cadre des dispositifs conventionnels et selon la méthodologie arrêtée.

En l'absence de règles contraignantes limitant la liberté d'installation de la majorité des acteurs de soins de premier recours, les mécanismes de contractualisation à la disposition de l'ARS se sont multipliés afin d'inciter les acteurs de soins de ville à entrer dans les dispositifs institutionnels, locaux ou régionaux. Ainsi, l'ARS peut notamment :

- conclure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec notamment les centres de santé, en contrepartie du versement d'aides financières ou de subventions⁴⁰³ ;
- conclure des contrats avec les centres de santé ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins, incluant une contrepartie financière qui peut leur être associé et financée par le fonds d'intervention régional ⁴⁰⁴ ;
- conclure avec un centre de santé et des médecins salariés de ce centre un contrat sur la base duquel ces médecins peuvent exercer tout ou partie de leur activité dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins⁴⁰⁵.

1.2.4 Le fonds d'intervention régional (FIR) n'est sollicité que marginalement pour développer l'exercice coordonné

Le FIR, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012⁴⁰⁶, est l'instrument financier régional qui concourt depuis une décennie à la mise en œuvre d'une stratégie régionale de santé transversale, déclinant les objectifs nationaux de santé et finançant les expérimentations innovantes au plan régional⁴⁰⁷.

⁴⁰² Article 1435-3 du code de la santé publique et suivants du code de la santé publique. Ex. contractualisation visant à autoriser une activité ambulatoire aux médecins exerçant en établissement public hospitalier.

⁴⁰³ Article 1435-3 du code de la santé publique

⁴⁰⁴ Article 1435-4 du code de la santé publique

⁴⁰⁵ Article 1435-5 et suivant du code de la santé publique

⁴⁰⁶ ⁴⁰⁶ Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

⁴⁰⁷ Sur la base des dispositions de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique, les ressources du FIR sont constituées par une dotation de l'assurance maladie, une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et d'autres produits tels que prévus au 4° de l'article mentionné ci-dessus.

Rappel des principales missions du FIR

Les ARS disposent du fonds d'intervention régional (FIR) pour financer « des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant :

1° A la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie [mission n°1];

2° A l'organisation et à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale [mission n°2];

3° A la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire [mission n°3]⁴⁰⁸ ;

4° A l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels [mission n°4];

5° Au développement de la démocratie sanitaire [mission n°5] »⁴⁰⁹.

Les moyens alloués par le FIR financent les chantiers contribuant à la mise œuvre de la stratégie nationale de santé (Ma santé 2022, plan national de santé publique, feuilles de route).

En contrepartie de la signature d'un contrat⁴¹⁰, un centre de santé peut donc se voir attribué une ou plusieurs aides de l'ARS en fonction des actions qu'il mène ou des chantiers auxquels il est associé :

- S'il mène des actions de prévention ou d'éducation thérapeutique, qui peuvent être soutenues financièrement par les ARS (mission n°1 du FIR) ;

- Dans le cadre de l'orientation « Favoriser l'accès aux soins et l'organisation des parcours de santé », au titre de l'accompagnement des structures d'exercice coordonné et afin de favoriser le travail en équipe, si son apport est considéré comme décisif par l'ARS dans la structuration de l'offre de premier recours pour faciliter l'accès aux soins, renforcer leur coordination et améliorer l'organisation des soins de proximité (mission n°2 du FIR)⁴¹¹ ;

- S'il participe à la permanence des soins ou à une meilleure répartition géographique des professionnels et structures de santé sur les territoires (mission n°3 du FIR).

Dans l'ensemble des crédits totaux dépensés, les dépenses consacrées au développement de l'exercice pluridisciplinaire s'élèvent en 2022 à 15,5 M€ pour la mission n°2 (accompagnement des structures d'exercice coordonné) et à 31,1 M€ pour la mission n°3 (répartition territoriale des PS et des structures de santé), soit au total 0,6 % des crédits totaux dépensés au titre du FIR (47,6 M€, cf. tableau ci-dessous). A noter qu'il n'est pas possible d'identifier précisément les montants versés en sus aux centres comme aux maisons de santé au titre de la prévention ou au titre de la mesure « 400 médecins généralistes ». De même il n'est pas possible d'identifier précisément la part effectivement versée aux centres, comparativement aux maisons de santé au titre de l'exercice pluridisciplinaire (mission n°2 : 14,7 M€).

⁴⁰⁸ Les ARS sont chargées d'organiser la PDS. Par exception, les ARS volontaires peuvent également être autorisées à financer pour tout ou partie la rémunération forfaitaire et la rémunération des actes prévus pour la permanence des soins par des crédits du FIR (rémunération mise à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie cf. article L. 162-5-14 du CSS). Cf. article L.1435-5 du code de la santé publique.

⁴⁰⁹ Article L. 1435-8 du code de la santé publique. Version en vigueur depuis le 19/1/2018.

⁴¹⁰ L'obligation de conventionnement avec les organismes de droit privé n'est plus obligatoire pour les financements inférieurs ou égaux à la somme de 23 000 euros depuis 2019. Cf. article R. 1435-30 du code de la santé publique.

⁴¹¹ Cf. notamment circulaire N° SG/2019/117 du 15 mai 2019 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2019.

Tableau 2 : Somme des dépenses du FIR par budget annexe, mission, libellé (2019-2022), en €

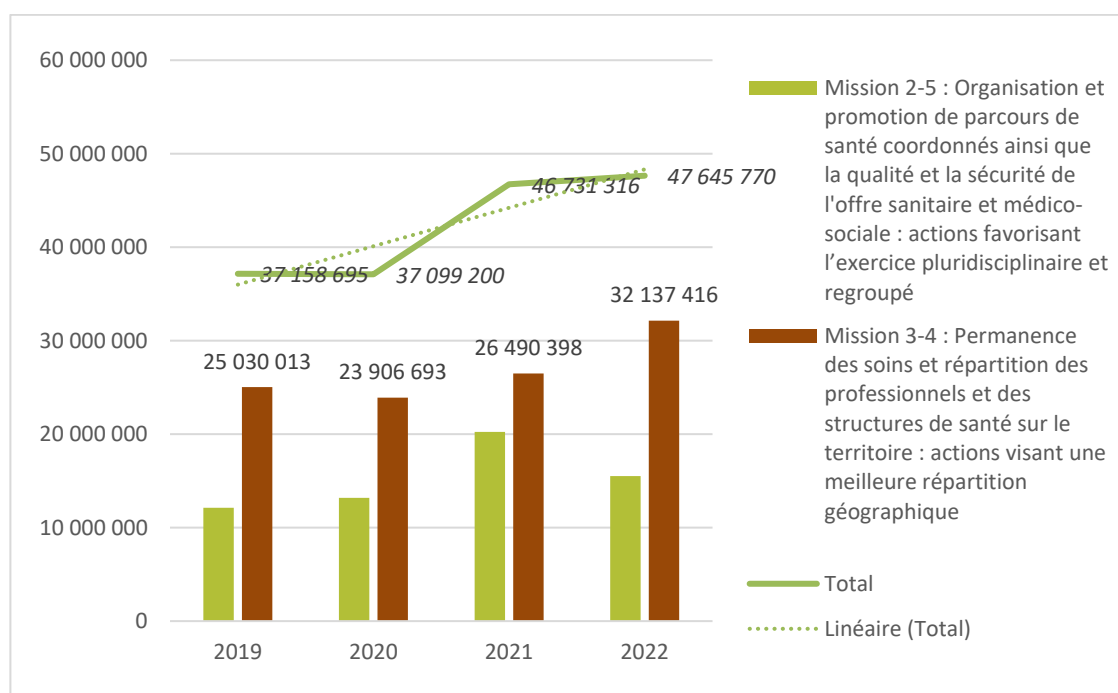
	2019	2020	2021	2022
Autres dépenses pers	374 422	362 171	365 034	0
BA DEMOCRATIE SANITAIRE	3 881 721	3 254 412	3 149 460	2 978 654
BA MEDICO-SOCIAL	257 828 309	179 409 785	410 910 191	236 927 939
BA PREVENTION	560 381 123	773 824 612	1 088 887 520	948 799 186
BA SANITAIRE	2 835 629 700	3 109 531 651	3 064 032 230	3 800 944 375
MI2-1	125 095 310	86 271 441	97 752 816	109 603 120
MI2-2	126 439 513	25 662 091	33 908 634	35 694 327
MI2-3	519 037 045	603 930 277	623 111 735	756 368 197
MI2-5	12 128 682	13 192 507	20 240 918	15 508 354
Appui fédérations et PACTE	252 113	388 401	608 559	825 464
Exercice pluridisciplinaire	11 876 569	12 804 106	19 632 359	14 682 889
MI2-6	23 027 750	23 507 601	23 898 947	25 417 520
MI2-7	55 756 765	236 927 323	230 767 194	239 718 868
MI2-8		52 287 247	48 309 281	303 755 475
MI2-99				53 080 423
MI3-1	155 400 179	163 410 007	164 201 430	176 969 084
MI3-2	14 078 414	14 315 955	15 651 094	17 712 416
MI3-3	692 045 198	697 118 175	693 693 796	723 324 322
MI3-4	31 554 743	35 938 105	42 709 365	49 860 465
400 médecins généralistes	574 066	1 098 212	2 497 876	2 259 810
Ass santé mentale 500				2 425 499
Contrats début exercice				2 022 343
Exercice regroupement centres	3 337 863	3 038 793	3 585 681	8 091 633
Exercice regroupement maisons	21 692 150	20 867 901	22 904 717	24 045 783
Exercice regroupement pôles	22 950	7 075 117	9 969 985	
Infirmiers pratiques avancées	3 791 109	7 075 117	617 142	9 486 277
PIAS	43 073	17 615	40	
Projets de recherche	30 040	139 390	166 000	
PTMA	141 868	210 007	294 571	124 084
PTMG	1 880 928	2 389 785	2 054 400	965 912
PTMR	40 696	1 101 287	618 952	439 124
MI3-5	23 861 638	30 840 168	34 812 597	
MI3-6		32 260 342	39 576 208	38 441 648
MI3-7			10 564 243	35 314 558
MI3-8			0	0
MI3-99				42 771 988
MI4-1	10 994 593	9 623 627	20 845 646	18 546 296
MI4-10				233 259 918
MI4-2	950 915 211	973 144 432	804 524 498	807 121 014
MI4-3	37 178 576	44 790 131	50 540 165	59 056 247
MI4-4	8 199 909	9 362 728	8 127 155	6 110 259
MI4-5	12 936 243	23 407 050	21 368 350	25 038 855
MI4-6	23 912 954	20 726 901	15 822 393	9 935 604
MI4-8	13 066 975	12 815 541	63 605 766	
MI4-99				18 335 417
Dépense perso h pl	53 812	25 589	40 039	0
Frais de structure	2 173 016	3 284 701	3 434 925	114 149
Immobilier	867 153	875 987	939 085	97 151
PAI	77 315 713	79 570 076	284 236 514	194 137 671

	2019	2020	2021	2022
réseaux, télécom, infor	190 019	273 237	348 431	5 000
Total général FIR	3 738 694 988	4 150 412 220	4 856 343 429	5 184 004 125

Source : Mission d'après données SGMAS

Au cours de la période 2019-2022, les dépenses visant à améliorer la répartition des structures de santé coordonnées sur le territoire ont fortement progressé (+ 9,3 % en moyenne annuelle, cf. tableau ci-dessous).

Graphique 2 : Dépenses affectées au développement de l'exercice coordonné (2019-2022), par mission, en €

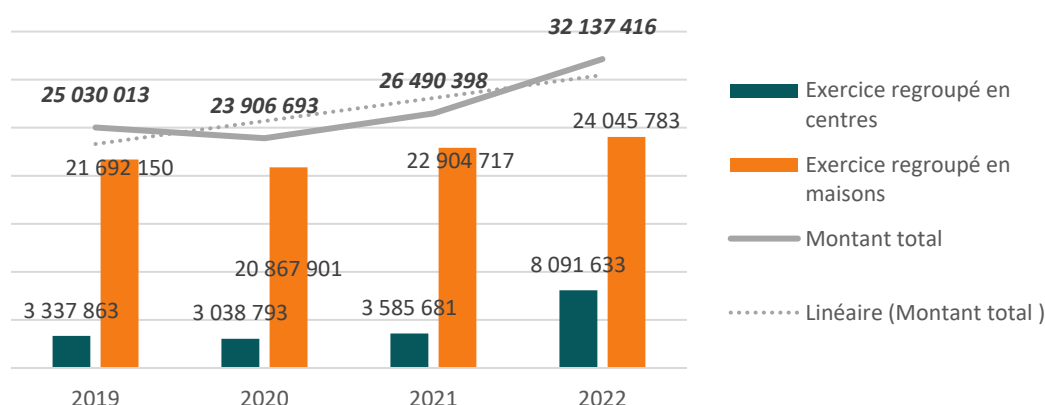


Source : Mission d'après données SGMAS

1.2.4.1 Parmi les crédits SEC, les crédits FIR fléchés spécifiquement sur les centres de santé

S'agissant en particulier de la mission 3-4 « Permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire », qui a vocation à financer des actions visant une meilleure répartition des professionnels / structures de santé sur le territoires, une première lecture des dépenses identifie les maisons de santé comme étant les principales bénéficiaires des crédits du FIR, loin devant les centres : les centres de santé perçoivent environ 13 % des crédits versés aux SEC jusqu'en 2021 et 25,2 % du montant total des crédits en 2022 (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 3 : Montant des crédits totaux du FIR dépensés par les ARS pour les CDS et les MSP (2019-2022) au titre des actions d'amélioration de la répartition des PS sur le territoire (mission N°3-4), en €



Source : Mission d'après données SGMAS

L'analyse de la répartition des dépenses par ARS pour les actions menées par les centres de santé au titre d'une meilleure distribution territoriale, souligne la diversité des situations au cours de la période 2019-2022 : les dynamiques en jeu sont fonction des capacités de développement des acteurs territoriaux, de facteurs exogènes (ex. crise sanitaire) ainsi que du caractère volontariste – ou non – des ARS à appuyer ce type de structures. Ainsi les ARS Bretagne, Centre Val de Loire, Hauts de France, Normandie, Corse et ultramarines se distinguent par la faiblesse des crédits ouverts en faveur des centres de 2019 jusqu'en 2022. Les ARS Grand Est, Bourgogne Franche Comté, Pays de la Loire présentent également de faibles montants jusqu'en 2022, exercice à partir duquel on note une nette augmentation des dépenses dans toutes les ARS (sauf Corse et départements ultramarins, cf. tableau ci-dessous).

Tableau 3 : Montant des crédits ouverts pour les centres de santé, dépensés et taux de consommation par ARS, au cours de la période 2019-2022, au titre des actions d'amélioration de la répartition des PS sur le territoire

Étiquettes de lignes	Somme de CP ouverts	Montants des dépenses	Taux de consommation en %
ARS Auvergne RhAlpes	3 485 957	2 850 698	81,8 %
2019	450 000	645 320	143,4 %
2020	551 231	445 972	80,9 %
2021	896 726	594 773	66,3 %
2022	1 588 000	1 164 633	73,3 %
ARS Bourg.Fran.Comté	844 474	819 474	97 %
2019	75 000	75 000	100 %
2020	75 000	75 000	100 %
2021	75 000	75 000	100 %
2022	619 474	594 474	96 %
ARS Bretagne	676 594	676 594	100 %
2020			
2021	0		
2022	676 594	676 594	100 %
ARS Centre-Val Loire	191 022	103 011	53,9 %
2019	0	0	

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

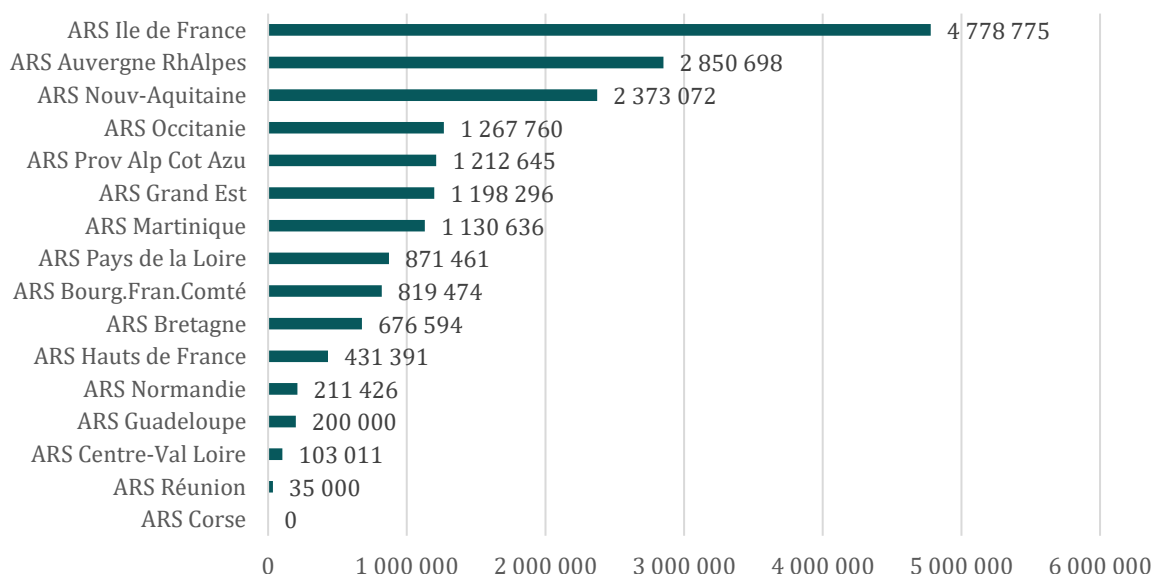
Étiquettes de lignes	Somme de CP ouverts	Montants des dépenses	Taux de consommation en %
2020	15 000	15 000	100 %
2021	0		
2022	176 022	88 011	50 %
ARS Corse	0	0	
2019	0	0	
ARS Grand Est	1 198 296	1 198 296	100 %
2019	111 215	111 215	100 %
2020	101 455	101 455	100 %
2021	156 835	156 835	100 %
2022	828 791	828 791	100 %
ARS Guadeloupe	200 000	200 000	100 %
2019	0	0	
2020	100 000	100 000	100 %
2021	0	0	
2022	100 000	100 000	100 %
ARS Hauts de France	448 000	431 391	96,3 %
2021	0	0	
2022	448 000	431 391	96,3 %
ARS Ile de France	4 259 314	4 778 775	112,2 %
2019	1 091 725	1 736 368	159 %
2020	1 544 777	461 260	29,9 %
2021	272 812	1 367 318	501,2 %
2022	1 350 000	1 213 830	89,9 %
ARS Martinique	1 299 344	1 130 636	87 %
2019	13 829	0	0 %
2020	694 843	681 014	98 %
2021	13 829	0	0 %
2022	576 843	449 622	77,9 %
ARS Normandie	211 426	211 426	100 %
2019	18 480	18 480	100 %
2020	9 660	9 660	100 %
2021	20 160	20 160	100 %
2022	163 126	163 126	100 %
ARS Nouv-Aquitaine	2 835 611	2 373 072	83,7 %
2019	860 000	354 000	41,2 %
2020	704 682	767 182	108,9 %
2021	695 465	610 465	87,8 %
2022	575 464	641 425	111,5 %
ARS Occitanie	1 467 760	1 267 760	86,4 %
2019	306 200	231 200	75,5 %
2020	135 000	110 000	81,5 %
2021	277 400	202 400	73 %
2022	749 160	724 160	96,7 %
ARS Pays de la Loire	1 074 894	871 461	81,1 %
2019	0	0	
2020	150 000	147 250	98,2 %
2021	90 000	90 000	100 %
2022	834 894	634 211	76 %
ARS Prov Alp Cot Azu	1 497 178	1 212 645	81 %
2019	195 713	166 280	85 %
2020	340 000	90 000	26,5 %

Étiquettes de lignes	Somme de CP ouverts	Montants des dépenses	Taux de consommation en %
2021	580 100	575 000	99,1 %
2022	381 365	381 365	100 %
ARS Réunion	35 000	35 000	100 %
2020	35 000	35 000	100 %
Total général	19 724 870	18 160 240	92,1 %

Source : Mission d'après données SGMAS

Sur l'ensemble de la période, trois ARS ont dépensé plus de 3 M€ en faveur des centres au titre de la mission d'amélioration de la répartition des centres de santé sur le territoire : Ile de France, Auvergne Rhône Alpes et Nouvelle Aquitaine. Si les deux premières régions se caractérisent historiquement par l'existence d'un tissu relativement dense de centres de santé, les régions Nouvelle Aquitaine et Occitanie (au 4 ème rang en termes de crédits versés) ne disposent pas d'un tel maillage (cf. carte n°1 supra), illustrant ainsi la stratégie des ARS de porter le développement de cette offre de soins sur leur territoire.

Graphique 4 : Somme des crédits versés aux centres de santé au titre des actions d'amélioration de la répartition des PS sur le territoire, par ARS, au cours de la période 2019-2022, en €



Source : Mission d'après données SGMAS

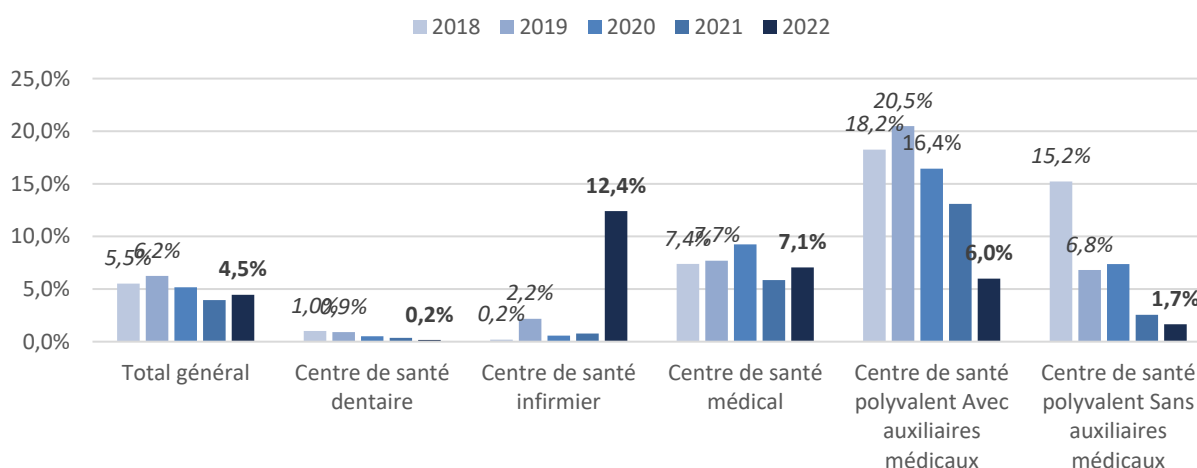
1.2.4.2 Les aides financières versées dans la base e-CDS déclarées par les ARS

La mission a analysé une partie des données de la base e-CDS, qui référencent pour chaque centre et par exercice le type et le montant des aides attribuées par l'ARS.

Au total, au cours de la période 2018-2022, pour l'ensemble des centres, quel que soit leur type, 5,1 % des centres en moyenne ont obtenu une ou plusieurs aides annuelles de l'ARS (cf. graphique ci-dessous). Les centres de santé polyvalents avec auxiliaires médicaux – qui représentent 80,7 %

des centres pluriprofessionnels en 2022⁴¹² - ont été fortement soutenus en début de période, avec entre 16,4 % et 20,5 % des centres bénéficiant d'au moins une aide entre 2018 et 2020, avant que la part des centres aidés ne rejoigne quasiment la moyenne en 2022 (6 %, cf. graphique ci-dessous). D'une manière générale, la part des centres aidés diminuent au cours de la période, à l'exception des centres de santé infirmiers, qui ont bénéficié d'une aide exceptionnelle en 2022⁴¹³.

Graphique 5 : Part des CDS ayant reçu une aide de l'ARS au cours de la période 2018-2022, par type, en %



Source : Mission à partir des données e-CDS (ont été exclus de l'analyse les centres dont le type n'était pas renseigné) – hors données ARS BFC pour l'année 2022.

Au total, 598 centres de santé, tous types confondus – certains d'entre eux se voyant renouvelé leur financement d'une année sur l'autre - ont obtenu un financement de l'ARS au cours des cinq dernières années, pour un montant total cumulé de 35 M€ et un montant moyen de 58 K€.

Tableau 4 : Nombre de centres ayant bénéficié d'un financement de l'ARS, par type, exercice, montant total, moyenne, montants minimum et maximum, en €

Type de centre et exercice	Nombre de CDS ayant perçu une aide de l'ARS	Montant total en €	Moyenne en €	Min en €	Max. en €
Centre de santé dentaire	27	2 064 227	76 453	1 156	646 248
2018	8	936 160	117 020	1 156	646 248
2019	8	435 657	54 457	10 333	184 100
2020	5	298 857	59 771	8 850	203 007
2021	4	319 475	79 869	21 600	212 875
2022	2	74 078	37 039	27 000	47 078

⁴¹² La base e-CDS ne référencent le caractère « pluriprofessionnel » des centres qu'à partir de 2021. En 2022, 80,7 % des centres polyvalents avec auxiliaire paramédical sont pluriprofessionnels, 11,5 % des centres de santé médicaux, 5,5 % des centres polyvalents sans auxiliaire paramédical.

⁴¹³ Cf. rapport d'évaluation de l'IGAS relatif aux centres de soins infirmiers.

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

Type de centre et exercice	Nombre de CDS ayant perçu une aide de l'ARS	Montant total en €	Moyenne en €	Min en €	Max. en €
Centre de santé infirmier	82	1 735 996	21 171	3 365	175 000
2018	1	47 490	47 490	47 490	47 490
2019	11	508 250	46 205	3 365	175 000
2020	3	93 688	31 229	23 088	40 600
2021	4	132 600	33 150	12 000	50 000
2022	63	953 968	15 142	4 158	40 025
Centre de santé médical	90	6 423 674	71 374	1 222	1 325 000
2018	13	671 725	51 671	3 000	209 555
2019	15	794 785	52 986	3 735	180 000
2020	22	1 100 831	50 038	1 990	180 000
2021	16	2 148 912	134 307	7 500	1 325 000
2022	24	1 707 421	71 143	1 222	755 000
Centre de santé polyvalent Avec auxiliaires médicaux	370	23 870 870	64 516	408	1 742 500
2018	79	4 481 816	56 732	1 156	1 035 898
2019	92	7 003 302	76 123	3 617	1 682 146
2020	82	4 019 289	49 016	655	1 554 139
2021	77	6 065 196	78 769	408	1 742 500
2022	40	2 301 267	57 532	2 700	558 673
Centre de santé polyvalent Sans auxiliaires médicaux	29	973 612	33 573	3 250	250 000
2018	7	141 250	20 179	3 250	50 000
2019	6	306 180	51 030	4 571	250 000
2020	9	322 871	35 875	3 250	75 000
2021	4	64 639	16 160	6 350	22 816
2022	3	138 672	46 224	40 000	50 000
Total général (total cumulé)	598	35 068 379	58 643	408	1 742 500

Source : Mission à partir des données e-CDS (ont été retraités les centres dont le type n'était pas renseigné) – hors données ARS BFC pour l'année 2022.

Les centres de santé ayant bénéficié des 10 aides totales annuelles les plus importantes au cours de la période 2018-2022 sont trois centres ultramarins (Martinique, Mayotte), deux centres franciliens et de deux centres situés dans la région Auvergne Rhône Alpes (cf. liste ci-dessous).

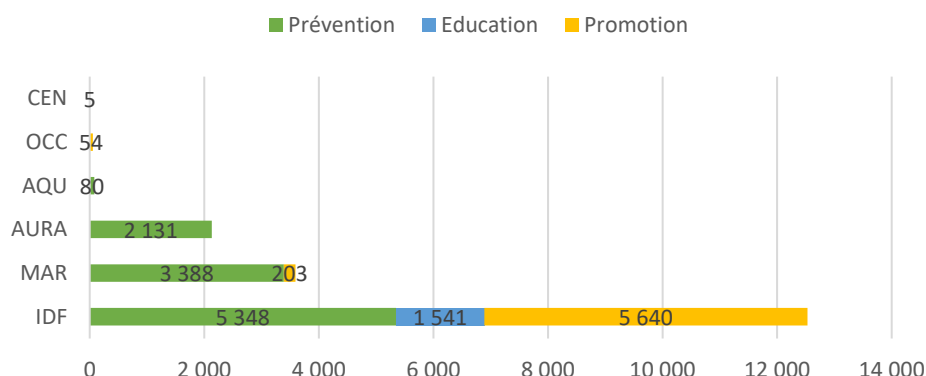
Tableau 5 : Liste des 10 aides annuelles les plus importantes attribuées au cours de la période 2018-2022, et bénéficiaires, par exercice croissant

Exercice	REGION	TYPE CDS	RAISON SOCIALE	FINESS ET	Montant total en €
2018	MAR	Centre de santé polyvalent Avec auxiliaires médicaux	CENTRE DE SANTE SHM	970206280	1 035 898
2018	MAR	Centre de santé dentaire	CENTRE DE SANTE NORD CARAIBE	970212700	646 248
2019	MAR	Centre de santé polyvalent Avec auxiliaires médicaux	CENTRE DE SANTE SHM	970206280	1 682 146
2020	MAR	Centre de santé polyvalent Avec auxiliaires médicaux	CENTRE DE SANTE SHM	970206280	1 554 139
2021	IDF	Centre de santé polyvalent Avec auxiliaires médicaux	CDS MEDICAL ALFRED FOURNIER	750011363	1 742 500
2021	IDF	Centre de santé polyvalent Avec auxiliaires médicaux	CDS MUNICIPAL PIERRE ROUQUES	940060817	439 469
2021	MAY	Centre de santé médical	UNONO WA MATSO	980502058	1 325 000
2022	AURA	Centre de santé polyvalent Avec auxiliaires médicaux	CENTRE DE SANTE PAUL SUSS	630011195	558 673
2022	AURA	Centre de santé polyvalent Avec auxiliaires médicaux	CENTRE DE SANTE FDGL SEVIGNE	690781364	444 330
2022	MAY	Centre de santé médical	UNONO WA MATSO	980502058	755 000

Source : Mission à partir des données e-CDS (ont été retraités les centres dont le type n'était pas renseigné) – hors données ARS BFC pour l'année 2022.

Au cours de la période 2018-2022, seule la moitié des ARS attribuent des aides financières aux CDS polyvalents avec auxiliaires médicaux pour rétribuer les actions menées en faveur de la prévention sanitaire, les actions d'éducation pour la santé ou de promotion de la santé (cf. graphique ci-dessous). L'absence de financement se comprend aisément, s'agissant des territoires peu ou non dotés en CDS (Corse, Centre Val de Loire, Normandie...). L'ARS Ile de France a la politique d'attribution la plus « dynamique », eu égard à son maillage territorial historique : les circuits de financement sont probablement mieux connus des centres. Les autres ARS, et notamment l'ARS Hauts de France, se distinguent par leur faible contribution financière à ces missions, qui sont pourtant, pour les centres, et d'après les textes, soit une mission obligatoire (prévention, cf. article L. 6323-1 du code de la santé publique), soit des missions facultatives (actions de santé publique et d'éducation thérapeutique, cf. article L. 6323-1-1 du code de la santé publique).

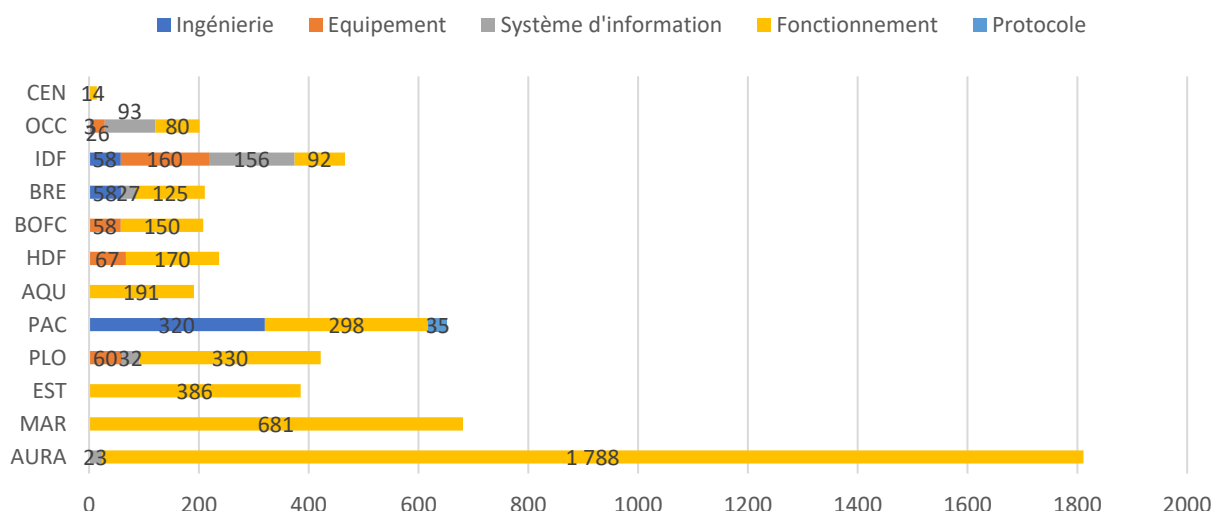
Graphique 6 : Montant cumulé des aides attribués aux CDS polyvalents avec auxiliaires médicaux par les ARS pour la prévention, la promotion et l'éducation à la santé au cours de la période 2018-2022, en K€



Source : Mission à partir des données e-CDS – hors données ARS BFC pour l'année 2022.

S'agissant des aides financières à la gestion des centres, l'ensemble des ARS métropolitaines⁴¹⁴ et l'ARS de Martinique ont attribué des subventions de fonctionnement aux centres de santé polyvalents avec aux. médicaux (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 protocole entre PS par ARS PACA pour 35 K€, cf. graphique ci-dessous).

Graphique 7 : Montant cumulé des aides attribués aux CDS polyvalents avec auxiliaires médicaux par les ARS pour l'ingénierie, l'équipement, le fonctionnement, le SI, et les protocoles entre PS au cours de la période 2018-2022, en K€



Source : Mission à partir des données e-CDS – hors données ARS BFC pour l'année 2022.

⁴¹⁴ sauf la Corse, qui ne dispose pas de CDS polyvalent.

Comme l'illustre le tableau ci-dessous, de nombreux centres voient leurs aides financières renouvelées d'une année sur l'autre au cours de la période, pour financer par exemple des actions de prévention sanitaire. C'est en particulier le cas en Ile de France, où de nombreux centres de santé municipaux bénéficient de ces subventions, au titre d'une ou plusieurs structures (ex. centre municipal P. Rouques).

Tableau 6 : Montant cumulé des aides versés aux centres polyvalents avec aux. Médical au cours de la période, en € et nombre de demandes d'aide obtenues par raison sociale (2018-2022), par ordre alphabétique

(Tableau occulté en application de l'article L.311-6 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA))

Source : Mission à partir des données e-CDS – hors données ARS BFC pour l'année 2022.

1.3 Exemples de déclinaison des stratégies poursuivies au plan territorial

La mission s'est entretenue avec cinq ARS (IDF, Hauts de France, Centre Val de Loire, Occitanie, Bourgogne Franche Comté), et a demandé à l'ensemble des ARS de bien vouloir lui communiquer les principales notes d'analyse ou stratégiques établies préalablement à la mission par les agences et/ou délégations territoriales, pour illustrer le niveau de soutien au développement des structures d'exercice coordonné sur leur territoire, le suivi des expérimentations article 51⁴¹⁵ et de la mesure « 400 MG dans les territoires prioritaires ».

1.3.1 Constats relatifs à la documentation stratégique / opérationnelle de suivi

En dehors de l'ARS Pays de la Loire, qui avait communiqué à la mission IGAS d'évaluation du financement des centres de soins infirmiers une note sur le suivi stratégique des SEC⁴¹⁶, peu de notes détaillées sont parvenues à la mission :

- l'ARS Grand Est ;
- l'ARS Hauts de France ;
- l'ARS Occitanie ;
- l'ARS Réunion.

La synthèse de ces notes (et de la documentation transmise en appui) est présentée ci-dessous.

- ARS Hauts de France

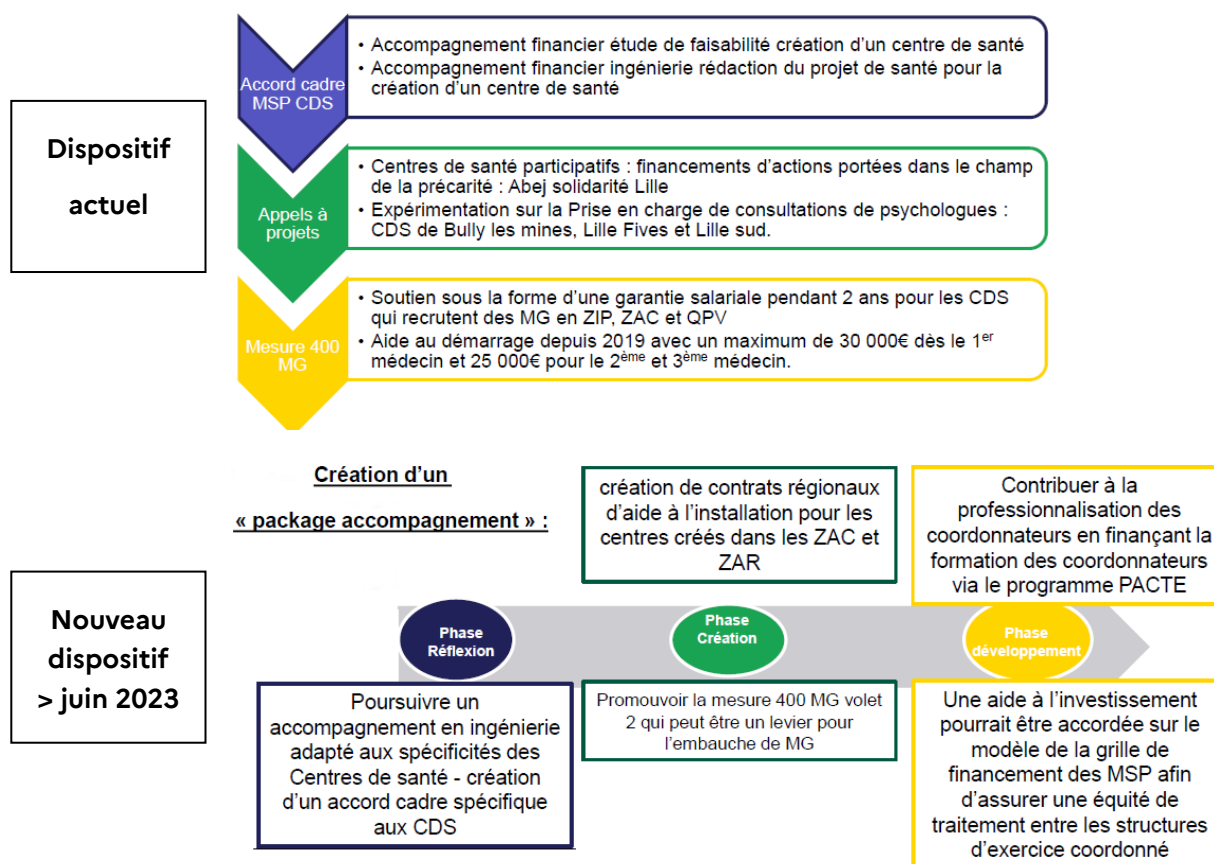
La documentation transmise par l'ARS Hauts de France met en évidence un infléchissement de sa stratégie (cf. schéma ci-dessous) visant à développer l'offre coordonnée de premier recours sur les territoires identifiés comme étant « atones » et à mettre MSP et CDS sur un pied d'égalité, les CDS (comme les MSP) étant identifiés comme des « *leviers de redensification des territoires (...) [en captant] les médecins remplaçants (salariés à temps partiel) qui refusent les contraintes libérales et [en proposant] aux médecins libéraux en fin d'exercice des solutions correspondant à leurs attentes (...) – 50 % des médecins de la région ont 55 ans ou plus* ».

Outre la mise en place d'un package « accompagnement » au niveau de celui mis en place pour les MSP, pour garantir leur viabilité économique, l'ARS envisage de s'engager dans une démarche d'expérimentation associant les collectivités locales (qui sont « en demande et la sollicitent ») et l'ensemble des acteurs locaux, couplée à des actions de communication visant à promouvoir le développement de l'exercice coordonné.

⁴¹⁵ en particulier PEPS et PRIMORDIAL ainsi que SECPA.

⁴¹⁶ Et dont les principaux éléments sont présentée en annexe de ce rapport.

Schéma 3 : Modalités d'accompagnement des CDS par l'ARS Hauts de France



Source : Mission d'après note de présentation stratégique ARS Hauts de France

En ligne avec la stratégie arrêtée, l'ARS des Hauts de France a étendu par arrêté du septembre 2023 l'aide à l'installation des médecins en CDS médicaux et pluriprofessionnelle prévue pour les zone d'intervention prioritaire (ZIP) par l'accord national entre les centres de santé et l'Assurance maladie aux zones d'actions complémentaire et aux zones d'accompagnement régional (ZAR et ZAR)⁴¹⁷.

- ARS Nouvelle Aquitaine (NA)

La stratégie poursuivie s'appuie notamment sur un rapport de l'ARS établi en 2021 relatif au « déploiement régional des Centres de Santé à professions médicales et pluri professionnels et de l'appel à candidatures de 2015 à 2020 »⁴¹⁸, qui constate un effet positif des appels à candidatures régionaux sur la création de CDS à partir de 2015 et propose d'accentuer le soutien financier des CDS en priorisant les CDS polyvalents avec auxiliaires médicaux (85 K€ au lieu de 65 K€), d'inciter à la création d'une offre pluriprofessionnelle dans les autres CDS, de développer les expérimentations de type article 51 ; et de favoriser la co-construction avec les établissements de

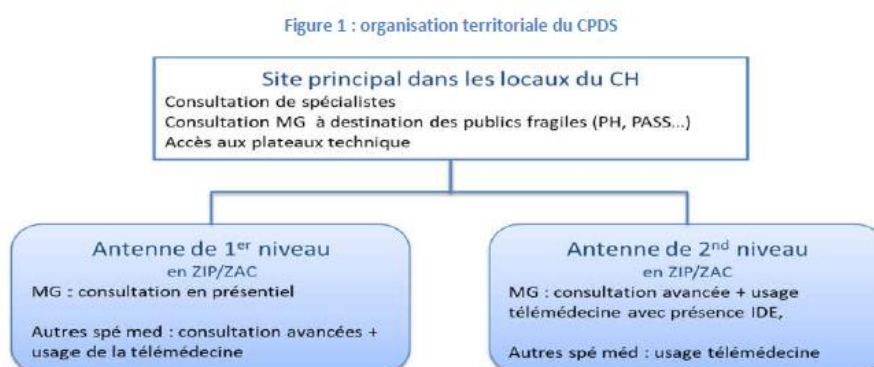
⁴¹⁷ Arrêté du 1^{er} septembre 2023 n°DOS-SDA-2023-467 du DG de l'ARS des Hauts de France.

⁴¹⁸ Rapport sur le déploiement régional des Centres de Santé à professions médicales et pluri professionnels et de l'appel à candidatures de 2015 à 2020, ARS nouvelle Aquitaine, DOSA, novembre 2021

santé et les collectivités territoriales. Ce rapport souligne toutefois l'absence de données financières disponibles, permettant d'évaluer l'état financier de ces structures⁴¹⁹.

L'ARS NA a lancé un nouvel appel à candidature de « soutien à la création et au démarrage de CDS polyvalents avec auxiliaires médicaux » en mai 2021 et a établi la même année un cahier des charges à destination des établissements de santé pour créer des « centres publics de santé » situés dans les locaux d'un CH et hors les murs (cf. schéma ci-dessous), dans le but de « *faciliter l'accès aux spécialistes à accès direct les plus rares sur le territoire d'implantation* » et de *contribuer à la réponse aux demandes de soins non programmés (SNP) en médecine générale* ».

Schéma 4 : Organisation territoriale du CPDS



Source : Cahier des charges « centre public de santé », ARS Nouvelle Aquitaine, 2021

La liste des aides et des conditions d'attributions applicables en 2022 prend acte de cette inflexion politique (cf. schéma ci-dessous).

⁴¹⁹ « Or, ce point conditionne la pérennité de l'offre alors même que les difficultés à trouver un modèle économique sont connues et décrites », note le rapport.

Schéma 5 : Liste des aides et conditions d'attribution de l'ARS NA

TYPE DE CDS	Type d'aide	Conditions d'attribution (analyse de l'éligibilité par les DD)	Montant maximal
Création d'un CDS médical (2 MG)	Aide forfaitaire au démarrage de l'activité → accordée à l'ouverture effective du centre	- Minimum 2 médecins généralistes - Mise en place d'une coordination administrative et soignante - Projet pluripro favorisant : o l'accès et la continuité des soins à toute personne (8h-20h + samedi matin) + participation PDSA ; o les prises en charges coordonnées (protocole pluripro, délégation tâche, pratique avancée, assistants médicaux, SI labélisé ANS, ...); o la mise en œuvre de missions de santé publique (dépistage, vaccination, ETP, ...); o l'accueil de stagiaire ; o l'accueil des personnes en situation de handicap (ex : consultation dédiées, formation du personnel...); o une coordination effective avec les acteurs du territoire (1 ^{er} recours, ES, ESMS, services sociaux, acteurs de la prévention, ...)	65 000€
Création d'un CDS pluriprofessionnels (2 MG + au moins 1 paraméd.)	Aide forfaitaire au démarrage de l'activité → accordée à l'ouverture effective du centre	- équilibre budgétaire sur 3 ans - Engagement : signature de l'accord national des CDS pluripro	85 000€
Evolution d'un CDS monocatégoriel en CDS pluriprofessionnel (2MG + au moins 1 paraméd.)	Aide à l'évolution de l'activité contribuant à la pratique pluripro → accordée à la prise de poste effective du méd/paraméd	- Mettre en place des protocoles de soins pluripro (petite traumatologie, suture, plâtre, ...) - Mettre en place, parmi les 6 protocoles nationaux de soins non programmés, ceux relevant des professions présentes dans le CDS (annexe 1) - Communiquer auprès des usagers et des acteurs de prise en charge (Centre 15/SDIS, EHPAD, CPTS, ...) - Si volontaire, intégrer la formation « médecin correspondant du SAMU »	20 000€
Création d'une salle de petites urgences (cumulatif) (CDS médicaux et pluripro)	Aide à la mise en place des moyens techniques et organisationnels		Forfait de 3 000€

Source : « Doctrine de financement des Centres De Santé (CDS) applicable au 1er janvier 2022 », ARS NA

● ARS Occitanie

L'ARS Occitanie a établi une note spécifique à la suite de la demande de documentation de la mission, qui fait état d'une trajectoire positive de création de centres de santé portés notamment par des collectivités territoriales (« Par exemple les communes de Tarbes, Port la Nouvelle, Lavelanet, Saint Clar, Aureilhan, Juillan, Capestang, Elne... ou encore le Département du Gers et la Région Occitanie (GIP ma Santé, ma Région) »)⁴²⁰ et fait état d'un tissu relativement dynamique (participation des CDS à de nombreuses expérimentations article 51).

L'ARS Occitanie peut attribuer une aide au démarrage pour la coordination et le travail en commun des professionnels, de 50 000 € pour les centres de santé pluriprofessionnels (au moins deux médecins et un auxiliaire médical salariés), installés en ZIP, ZAC ou QPV. En 2020 et 2021, une subvention intermédiaire de 20 000 € pouvait être allouée aux CDS médicaux⁴²¹.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la mesure « 400 MG » (comme dans toutes les ARS) et en complément de cette mesure, « L'ARS a fait le choix d'accompagner les gestionnaires (collectivités, associations, Région...) en prenant en charge les charges patronales (contrat bipartite ARS – employeur) pendant deux ans pour chaque poste de médecin. La prise en charge est plafonnée à 2 170 € par mois pour un temps plein. Cette prise en charge est accordée même si le salaire plancher n'est pas atteint. Depuis 2019, 56 contrats ont été signés ».

⁴²⁰ Source : note ARS Occitanie, Direction du Premier Recours, Pôle Soins primaires, 4/9/2023

⁴²¹ Source : note ARS Occitanie, Direction du Premier Recours, Pôle Soins primaires, 4/9/2023

En juillet 2023, l'ARS a signé un CPOM 2023-2024 avec la FNCS afin d'appuyer la démarche de déploiement des centres de santé polyvalents en Occitanie.

- ARS Réunion

La note établie par l'ARS de la Réunion en juillet 2023 relative à l'exercice coordonné fait état d'une dynamique de création des CDS en ligne avec celle attendue : « *l'accompagnement financier par l'ARS depuis 2019 concerne d'une part les aides au démarrage (indemnisation du temps dédié des PS, du SI labellisé, du montage en SISA) et aides à l'équipement (matériel informatique, matériel de prise en charge des patients). Les aides au démarrage s'élèvent à 20 K€ pour les MSP et 35 K€ pour les CDS médicaux et polyvalents sur tout le territoire ainsi qu'aux CDS dentaires situés en zone sous dense (ZIP, ZAC et QPV)* »⁴²².

- ARS Guyane

L'ARS de la Guyane a communiqué l'appel à manifestation d'intérêt régional publié en juin 2023, en trois lots dont l'un d'entre eux est consacré à la création de structures de soins de premier recours et notamment de « *centres de santé, centres de soins non programmés, prioritairement sur les secteurs Ile de Cayenne, Kourou, Sinnamary et Saint-Laurent-du-Maroni* ».

- ARS Grand Est

La note de l'ARS Grand Est souligne le caractère prioritaire du développement des MSP, dans le cadre des objectifs fixés par le gouvernement affirmées par la stratégie « Ma santé 2022 » et dans le cadre du plan national d'atteinte de 4 000 MSP d'ici 2027. Elle développe de manière détaillée les aides financières et méthodologiques accordées aux maisons de santé dans ce cadre et évoque au passage, l'aide accordée aux centres (aide financière au démarrage pour les CDS polyvalents⁴²³).

- ARS Ile de France

L'ARS Ile de France n'a pas communiqué à la mission de note stratégique ou opérationnelle établie récemment ou ces dernières années, en lien avec la mission. Elle a transmis plusieurs documents qui permettent d'en déduire la stratégie poursuivie depuis une dizaine d'années et formalisée au départ dans le SROS 2013-2017 de l'ARS IDF. Ce schéma faisait de la promotion, de l'implantation et du maintien des structures coordonnées le deuxième axe de priorité de son volet ambulatoire, avec une priorité donnée aux maisons de santé⁴²⁴.

Parallèlement, au cours de la dernière décennie l'ARS a poursuivi une politique de promotion et d'accompagnement à la création de CDS en Ile de France et a réalisé / fait réaliser plusieurs études qui demeurent d'actualité⁴²⁵ :

- Mise en place des indicateurs de performance et calcul de gain pour l'accompagnement des CDS, 14/1/2014, ARS IDF/cabinet Referis,

⁴²² Note relative à l'exercice coordonné à la Réunion, ARS de la Réunion, DAPTS, 7 juillet 2023.

⁴²³ Note « Accompagnement des structures d'exercice coordonné », ARS Grand Est, Direction de l'offre sanitaire et Direction des soins de proximité, 26/6/2023.

⁴²⁴ ex. Cahier des charges d'avril 2015

⁴²⁵ Postérieurement à « La place des centres de santé dans l'offre de soins parisienne, étude portant sur 18 centres de santé », Richard Bouton Consultants/Alain Coulomb consultants/Ville de Paris-CPAM, juillet 2010

- Assistance au suivi de l'accompagnement des centres de santé dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique, rapport ARS IDF, septembre 2014, ayant donné lieu à la création d'une « boîte à outils » toujours en ligne [mais non actualisée];
- Etude et analyse des conditions favorables à l'implantation de centres de santé en Ile de France, ARS IDF/cabinet PWC, juillet 2015 ;
- Etude et analyse des conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé, rapport ARS IDF, décembre 2016.

L'ARS lance des appels à projet à partir d'avril 2018 et en 2019 intitulés « développement, soutien et pérennisation des centres de santé en IDF ».

Le SRS de l'ARS IDF 2018-2022 n'évoque pas spécifiquement le cas des centres de santé, hormis une allusion aux CDS participatifs ou universitaires⁴²⁶, ou pour souligner leur état de vétusté⁴²⁷ : la priorité accordée au maillage du territoire francilien par des maisons de santé y est confortée mais il est acté que le rythme et la durée nécessaire à leur création s'avère insuffisant pour résoudre les difficultés croissantes de l'offre de ville en IDF : aussi, le SRS prévoit, dans son volet ambulatoire du schéma régional d'investissement en santé la mise en œuvre d'un dispositif de soutien à l'investissement immobilier de 50 M€ pour les « équipes de professionnels de santé ayant un projet d'exercice collectif et coordonné »⁴²⁸, de manière indifférenciée.

Le projet régional de santé 2023-2028 prévoit d'accentuer la stratégie francilienne de renforcement de l'offre de soins coordonnée pour les territoires déficitaires par « *un accompagnement humain renforcé pour « aller-vers » [et] un soutien financier croissant en fonction de la gravité de la démographie des omnipraticiens sur le territoire en se fondant sur le zonage des médecins libéraux* ».

- Enfin, en région Pays de la Loire, la note communiquée à l'IGAS pour l'établissement du rapport sur les centres de soins infirmiers faisait état au 30/04/2022 d'un objectif de création du nombre de centres de santé pluriprofessionnels en deçà de celui attendu (10 centres créés, dont quatre ont été créés par médicalisation de centres de soins infirmiers associatifs, pour un objectif cible de 23). L'ARS attribuait les difficultés financières en dépit des aides accordées par l'ARS au « modèle économique déficitaire » et considérait nécessaire de travailler sur « *les conditions de pérennisation de ces centres et d'équilibre de l'activité médicale [Seuil du nombre de médecins (3 ou 4 ETP), conditions de réduction des délais de montée en charge de l'activité médicale : anticipation de l'ouverture (communication, prises de rendez-vous en amont), réduction du délai entre départ d'un médecin libéral et recrutement d'un médecin salarié (reprise de patientèle), niveau de rémunération, réduction des charges fixes]*. Au vu de ces constats, l'ARS PDL envisageait de financer :
- Une subvention d'accompagnement méthodologique par les fédérations, notamment une subvention de 150 K€ avec C3SI, signataire d'un CPOM avec l'ARS depuis 2020, pour « animer le réseau, accompagner les centres de santé

⁴²⁶ Pages 56 et 62 du SRS ARS IDF 2018-2022.

⁴²⁷ Dernière page du SRS

⁴²⁸ Avant dernière page du SRS.

adhérents (notamment pour le recrutement de médecins), développer le réseau et sa visibilité, Déployer des projets collectifs en région (actions de prévention, ETP...) »

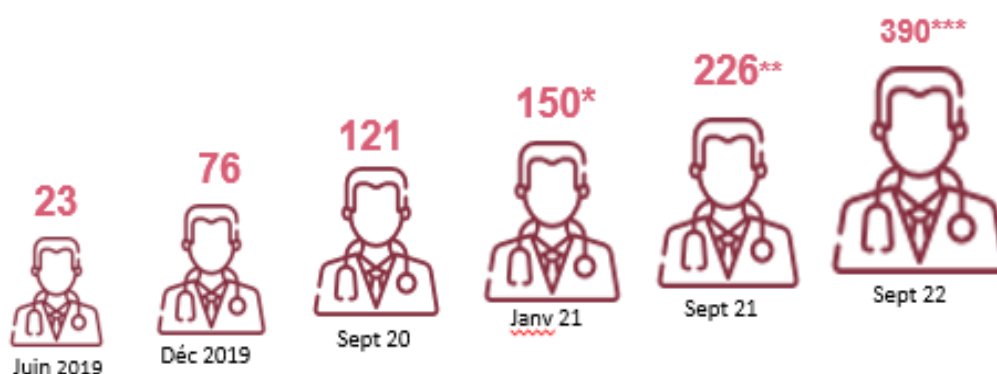
- Plusieurs types d'aide aux centres de santé pluriprofessionnels :
 - Aides au démarrage (acquisition de matériel, aménagement des locaux...) : aide forfaitaire de 30 000 €,
 - Aide à l'acquisition d'un SI labellisé par l'ANS : aide forfaitaire de 15 000 € + 1000 € par licence plafonnée à 50 000 €,
 - Subvention d'équilibre les deux premières années d'exercice sur le déficit constaté dans la limite de 30 000 € par an.

Ces aides d'accompagnement des CDS pluriprofessionnels, toutes zones confondues, seraient soumises à plusieurs critères d'éligibilité (au moins 2 médecins et 1 IDE, projet de santé, adhésion CPTS, mise en place d'actions de prévention...).

1.4 La mesure «400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires» n'a pas rencontré son public

Le bilan établi en septembre 2022 par la DGOS fait état d'un objectif atteint en termes de recrutement, si on additionne le nombre de postes pourvus avec ceux projetés à la même date (413 à fin septembre 2022), grâce au succès du volet 2 dédié au salariat. 70 % des recrutements concernent des médecins salariés.

Schéma 6 : Nombre de postes totaux pourvus et bénéficiant de la mesure « 400 MG » (septembre 2022)



Source : Bilan septembre 2022 DGOS - * Reprise des données de sept.20 pour Bretagne, CVL, Corse, Martinique, Guadeloupe et Guyane ** Données manquantes : Ile de la réunion, Guyane *** Reprise données sept 21 pour PDL (volet 1)

Toutefois ce succès demeure relatif :

- le volet 1 n'a pas rencontré le succès escompté, sauf en Ile de France, et auprès des CHU ;
- le volet 2 a compensé le déficit de recrutements du volet 1, avec 116 recrutements assurés par trois régions (Occitanie, Auvergne – Rhône Alpes, Bourgogne Franche Comté, cf. carte ci-dessous).

La répartition des aides s'avère très inégale selon les régions, comme le montre la carte ci-dessous. La DGOS constate « des recrutements effectifs au bénéfice en particulier des zones rurales (99 postes sur les 2 volets , hors données ARA volet 2) »⁴²⁹.

Carte 6 : Répartition régionale des postes sur les 2 volets de la mesure « 400 MG » (septembre 2022)



Source : Bilan septembre 2022 DGOS - * Reprise des données de sept.20 pour Bretagne, CVL, Corse, Martinique, Guadeloupe et Guyane ** Données manquantes : Ile de la réunion, Guyane *** Reprise données sept 21 pour PDL (volet 1)

Ce constat est conforté par une analyse des dépenses du FIR cumulées au cours de la période 2019-2022 au titre de la mesure « 400 MG », qui recense les montants dépensés lorsque la garantie de ressources a été mise en jeu. Le montant de crédits ouverts variait considérablement selon les régions (entre 0 € en région Centre Val de Loire et près de 3 M€ pour la région Auvergne Rhône Alpes). La garantie de ressources n'a pas ou a peu été actionnée dans certaines régions manquant le plus de professionnels de santé (Centre Val de Loire, Hauts de France, Normandie, Grand Est, Ile de France...), comme en atteste les montants des crédits ouverts et/ou des taux de consommation faibles, voire nuls (cf. tableau ci-dessous). La garantie a plus souvent joué dans les régions littorales ou du sud de la France (Occitanie, Pays de la Loire, Provence Alpes Côte d'Azur), dont les territoires sont, comparativement à d'autres régions, mieux dotés en professionnels de santé.

⁴²⁹ Bilan DGOS septembre 2022

Au total, la garantie de ressources a été fortement sollicitée, puisque 60 % des crédits ouverts ont été effectivement consommés au cours de la période.

Tableau 7 : Somme des crédits ouverts et décaissés du FIR pour la mesure « 400 médecins généralistes », 2019-2022, par ARS, en € et taux d'exécution en %

ARS	Crédits ouverts	Crédits décaissés	Taux exécution en %
ARS Auvergne RhAlpes	2 971 014	1 316 628	44,3
2019	448 000	46 656	10,4
2020	748 000	182 657	24,4
2021	650 840	575 095	88,4
2022	1 124 174	512 220	45,6
ARS Bourg.Fran.Comté	1 312 234	826 702	63,0
2019	50 000	32 035	64,1
2020	400 000	103 826	26,0
2021	356 234	356 234	100,0
2022	506 000	334 607	66,1
ARS Bretagne	1 063 902	472 750	44,4
2019	179 000	0	0,0
2020	240 000	87 808	36,6
2021	430 000	170 040	39,5
2022	214 902	214 902	100,0
ARS Corse	40 089	0	0,0
2019	40 089	0	0,0
2020	0	0	
ARS Grand Est	30 108	30 108	100,0
2019	30 000	30 000	100,0
2020	108	108	100,0
2021	0	0	
2022	0	0	
ARS Guadeloupe	128 222	112 320	87,6
2019	0	0	
2020	0	0	
2021	32 457	16 555	51,0
2022	95 765	95 765	100,0
ARS Hauts de France	633 970	275 220	43,4
2019	157 000	90 000	57,3
2020	216 970	97 445	44,9
2021	110 000	36 454	33,1
2022	150 000	51 321	34,2
ARS Ile de France	196 667	74 205	37,7
2019	39 395	39 394	100,0
2020	35 039	29 573	84,4
2021	22 233	5 237	23,6
2022	100 000	0	0,0
ARS Normandie	405 864	233 752	57,6
2019	0	0	
2020	100 000	31 500	31,5
2021	155 864	155 864	100,0
2022	150 000	46 388	30,9
ARS Nouv-Aquitaine	833 852	258 697	31,0
2019	192 000	0	0,0

RAPPORT IGAS N°2023-034R (ANNEXES)

ARS	Crédits ouverts	Crédits décaissés	Taux exécution en %
2020	92 000	70 076	76,2
2021	399 852	137 177	34,3
2022	150 000	51 444	34,3
ARS Occitanie	1 394 367	1 375 579	98,7
2019	13 983	13 983	100,0
2020	235 218	216 531	92,1
2021	558 582	558 582	100,0
2022	586 583	586 483	100,0
ARS Pays de la Loire	1 602 998	1 337 346	83,4
2019	301 998	301 998	100,0
2020	205 000	205 000	100,0
2021	466 000	464 615	99,7
2022	630 000	365 733	58,1
ARS Prov Alp Cot Azu	160 217	123 906	77,3
2019	25 000	20 000	80,0
2020	105 000	73 689	70,2
2021	29 270	29 270	100,0
2022	947	947	100,0
Total général	10 773 505	6 437 212	59,8

Source : Mission à partir des données SGMAS – L'ARS Centre Val de Loire ne figure pas dans ce tableau, dès lors qu'aucun crédit n'a été ouvert au cours de la période, de même que pour les ARS Martinique, Réunion, Guyane.

Au bout de quatre ans, le constat est le suivant :

- L'aide accordée aux jeunes généralistes installés en ville ou en structure coordonnée pour aller travailler à l'hôpital n'a pas rencontré son public, en particulier libéral ;
- Le niveau de consommation de la garantie de ressources sur le volet 2 interroge, puisqu'il montre que l'aide accordée à la création de postes de médecins généralistes salariés dans des centres de santé, n'a pas permis aux médecins bénéficiaires d'atteindre le niveau minimal d'activité attendu dans de nombreux cas. En l'absence de contrôle des déclarations de ressources, cette situation témoigne d'une production moindre des professionnels de santé salariés que des professionnels libéraux, ou de déclarations de ressources erronées ;
- Un possible effet d'aubaine rapporté dans certaines régions, la fin du versement de l'aide coïncidant avec la rupture du contrat de travail du médecin généraliste, avant le recrutement d'un nouveau médecin – éligible à l'aide.

Le rapport d'évaluation des CSI évoquait spécifiquement la situation de l'ARS PDL, qui a dépassé son objectif de signatures, avec 14 conventions signées au 30/4/2022 (objectif initial de 10, cf. encadré ci-dessous).

Le cas de la région Pays de la Loire

Cette mesure s'est traduite localement, depuis début 2020 dans la région Pays de la Loire, par le subventionnement de cinq centres de santé : trois centres médicaux et deux centres pluriprofessionnels récemment transformés. Son coût a représenté pour l'ARS Pays de la Loire (PDL) 436 K€ prélevés sur le FIR entre le 1er janvier 2020 et le 15 mai 2022⁴³⁰. L'ARS note qu'« en dépit de cet accompagnement, nous constatons que certains centres de santé n'atteignent toujours pas leur seuil de rentabilité optimale au bout des deux années, alors même qu'ils sont situés en zone fragile »⁴³¹. L'ARS PDL note par exemple que pour trois conventions ayant pris fin entre janvier et mars 2022, même après deux années complètes d'accompagnement, la moyenne du nombre de consultations trimestrielles par ETP de médecin s'élève à 759, alors que le seuil de consultations trimestriel à atteindre est estimé à 1 089 (ce nombre permet uniquement de couvrir le salaire versé au médecin et n'inclue aucunement les autres charges administratives du centre de santé)⁴³².

En 2022, l'ARS PDL envisageait d'adapter la mesure en apportant les modifications suivantes :

Limitation du nombre de conventions en cours à deux par centre de santé, avant atteinte du nombre de consultations nécessaires pour couvrir le salaire garanti ;

Fixation d'objectifs à la structure en termes de développement ou de modes d'organisation. Ces objectifs feront l'objet d'un accompagnement proposé par l'ARS avec des points de suivi semestriels,

Suppression de l'aide au démarrage ciblée sur l'informatisation du centre,

Limitation de la durée de la prise en charge, en cas d'incapacité pour cause de maladie ou maternité à 3 mois par arrêt pour chaque cause d'incapacité ;

Nécessité pour le médecin concerné d'avoir exercé au moins 1 trimestre avant le début de son arrêt maternité et/ou maladie et d'avoir atteint les seuils de consultations fixés dans la convention au cours dudit trimestre.

Source : Rapport IGAS CSI

Le dispositif existant pour les jeunes médecins libéraux – non accessible aux médecins salariés - est déployé dans toutes les ARS : la garantie de revenus prend la forme d'un « contrat de début d'exercice »⁴³³, qui a été mise en place depuis 2020 pour inciter les jeunes médecins libéraux (ou médecins remplaçants) à s'installer dans des zones fragiles en matière d'offre de soins, sous réserve notamment de s'inscrire dans un dispositif d'exercice coordonné (équipe de soins primaires, une maison de santé, une communauté professionnelle territoriale de santé, un centre de santé...). Son taux de consommation s'établit entre 5 % et 100 % selon les ARS (cf. tableau ci-dessous).

⁴³⁰ La plus grosse partie des dépenses sur cette mesure (280 K€) concerne les 2 centres de santé médicaux portés par le Conseil départemental de la Vendée.

⁴³¹ Note sur le développement et le suivi des centres de santé, ARS Pays de la Loire, non datée.

⁴³² Source : ARS

⁴³³ Contrat qui homogénéise des contrats existants (PTMG, PTMA, PTMR et PIAS) en les regroupant en un contrat unique d'une durée de 3 ans, non renouvelable. Cf. décret n° 2020-1666 du 22 décembre 2020 relatif au contrat de début d'exercice prévu à l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique. Cf. <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/contrat-de-debut-d-exercice-cde/CDE>.

Tableau 8 : Somme des crédits ouverts et décaissés du FIR pour la mesure « contrat de début d'exercice », 2022, par ARS, en € et taux d'exécution en % (première année de déploiement)

Étiquettes de lignes	Crédits ouverts	Crédits dépensés	Taux exécution en %
ARS Auvergne RhAlpes	1 808 900	685 104	37,9
ARS Ile de France	463 789	241 406	52,1
ARS Occitanie	183 351	182 619	99,6
ARS Bourg.Fran.Comté	150 000	119 830	79,9
ARS Centre-Val Loire	126 000	110 892	88,0
ARS Grand Est	110 441	110 441	100,0
ARS Nouv-Aquitaine	150 000	107 316	71,5
ARS Prov Alp Cot Azu	89 504	89 504	100,0
ARS Bretagne	79 860	79 860	100,0
ARS Pays de la Loire	60 000	78 046	130,1
ARS Hauts de France	150 000	75 783	50,5
ARS Guadeloupe	70 398	70 398	100,0
ARS Normandie	50 000	46 813	93,6
ARS de Mayotte	34 926	16 202	46,4
ARS Corse	11 109	7 629	68,7
ARS Réunion	1 000	400	40,0
ARS Martinique	2 000	100	5,0
Total général	3 541 278	2 022 343	57,1

Source : Mission à partir des données SGMAS (exécution FIR)

ANNEXE 7 : Présentation de quelques leviers d'optimisation des recettes des centres

Cette annexe présente une série (non exhaustive) de leviers qui sont autant de facteurs d'optimisation des recettes des centres de santé, qu'ils soient internes (ex. plages d'ouverture) ou externes (ex. ouverture de l'accès aux téléservices par l'Assurance maladie). Elle ne présente pas les leviers qui jouent sur les dépenses (ex. gestion RH du temps partiel des praticiens, rentabilisation des investissements/plateaux techniques, immobilier / vétusté des locaux, tiers payant intégral...).

Une série de rapports ont été établis à cet effet, qui ont analysé tout ou partie des leviers sur lesquels les centres peuvent jouer, en recettes comme en dépenses, pour équilibrer leur situation financière : en l'absence d'évolution majeure du modèle économique depuis leur parution, leurs propositions – même en l'absence d'actualisation des données – demeurent en grande partie d'actualité.

Bibliographie

« Centres de santé pluriprofessionnels - Leviers et bonnes pratiques organisationnelles en faveur de l'équilibre économique », ANAP, juin 2021⁴³⁴

« Guide de bonnes pratiques pour accompagner les centres de santé existants », COACTIS Santé / Mutualité française et réseau national des centres de santé mutualistes, avril 2012⁴³⁵

« Mise en place des indicateurs de performance et calcul de gain – Accompagnement des centres de santé d'Ile de France », REFERIS Management consulting / ARS Ile de France, 14/01/2014⁴³⁶

« 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 2013⁴³⁷

⁴³⁴ <https://www.anap.fr/s/article/parcours-publication-2800>

⁴³⁵ <https://www.apmnews.com/Documents/cdsguidesynthtiquebonnespratiques.pdf>

⁴³⁶ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/1518/download?inline>

⁴³⁷ https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf

SOMMAIRE

ANNEXE 7 : PRESENTATION DE QUELQUES LEVIERS D’OPTIMISATION DES RECETTES DES CENTRES	461
1 LEVIERS INTERNES	463
1.1 LE NOMBRE DE CONSULTATIONS MOYEN PAR HEURE EST UNE DONNEE ESSENTIELLE MAIS QUI N’EST PAS SUIVI AU NIVEAU DE CHAQUE PRATICIEN.....	463
1.2 LE SUIVI DES RENDEZ-VOUS NON HONORES ET EXCUSES DOIT ETRE RIGOUREUX POUR MINIMISER LE TAUX DE NON REMPLACEMENT.	466
1.3 UNE CODIFICATION / COTATION DES ACTES SOUS OPTIMALE EST A L’ORIGINE D’UNE SOUS FACTURATION DES SOINS.	469
1.4 LE TAUX DE FSE SECURISEES EST TRES INFERIEUR A CELUI DES PROFESSIONNELS LIBERAUX.	470
1.5 LES TAUX DE REJETS SONT EGALEMENT SENSIBLEMENT PLUS ELEVES.	472
1.5.1 <i>Les contrôles de l’Assurance maladie pour éviter de procéder à un double paiement viennent augmenter le taux de rejet.</i>	474
1.6 UNE PARTIE DES CENTRES RENONCENT AU BENEFICE DE LA SUBVENTION TEULADE	475
1.7 ETENDRE LES PLAGES HORAIRES D’OUVERTURE.....	478
1.8 LES CENTRES ONT LA POSSIBILITE DE FOURNIR DES PRESTATIONS ACCESSOIRES AUX SOINS MEDICAUX DE PREMIER RECOURS.....	478
2 FACTEURS EXOGENES / LEVIERS EXTERNES.....	479
2.1 LA PART DE LA PATIENTELE VULNERABLE EST PLUS IMPORTANTE DANS UNE PARTIE DES CENTRES DE SANTE.....	480
2.2 UNE PARTIE DES ACTES REALISES LE SONT A TITRE GRATUIT	484
2.3 LES SOLUTIONS LOGICIELLES OFFERTES PAR LES EDITEURS SONT EN RETRAIT PAR RAPPORT A CELLES OFFERTES AUX PROFESSIONNELS LIBERAUX.	484
2.4 LES TELESERVICES (VIA AMELI PRO) ONT ETE TARDIVEMENT OUVERTS AUX CENTRES PAR L’ASSURANCE MALADIE.	485
2.5 LA PROCEDURE DE TELEDECLARATION DU CHOIX DE MEDECIN TRAITANT MANQUE DE FIABILITE.	486

1 Leviers internes

1.1 Le nombre de consultations moyen par heure est une donnée essentielle mais qui n'est pas suivi au niveau de chaque praticien.

Dans un modèle économique de tarification à l'acte, plus le nombre de consultations et d'actes est important, plus le nombre d'heures travaillées est élevé, plus les honoraires versés aux professionnels libéraux ou à la structure sont élevés : le premier levier pour assurer l'équilibre de ce modèle est d'assurer un nombre minimal d'actes, indépendamment du volume d'heures / de jours travaillé(e)s, dont les recettes permettent de couvrir les charges générées par l'activité.

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

- Elle suppose de réduire la durée des consultations afin de réaliser un nombre maximum d'actes. Or, plus la situation du patient est complexe, plus la durée de la consultation est longue. 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 (ce qui est le profil de patientèle recherché par la plupart des centres de soins non programmés). En pratique, le traitement discriminatoire des patients est déontologiquement interdit : toutefois un professionnel de santé peut refuser de prendre en charge un patient en faisant jouer sa clause de conscience, sauf en cas d'urgence ou dans le cas où il manquerait à son devoir d'humanité⁴³⁸. Toutefois, plusieurs responsables de centres (personnels médicaux) ont signalé recueillir une patientèle plus complexe, notamment parce que certains professionnels orientent la plus difficile sur leur centre (professionnels libéraux débordés et/ou privilégiant une patientèle plus « simple ») ;
- l'analyse et la mesure de la productivité d'un médecin, si elle n'est pas interdite, ne peut cependant 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 soins⁴³⁹.

En pratique, 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.

⁴³⁸ Cf. code de déontologie médicale.

⁴³⁹ Cf. code de déontologie médicale.

Des gestionnaires rapportent que les jeunes médecins attirés par le salariat ont une conception de leur métier qui les incite à « prendre leur temps » pour écouter et soigner le patient – ce qui, dans un centre, les conduit à réaliser 20 consultations par jour en moyenne (entre 2,5 et 4 par heure, selon les praticiens), quand le point d'équilibre calculé par ce gestionnaire s'établit à 30 actes de consultation simple. Le nombre de consultations moyen pour parvenir à une situation d'équilibre économique varie toutefois selon les centres. Plusieurs interlocuteurs citent – « à dire d'expert » - comme point (moyen) d'équilibre pour les centres de santé la réalisation de quatre consultations simples par heure en moyenne, au minimum. En pratique, le plus souvent, le nombre de consultations par heure par praticien a été fixé à trois dans la plupart des centres rencontrés (mais ce chiffre n'est pas représentatif de l'ensemble des centres), le plus souvent justifié par le caractère vulnérable de la patientèle, c'est-à-dire une consultation toutes les 20 minutes.

Ce chiffre n'est pas éloigné de la durée moyenne de consultation déclarée par les médecins généralistes libéraux à la DREES en 2019, qu'ils établissent en moyenne à 18 minutes. Leur durée de travail hebdomadaire des MG libéraux est en revanche en moyenne supérieure à celle de travailleurs salariés : ils 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 praticiens⁴⁴⁰.

A l'étranger, la durée des consultations et le nombre de consultations par jour par praticien varie sensiblement selon les pays et les organisations (encadré ci-dessous).

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 est estimée 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.

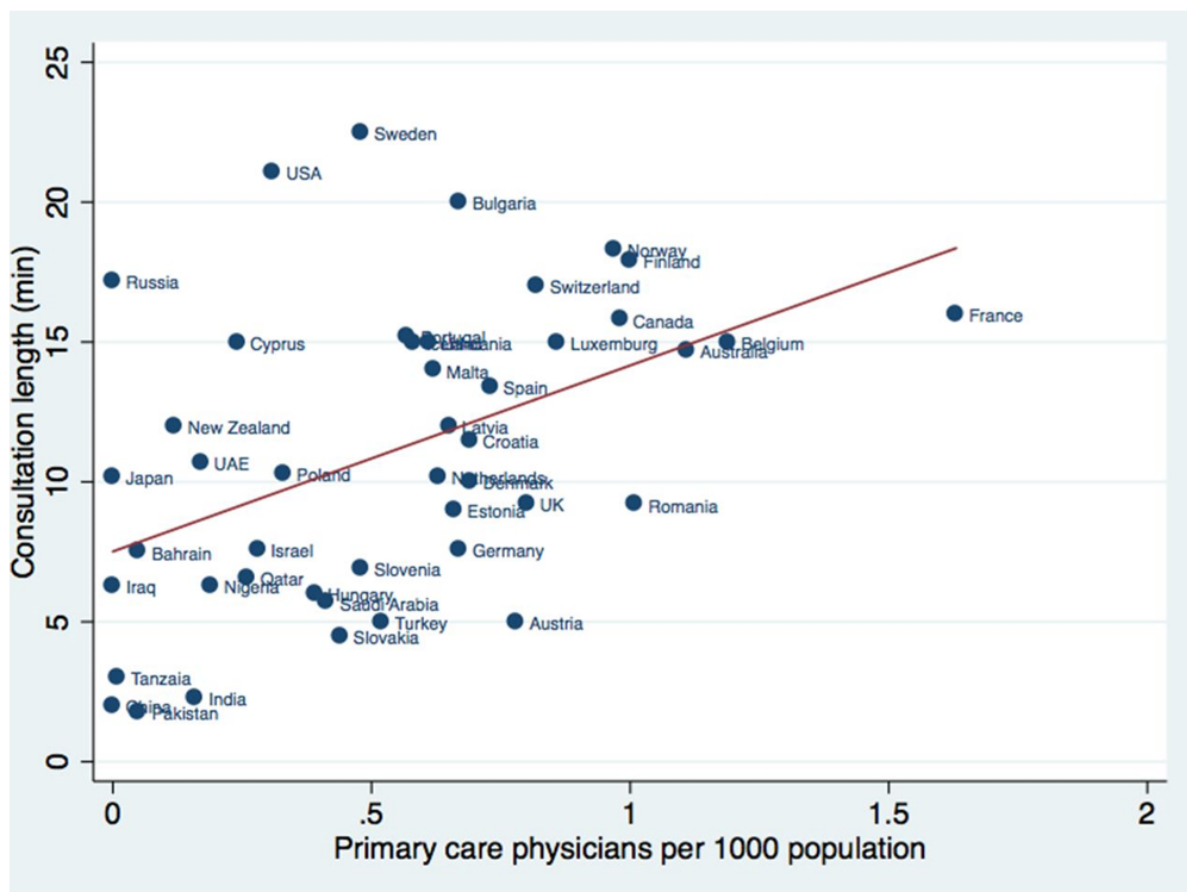
Aux Etats Unis, une enquête récente (2018) montre qu'un médecin généraliste voit en moyenne 11 à 20 patients par jour, 1,3 % des médecins interrogés voient entre 51 et 60 patients par jour. Cette enquête révèle également que la majorité des médecins généralistes passent en moyenne entre 17 et 24 minutes avec chaque patient.

Source : *Annexe comparaisons internationales*

⁴⁴⁰ Etudes et résultats n°1113, DREES, mai 2019.

Comme le montre le graphique ci-dessous, la France se distingue nettement des autres pays étudiés ci-dessous par une durée de consultation longue, par rapport la densité de la population des médecins de premier recours. La durée d'une consultation en France est comparable à celle d'une consultation en Belgique, Australie, Canada ; elle est même plus courte qu'une consultation en Suède (où les médecins ne voient que les cas les plus « graves »), aux Etats Unis, en Bulgarie ; mais elle est deux fois plus longue qu'en Allemagne, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas.

Graphique 1 :Durée moyenne des consultations par rapport à la densité des médecins de premier recours pour 1 000 habitants



Greg Irving et al. *BMJ Open* 2017;7:e017902

Source : Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al *International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries*

Au final, la durée d'une consultation dépend de plusieurs facteurs, sur lesquels le centre n'a que peu de prise : la diversification de la patientèle, la prise en charge de consultations non programmées, ou la réalisation de téléconsultations, peuvent permettre de prendre en charge des pathologies moins lourdes (petites urgences, « bobologie »...) réputées moins consommatrices en temps.

1.2 Le suivi des rendez-vous non honorés et excusés doit être rigoureux pour minimiser le taux de non remplacement.

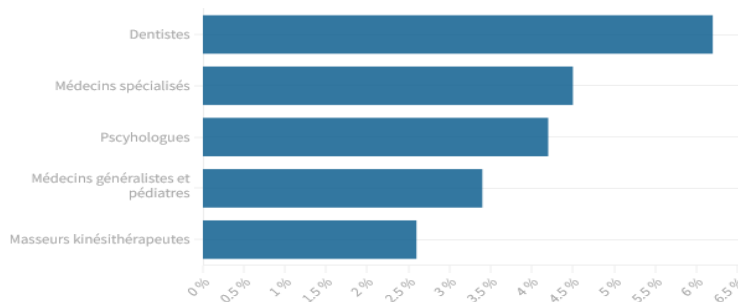
Dans un modèle économique de tarification à l'acte, plus le nombre de consultations et d'actes est important, plus les honoraires versés aux professionnels libéraux ou à la structure sont élevés : l'un des leviers de l'optimisation de l'activité est de s'assurer du bon remplissage des agendas et de la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

Lorsqu'un rendez-vous n'est pas honoré, ou annulé trop tardivement pour pouvoir bénéficier à un autre patient, la perte de temps qui en découle pour le professionnel de santé, en sus de la perte de chance pour un autre patient dans les territoires « en tension », se traduit aussi par une perte de revenus pour les professionnels de santé tarifés à l'acte, qu'ils soient libéraux ou salariés en centre de santé.

D'après l'Assurance maladie, 5 % des Français reconnaissent avoir manqué au moins un rendez-vous chez le médecin sans l'avoir annulé au cours de l'année et les médecins estiment ces « lapins » à 4 % de leurs consultations hebdomadaires⁴⁴¹. Pour l'Académie de médecine et le CNOM, le taux de patients ne se présentant pas à leur rendez-vous s'établit entre 6 à 10 % suivant les enquêtes, ce qui correspond à une perte de temps de consultation de près de deux heures hebdomadaires pour le médecin quelle qu'en soit la discipline⁴⁴².

Selon une enquête menée par la plateforme Doctolib pour le Parisien en fin d'année 2022⁴⁴³ 3,4 % des rendez-vous pris auprès des médecins généralistes /pédiatres ne sont pas honorés par les patients, sans avoir prévenu au préalable. Selon cette enquête, ce taux serait plus fort chez les nouveaux patients, et concernerait majoritairement des patients urbains âgés de moins de 35 ans.

Graphique 2 : Taux de rendez-vous non honorés non excusés, octobre 2022



Source : Doctolib, sondage mené en octobre 2022 auprès de 13 173 utilisateurs de Doctolib après une prise de rendez-vous en ligne⁴⁴⁴

⁴⁴¹ Source : site ameli.fr, 9/10/2023 « L'assurance maladie part en campagne pour sensibiliser les patients au bon usage du système de santé ».

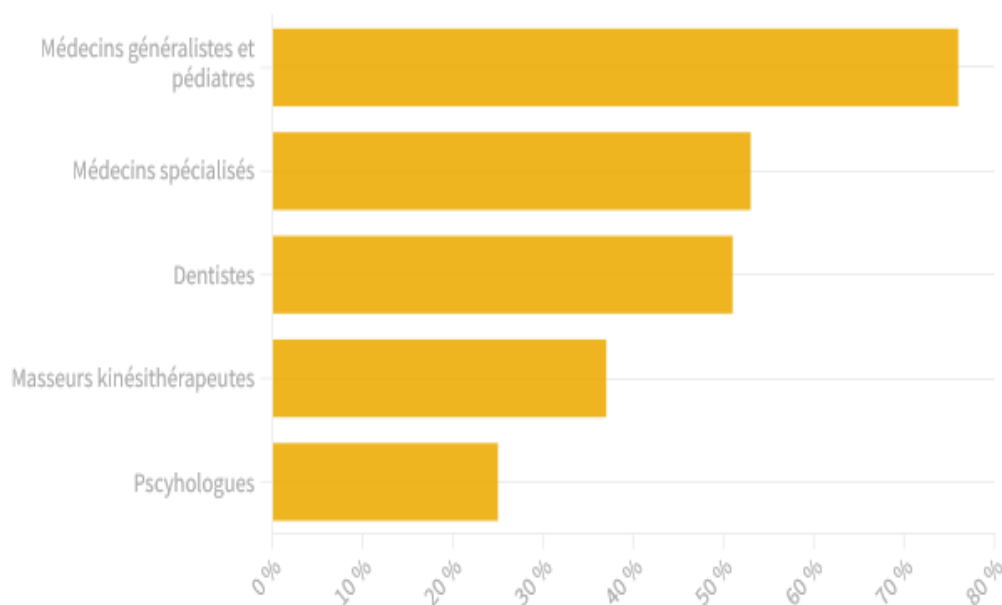
⁴⁴² Communiqué commun concernant les rendez-vous non honorés, CNOM/Académie nationale de médecine, 26 janvier 2023

⁴⁴³ Publiée le 23 février 2023 sur le site « Le Parisien », sondage mené en octobre 2022 auprès de 13 173 utilisateurs de Doctolib après une prise de rendez-vous en ligne.

⁴⁴⁴ <https://www.ouest-france.fr/sante/qui-sont-les-patients-qui-posent-des-lapins-aux-medecins-doctolib-repond-et-avance-ses-chiffres-28cba000-b44f-11ed-b1ac-889eeef8526b>

Le taux de remplacement des rendez-vous annulés tardivement « à la dernière minute » est de 76 % pour les médecins généralistes, d’après l’enquête réalisée par Doctolib. Il est moindre pour les rendez-vous annulés tardivement concernant les autres spécialités ou les soins dentaires qui trouvent plus difficilement preneurs, ce qui est confirmé par nos interlocuteurs lors des entretiens.

Graphique 3 : Taux de remplacement des annulations et déplacements tardifs (oct. 2022)



Source : Doctolib, sondage mené en octobre 2022 auprès de 13 173 utilisateurs de Doctolib après une prise de rendez-vous en ligne

Les centres de santé ne sont pas épargnés par ce phénomène, même si tous ne connaissent pas avec précision le taux de rendez-vous non excusés non honorés, lequel peut varier sensiblement selon les spécialités :

- Un centre de santé cite un lapin par jour et par praticien en moyenne ;
- Un centre cite plus de 15 % de « lapins » sur les rendez-vous dentaires ;
- Mis à part un centre où le taux de lapin s’établit à 3 %- c’est-à-dire le taux rapporté par l’Assurance maladie - à la suite de la mise en place de mesures restrictives d’accès, tous les autres centres rencontrés citent des taux qui s’échelonnent entre 8 % et 18 % et le plus souvent s’établit à 13-14 %. Ces taux excèdent largement ceux qui ressortent au niveau national pour l’ensemble de la médecine libérale. Ils représentent donc pour les centres un manque à gagner considérable, dont le coût a été estimé par l’un d’entre eux à plus de 100 K€, et dans un autre à l’équivalent d’« un praticien à temps plein ».

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 a 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 réalisé des travaux pour déterminer la possibilité de facturer une consultation non honorée à partir du coût de revient moyen d'une consultation sur la structure (35 €), sans finaliser ce projet.

La lutte contre ces cas de mésusages, qui relèvent 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 ligne, standard téléphonique surchargé), prend différentes formes selon les centres :

- Certains centres ne pénalisent pas les patients, quel que soit le nombre de rendez-vous non honorés ;
- Certains gestionnaires n'ont pas établi de politique générale et laissent aux praticiens le choix des mesures à prendre – certains excluant les patients, d'autres pas ;
- Au bout de trois rendez-vous non honorés, le patient est « invité » à prendre rendez-vous avec un autre praticien - une variante consiste à bloquer ce patient pour une durée théorique de six mois – mais n'est pas appliquée ;
- Un centre privilégie le rappel téléphonique des patients indécidés par téléphone – après avoir envoyé un courrier de rappel malencontreux à une personne décédée, avant de les exclure au bout de trois rendez-vous non honorés ;
- Un centre rappelle les patients, mais de manière non systématique ;
- Un centre pratique systématiquement le « surbooking » ;
- Dans un centre, les mesures diffèrent. Le centre bloque la prise de rendez-vous au bout de trois « lapins », et ne rouvre son planning qu'une fois le patient excusé, sauf pour les nouveaux patients qui n'ont pas honoré leur première consultation et qui sont définitivement « blacklistés » ;
- Dans un autre, les patients sont « bloqués » blacklistés au bout de deux rendez-vous non honorés définitivement, sauf exception.

Parmi les mesures pour prévenir les lapins et éviter une perte de chance pour les patients en attente, les centres citent :

- La mise en place d'une gestion des agendas et des rendez-vous rigoureuse : dans plusieurs centres la prise de rendez-vous n'est pas possible au-delà de trois mois pour éviter les oublis, un centre effectue le rappel téléphonique des nouveaux patients ;

- Pour compenser les absences, les centres organisent le plus souvent des consultations non programmées pour les spécialités qui permettent ce type de gestion ou pour lesquelles les secrétariats gèrent une liste d'attente (ophtalmologiste...).

1.3 Une codification / cotation des actes sous optimale est à l'origine d'une sous facturation des soins.

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 actes⁴⁴⁵. 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 praticien⁴⁴⁶. 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)⁴⁴⁷.

Plusieurs raisons sont avancées, qui expliquent les difficultés des centres à coter les actes effectués avec la rigueur nécessaire :

- Une plus faible motivation des praticiens : dans les centres de santé, la cotation des actes demeure de la responsabilité du praticien. Quel que soit la cotation, cette opération n'a pas d'effet sur le montant de sa rémunération (en particulier son salaire est fixe). Par ailleurs, pour nombre d'entre eux, le choix d'exercer en centre est motivé par le choix de « se libérer de la pression administrative »⁴⁴⁸ pour se concentrer sur le soin ;
- la complexité de la nomenclature générale des actes (NGAP) : les praticiens, concentrés sur leur consultation, peuvent « oublier » de coter des actes complexes ou annexes tel que ECG ;

⁴⁴⁵ Cf. rapport IGAS n° 2013-119P citant l'étude Referis à ce sujet.

⁴⁴⁶ 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.

⁴⁴⁷ La CPAM d'Artois précise que le SAS n'est officiellement lancé dans le Pas-de-Calais que depuis le 18/09/2023.

⁴⁴⁸ Propos issu des entretiens.

- la méconnaissance de la NGAP par les praticiens est aussi liée au « turn over » des médecins, ou lié à leur parcours professionnel, lorsque les médecins recrutés étaient auparavant salariés d'un établissement de santé ;
- la procédure de facturation est en outre partagée entre les personnels soignants et le secrétariat, ce qui renchérit les coûts de coordination en cas de cotation erronée. La cotation requiert une expertise que les personnels administratifs n'ont pas : un centre reconnaît que les secrétaires « *ne rentrent pas dans le détail des cotations complexes (...)* » ;
- L'optimisation des pratiques de cotation est aussi un enjeu dans les centres municipaux de santé (ou gérés par une collectivité). L'organisation et la délivrance de soins de premier recours n'est pas la compétence première des collectivités locales. Aussi la plupart des centres de santé gérés par une collectivité territoriale sont gérés par des personnels administratifs, au démarrage, qui ne connaissent pas ou peu le milieu médical, ne sont pas familiers de la gestion d'une structure de soins généralistes de premier recours, de ses circuits de financement, des procédures tout comme du fonctionnement et de l'organisation de l'Assurance maladie ;
- Certains avancent le fait que les praticiens en centre réaliseraient de nombreux actes gratuits (ex. communication à un patient de ses résultats d'analyse, consultations en fin de journée quand le secrétariat est fermé...), que les professionnels libéraux ne feraient pas, ou en moindre quantité, ou les actes que les professionnels libéraux de leur territoire ont arrêté de réaliser faute de rentabilité économique, comme les visites à domicile. Certains centres, ayant fait le même constat, ont choisi de ne plus réaliser de visites à domicile :
- pour améliorer les pratiques de cotation, il existe des plaquettes mises à disposition des syndicats de médecins libéraux. Les centres évoquent toutefois la nécessité d'organiser des formations spécifiques auprès des praticiens et des secrétaires, qui sont parfois assurées par le délégué de l'Assurance maladie.

1.4 Le taux de FSE sécurisées est très inférieur à celui des professionnels libéraux.

Pour télétransmettre des feuilles de soins électroniques (FSE) et procéder à la facturation des actes des consultations, les professionnels de santé disposent d'une carte électronique. Dans les centres de santé, cette procédure nécessite au minimum deux cartes, voire trois, au lieu d'une seule pour un professionnel libéral : la carte du professionnel de santé (CPS), la carte du personnel d'établissement (CPE) nominative ou anonyme, la carte du directeur d'établissement CDE. La carte CPS permet de lire la carte Vitale et de préétablir une feuille de soins électronique, dont la télétransmission est validée par la carte CDE du directeur du centre ou la carte CPE si cette dernière est nominative (cf. schéma ci-dessous).

En pratique, les centres rencontrent des difficultés de mise en œuvre, liées aux différentes habilitations. Ainsi, un gestionnaire rapporte facturer à partir de la carte CPS d'un des praticiens pour l'ensemble des praticiens du centre – sa carte « CPE » ne permettant pas de télétransmettre les FSE....

Graphique 4 : A quoi servent les cartes ?

Quelle carte		Pour qui	Pour quoi faire
CPS		Professionnel de santé (médecin)	Consulter les droits sur CDR et ADRI.
CPE nominative		Secrétaire / Chargée d'accueil TP	
CDE nominative		Directeur d'établissement	
FSE sécurisée	CPE Et carte Vitale	Secrétaire / Chargée d'accueil et Patient	Élaborer une FSE désynchronisée pour le compte du praticien exécutant.
	Puis CPS Praticien du centre	Praticien	Élaborer une FSE sécurisée .
FSE dégradée	CPE sans carte Vitale	Secrétaire / Chargée d'accueil et Patient	Élaborer une FSE « dégradée / désynchronisée » pour le compte du praticien exécutant.
	Puis CPS	Praticien	Élaborer une FSE « dégradée ».
CDE/CPE		Secrétaire / Chargée d'accueil	Mettre en lot et télétransmettre. Envoyer « FSE sécurisées » et « FSE dégradées ». Réception règlements et rejets NOEMIE.

Source : Assurance maladie « guide d'aide à la facturation », centres de santé

A ces difficultés d'utilisation peuvent s'ajouter des délais de fabrication assez longs. La FNCS, sur son site, rapporte des délais d'obtention d'au moins un mois, ce « qui engendre des coûts et souvent des dysfonctionnements dans le traitement du dossier patient », en raison d'une gestion par flux papier. Une caisse primaire a confirmé à la mission les retards récurrents d'un Conseil départemental de l'Ordre pour renseigner les données nécessaires à la fabrication de la carte par l'Agence du numérique en santé (ANS).

La mission a demandé à la CPAM de Paris de déterminer le taux de FSE sécurisées transmises par les centres (tous types de centres), comparativement à celui des professionnels libéraux : « Le taux de FSE sécurisées est globalement très inférieur sur les centres de santé médicaux et polyvalents, par comparaison aux autres typologies de centres de santé et aux médecins et dentistes libéraux. [54,1 % versus plus de 97 % pour les PS libéraux, NDLR]

Le taux de B2F, qui correspond à une télétransmission sécurisée par une CPS avec validation asynchrone et que l'on retrouve souvent dans la télétransmission des laboratoires, s'explique par la prévalence des centres de téléconsultations qui utilisent cette norme de flux à 98 %. [2,7 % des flux pour les CDS polyvalents versus 0 % pour les médecins libéraux, NDLR]

Les centres de santé médicaux et polyvalents se caractérisent par une part extrêmement forte de flux dégradés et hors Vitale (43 % de leurs flux pour les centres polyvalents et 36 % pour les centres médicaux), pour lesquels la transmission parallèle d'un CERFA papier est indispensable pour garantir la validité du flux.

Le taux de facturations papier est quant à lui résiduel, autour de 0,6 % pour l'ensemble des types de centres. »⁴⁴⁹

⁴⁴⁹ Source : CPAM de Paris

Tableau 1 : Répartition des flux télétransmis à la CPAM de Paris, par typologie de PS, 1^{er} semestre 2023

	Taux B2 sécurisé CPS + Carte Vitale	Taux de B2F	Taux de B2 dégradé CPS sans Carte Vitale	Taux de B2 = flux hors Vitale
Centres de santé polyvalents	54,1 %	2,7 %	15,7 %	27,5 %
Centres de santé médicaux	51,7 %	21,8 %	12,8 %	13,8 %
Centres de santé dentaires	65,5 %	0	27,5 %	7 %
Centres de santé infirmiers	96,6 %	0	3,4 %	0
Médecins généralistes	97 %	0	3 %	0
Médecins spécialistes	98 %	0	2 %	0
Dentistes	99 %	0	1 %	0

Source : CPAM de Paris

Au niveau national, le taux de télétransmission médian, d'après l'Assurance maladie, s'établit à 75,9 % en 2022 (68,2 % en moyenne), et a donné lieu en moyenne à une rémunération médiane de 742 € par centre (1 336 € en moyenne)⁴⁵⁰.

1.5 Les taux de rejets sont également sensiblement plus élevés.

Les données de la CPAM d'Artois indiquent un taux de facturation électronique (sécurisé et dégradé) légèrement supérieur pour les CDS comparativement à la moyenne des médecins libéraux, mais un taux de rejets nettement supérieur. Le territoire de cette caisse est couvert essentiellement par des centres de santé appartenant au groupe Filieris⁴⁵¹, un organisme de sécurité sociale aguerri à ce type de procédures : aussi le fort taux de rejet permet de supposer des difficultés d'ordre technique, allant au-delà d'une acculturation des personnels aux règles de la sécurité sociale.

Tableau 2 : Taux de facturation et de rejet (CPAM Artois)

	Moyenne CDS	Moyenne médecins libéraux
2022	Taux FSE = 98,12 % Taux de rejet = 4,46 %	Taux de FSE = 94,77 % Taux de rejet = 0,01 %
Au 31/07/2023	Taux FSE = 98,49 % Taux de rejet = 4,85 %	Taux FSE = 95,01 % Taux de rejet = 0,02 %

Source : CPAM Artois, analyse sur les données du régime général

⁴⁵⁰ Données eCDS 2022

⁴⁵¹ La Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines (CANSSM) a pour mission la gestion du régime spécial de Sécurité sociale dans les mines. Aujourd'hui, son activité est centrée sur la gestion du réseau Filieris, une offre de santé ouverte à toute la population, quel que soit le régime de Sécurité sociale du patient.

Le constat d'un fort taux de rejet est partagé par la CPAM de Paris qui constate que « le taux de rejets moyen des centres de santé parisiens est sensiblement plus élevé que celui des professionnels de santé libéraux (3,06 % contre moins de 1 % pour les médecins libéraux et 1,46 % pour les dentistes libéraux). Cela s'explique par la prévalence des flux de télétransmission dégradés et hors Vitale pour lesquels les taux de rejets sont particulièrement élevés, respectivement à 5,6 % et 7,3 %. (...) Sur les flux papier, le taux de rejet des CDS parisiens est de l'ordre de 15 % (contre 5,3 % en moyenne pour les professionnels de santé libéraux » (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 3 : Taux de rejet par type de flux, répartition par typologie de PS, CPAM de Paris, 1^{er} semestre 2023

	Taux de rejets sur flux B2 sécurisé	Taux de rejets sur flux B2F	Taux de rejets sur flux B2 dégradé	Taux de rejets sur flux B2 hors Vitale	Taux de rejet global toutes normes
Centres de santé	1.04 %	1.3 %	5.6 %	7.3 %	3.06 %
Médecins généralistes	0.7 %	NC	5.22 %	NC	0.86 %
Médecins spécialistes	0.55 %	NC	4.75 %	NC	0.63 %
Dentistes	1.4 %	NC	7.1 %	NC	1.46 %

Source : CPAM de Paris

Pour la période du 1^{er} janvier au 08 septembre 2023, les principaux rejets des centres de santé parisiens sont liés à l'absence de fiabilisation des droits (assuré absent de la base de données des droits ouverts, bénéficiaire inconnu, incompatibilité assuré/régime...), alors que, comme le souligne la caisse, pour les médecins libéraux, les trois premiers motifs de rejets ne sont pas en lien avec le droit des patients. La CPAM considère que l'utilisation du téléservice ADRI par les centres de santé permettrait d'éviter les rejets en fiabilisant les droits des patients avant d'émettre la facture.

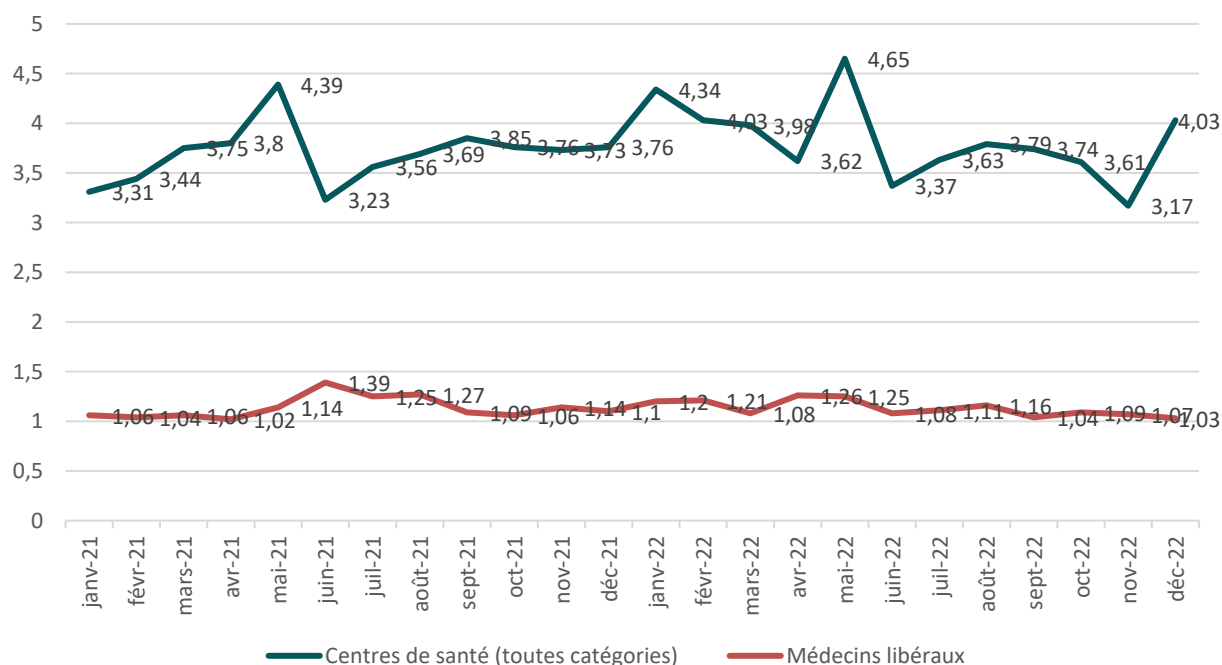
Tableau 4 : Motifs de rejets des centres de santé parisiens pour la période : du 01/01/23 au 08/09/23

Libellé de l'anomalie	Nombre de factures concernées par l'anomalie
ASSURE ABSENT DE LA BDO	24 687
FACT. DEJA EN TRAITEMENT IRIS	9 972
BENEFICIAIRE INCONNU EN BDO	5 138
PRIX UNITAIRE ABSENT	4 866
FACT TPC INCOMP.TYPE CONTRAT	4 027
ECART TAUX DEMANDE / TAUX CALCULE	3 832
INCOMPATIBILITE ASU-NAT / REGIME	3 656
INCOMP. SPECIALITE EXEC. / BDO	3 480
ETM NON TROUVEE EN BDO	3 460

Source : CPAM de Paris

Au niveau national, le taux de rejet, c'est-à-dire le taux de factures non payé s'établit en moyenne en 2022 à 3,8 % pour les centres de santé, tous types de flux confondus⁴⁵², quand il s'élève à 1,1 % en moyenne pour les médecins libéraux, c'est-à-dire qu'il est 3,3 fois moins élevé (graphique ci-dessous).

Graphique 5 : Suivi mensuel du taux de rejet (*), 2021-2022



Source : Mission à partir des données CNAM, datamart – (*) taux de factures non payées, tous flux confondus

1.5.1 Les contrôles de l'Assurance maladie pour éviter de procéder à un double paiement viennent augmenter le taux de rejet.

Par ailleurs les centres rapportent qu'une partie des rejets résulte d'une règle de contrôle mise en place par l'Assurance maladie pour éviter les doubles paiements, qui consiste à vérifier, « a posteriori, sur la base d'une requête statistique (...) tous les actes facturés le même jour pour un même NIR, sur un même code acte (C pour une consultation), pour tous les professionnels de santé »⁴⁵³. Or, il arrive plus fréquemment en centre qu'en cabinet qu'un patient réalise, au cours de la même journée, plusieurs consultations auprès de plusieurs professionnels dans un centre de santé (exemple cité par un centre d'un patient consultant un cardiologue et un angiologue)⁴⁵⁴. Leur

⁴⁵² sécurisés et dégradés, c'est-à-dire FSE et papier.

⁴⁵³ CPAM Artois

⁴⁵⁴ XXXXX (Elément occulté en application de l'article L.311-6 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA))

nombre est tel que certains centres affirment mettre en place des actions de « contournement », sans préciser lesquelles⁴⁵⁵.

Les contrôles réalisés par l'Assurance maladie pour éviter les doubles paiements

S'agissant des contrôles effectués sur les doubles règlements, il en existe 2 qui ont été étendus aux flux établissements (y compris pour le Centres de Santé) en 2014 à savoir :

1. « Facture déjà payée » (rejet). Le rejet concerne la facture, les critères : mêmes numéros de professionnel de santé, mêmes numéros de CPAM et mêmes natures de règlement.
2. « Acte déjà télétransmis » (signalement). Le signalement concerne l'acte, les critères : mêmes NIR, mêmes dates et rang de naissance du bénéficiaire, mêmes numéros d'exécutant, mêmes natures de prestations et mêmes dates d'exécution d'acte. Précision, seuls les actes suivants sont concernés : C, CS, CNP, V, VS, VNP, G, GS, VG, VGS, APC, APV, APY, AVY, APU, TC, TCG, EXP, CD, CSD, VD, VSD, et ACD. Il est important de rappeler que les factures transmises par les centres de santé concernent majoritairement des actes CCAM, non concernés par ces contrôles de double, ce qui confirme que la charge induite côté caisses reste relative.

Source : Assurance maladie

Le suivi des double-paiements est une action de contrôle a posteriori intégrée dans les plans de contrôle de maîtrise du risque financier des caisses primaires, qui « vérifient les éléments de la requête pour notifier des indus. Le professionnel de santé ou centre de santé peut contester cet indu en apportant des éléments qui peuvent justifier la situation au cas par cas »⁴⁵⁶. Ainsi, « sur la période du 01/01/2023 au 30/06/2023, la CPAM de Paris a détecté par requête 12 150 double paiements potentiels sur les flux des centres de santé (même actes, même patient, même date de soins, même N°FINESS). 11 474 dossiers ont été contrôlés et 11 273 doubles facturations ont été confirmées après contrôle, soit un taux de paiements multiples avérés de 98,25 %. Le montant des paiements multiples avérés s'élevait à 604 732,75 euros ⁴⁵⁷».

1.6 Une partie des centres renoncent au bénéfice de la subvention Teulade

Etablie en 1991, la subvention dite « Teulade », 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 patronales, ne fait pas systématiquement l'objet de demande de remboursement par les centres de santé.

Les données n'étant pas disponibles au niveau de la caisse nationale⁴⁵⁸, la mission a demandé à la CPAM de Paris de communiquer le taux de recours à la subvention Teulade pour les centres parisiens. Un quart des centres de santé relevant de son ressort (tous types confondus) ne

⁴⁵⁵ XXXXX (Elément occulté en application de l'article L.311-6 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA))

⁴⁵⁶ CPAM Artois

⁴⁵⁷ CPAM Paris

⁴⁵⁸ Cf. rapport CSI

demandent pas cette subvention en 2022 alors qu'ils y sont éligibles dans leur quasi-totalité – la seule condition étant d'être adhérent à l'accord national des CDS (cf. tableau ci-dessous).

Ce taux de recours est toutefois en hausse au cours de la période récente⁴⁵⁹ (68 % en 2019, 75,9 % en 2022).

Tableau 5 : Proportion de CDS(*) ayant demandé la subvention Teulade entre 2019 et 2022 (CPAM de Paris)

Année	Nb de demandeurs	Nb actifs au 31/12	Taux de recours
2019	138	203	68,0 %
2020	146	245	59,6 %
2021	192	275	69,8 %
2022	223	294	75,9 %
Au moins une année sur 2019-22	239	301	79,4 %

Source : CPAM Paris – (*) tous types de CDS confondus

Pour les centres de santé pluriprofessionnels uniquement, à partir des données déclarées par les gestionnaires dans la base e-CDS, la mission a déterminé, le taux de recours s'établit à 77 % en 2022⁴⁶⁰. Près de 30 % des associations (soit 65 centres) et 33 % des CDS municipaux (44 CMS) ne demandent pas de subvention, alors que l'ensemble des CDS mutualistes ou appartenant à un organisme de sécurité sociale (147 CDS) bénéficient de cette subvention.

⁴⁵⁹ Hors année de crise sanitaire.

⁴⁶⁰ Montant déterminé par la mission à partir des données retraitées e-CDS, pour les CDS pluriprofessionnels adhérents à l'accord qui ont validé leurs données, et ont déclaré un montant de subvention non nul (436 centres sur 566 CDS pluriprofessionnels).

Présentation de la subvention Teulade

La subvention dite Teulade, mise en place en 1991⁴⁶¹, prévoit que la CNAM rembourse aux centres de santé 11,5 % de l'assiette des cotisations patronales (maladie, maternité, invalidité, décès) dues par les centres pour les personnels qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux. Le taux de prise en charge pour déterminer le montant de la subvention n'a pas évolué depuis 1992 et s'est établi à 11,5 % de la rémunération brute des professionnels de santé⁴⁶². Une présentation détaillée de cette subvention figure en annexe 8 du rapport de l'IGAS relatif aux centres de santé (publié en ligne)⁴⁶³. Les auteurs proposaient, après avoir mis en évidence les limites de la transposition de la prise en charge assurée pour les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés et tenté d'établir un taux de prise en charge plus approprié, de « *rester au statu quo* ».

Initialement, ce système de prise en charge partiel a été mis en place pour inciter les médecins libéraux à adhérer au secteur conventionnel (lesquels bénéficient d'une prise en charge partielle de leurs points pour les allocations familiales, contrairement aux centres de santé). Pour les centres de santé, cette subvention a été versée indépendamment de leur adhésion à l'accord national de santé entre 1991 et 2021. Le bénéfice de cette subvention est réservé depuis l'entrée en vigueur de la LFSS 2022 le 25 décembre 2021 aux seuls centres de santé conventionnés dans les conditions prévues à l'article L. 162-32-2 du code de la sécurité sociale⁴⁶⁴.

Elle prend la forme d'un remboursement par les CPAM après justification par attestation URSSAF du paiement complet des charges sociales.

Source : *Rapport IGAS n°2022-040R d'évaluation de la situation économique et des perspectives de développement des centres de soins infirmiers, novembre 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, qui peut prendre plusieurs mois, 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 les difficultés liées à la gestion de cette demande de remboursement, tant du côté des caisses primaires que des centres.

Les caisses primaires confirment la lourdeur de la procédure, qui n'est pas encore informatisée et dont les pièces justificatives à fournir à l'appui de la demande peuvent varier d'une caisse à l'autre, comme en atteste l'un des centres rencontrés.

De leur côté les gestionnaires des centres soulignent les délais d'obtention de cette subvention, qui génère 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 versée⁴⁶⁵.

⁴⁶¹ Article L162-32 du code de la sécurité sociale et décret n°91-656 du 15 juillet 1991 relatif au montant de la subvention versée par les caisses primaires d'assurance maladie aux centres de santé.

⁴⁶² Décret n°92-1304 du 14 décembre 1992.

⁴⁶³ « *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 2013

⁴⁶⁴ Article L. 162-32 du code de la sécurité sociale modifié par la loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021.

⁴⁶⁵ XXXXX (Elément occulté en application de l'article L.311-6 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA))

1.7 Etendre les plages horaires d'ouverture.

De l'amplitude horaire d'ouverture d'un centre dépend la réalisation des actes et par là même le montant des recettes.

L'accord national signé entre les centres de santé et l'Assurance maladie prévoit d'assurer une accessibilité minimale des centres de santé, mesurée par deux critères socles, l'amplitude des horaires d'ouverture (critère 1) et la possibilité d'accès à des soins non programmés chaque jour ouvré (critère 2). Le premier critère est satisfait à partir du moment où les centres sont ouverts de 8h à 20h en semaine et le samedi matin de 8h à 12h, y compris en période de congés scolaires, en dehors des périodes couvertes par la permanence des soins et sauf dérogation prévue par l'ARS.

En 2022, si 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)⁴⁶⁶.

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 ce mode d'exercice. Dans un contexte de pénurie de ressources médicales, certains centres reconnaissent que lors de la phase de recrutement, ils laissent « les médecins [définir] leurs horaires », ce qui a pour effet de 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).

Durée de travail des médecins libéraux

Les médecins généralistes libéraux déclarent travailler en moyenne 54 heures lors d'une semaine de travail ordinaire, selon le Panel des médecins généralistes réalisé auprès de 3 300 praticiens. Ils passent 44 heures et 30 minutes auprès des patients, avec des consultations en cabinet qui durent en moyenne 18 minutes, et consacrent en moyenne par semaine 5 heures et 30 minutes aux tâches de gestion et de coordination et 2 heures à la mise à jour des connaissances. De plus, 2 heures par semaine en moyenne sont dédiées à d'autres activités (vacations à l'hôpital, par exemple). En 2017, les médecins généralistes ont pris 5,7 semaines de vacances en moyenne. En définitive, 60 % des médecins généralistes déclarent que leurs horaires s'adaptent bien à leur vie privée.

Source : *Etudes et résultats n°1113, DREES, mai 2019*

1.8 Les centres ont la possibilité de fournir des prestations accessoires aux soins médicaux de premier recours.

Les centres comme les maisons de santé peuvent proposer des prestations autres que des prestations de soins émanant de professionnels médicaux, des auxiliaires médicaux ou des pharmaciens. S'agissant des centres de santé, aux termes de l'article L.6323-1 du code de la santé

⁴⁶⁶ Source : mission à partir des données de l'Assurance maladie.

publique (2^{ème} al.), « tout centre de santé (...) réalise, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie »⁴⁶⁷.

Le chiffre d'affaires généré par ces prestations accessoires, non remboursables par l'assurance maladie, mais qui peuvent partiellement être prises en charge par les mutuelles (« forfait médecines douces »...) est renseigné par les centres dans la base de données e-CDS. Ainsi en 2022, le financement issu des actes hors nomenclature s'établit à 20,5 M€ (2,9 % du total des recettes), les recettes non financées par la CNAM 9,5 M€ (1,3 %), le financement autres sources 29,3 M€ (4,1 %).

Plusieurs centres rencontrés ont confirmé proposer aux usagers des prestations accessoires et complémentaires aux prestations de soins de premier recours, qui n'entrent pas dans le champ des prestations couvertes par l'assurance maladie et qui contribuent, d'après certains gestionnaires, et de manière décisive, à l'équilibre du centre. Elles consistent, pour les centres rencontrés :

- En la réalisation de bilans de santé de prévention à destination des salariés des grandes entreprises, réalisés par des praticiens ;
- En la promotion de pratiques de soins dites « non conventionnelles » : ostéopathie, kinésithérapie, posturologie, des séances d'acupuncture...

Par ailleurs, plusieurs sites internet de centres de santé proposent des consultations à visée esthétique.

2 Facteurs exogènes / leviers externes

Comme ailleurs, les centres peinent à recruter des praticiens et des auxiliaires médicaux. Le premier facteur qui joue sur un modèle économique reposant majoritairement sur le nombre d'actes réalisés est la disponibilité des effectifs médicaux et paramédicaux pour réaliser ces actes. Tous les gestionnaires interrogés rencontrent des difficultés de recrutement, liées au déficit de médecins qualifiés au plan national, en dépit des conditions de travail proposées, réputées comme étant plus « attractives ». La concurrence entre les recruteurs alimente les revendications salariales et/ou la liste des avantages en nature (logement gratuit, véhicule...) parfois attendus des praticiens candidats à l'installation.

D'autres facteurs ont été évoqués, spécifiques aux centres de santé, qui ont un effet important sur la productivité et le niveau des recettes, sur lesquels les centres ont peu de prise :

- la part de la patientèle vulnérable ;
- la part des actes effectués gratuitement ;
- la qualité des suites logicielles offertes par les éditeurs ;

⁴⁶⁷ Dans une version antérieure, entre 2005 et 2010, les centres de santé ne pouvaient facturer aux patients « d'autres prestations que les soins effectués » Cf. annexe.

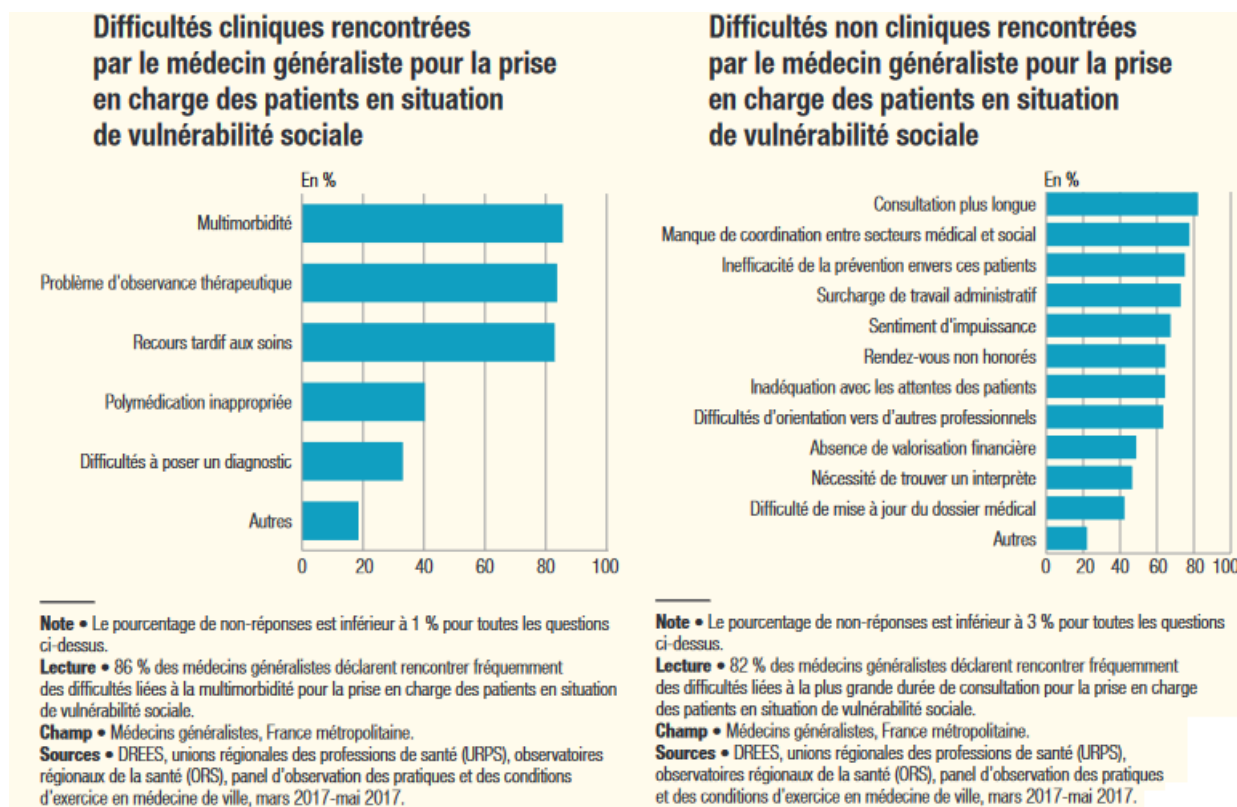
- les services/outils mis à disposition par l'Assurance maladie pour sécuriser les échanges et accélérer la facturation.

2.1 La part de la patientèle vulnérable est plus importante dans une partie des centres de santé

Les caractéristiques de la patientèle et notamment la part de patientèle « vulnérable » a été citée par quasiment la totalité de nos interlocuteurs comme étant l'une des principales raisons expliquant une plus longue durée des consultations. A cet effet, rapporté par les médecins généralistes libéraux comme étant la principale difficulté non clinique rencontrée avec cette patientèle, s'additionne à une série de difficultés cliniques (multimorbidité, inobservance thérapeutique...) et non cliniques (cf. graphique ci-dessous), qui compliquent sa prise en charge.

D'après l'enquête de la DREES, un médecin généraliste libéral sur cinq estime à plus de 10 % la part de sa patientèle vulnérable socialement – « sans toutefois que le questionnaire ne définisse précisément la vulnérabilité sociale »⁴⁶⁸.

Graphique 6 : Difficultés rencontrées par le médecin généraliste pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale



Source : Etudes et résultats n° 1089, DREES, octobre 2018

⁴⁶⁸ Enquête réalisée entre mars et mai 2017 dans le cadre du troisième panel national de médecins généralistes de ville.

Par ailleurs, le caractère défavorisé de la patientèle joue effectivement sur la productivité : une étude de la DREES des activités des médecins entre les territoires ZIP et les autres zones montrait en que le nombre de consultations en ZIP, toutes choses égales par ailleurs, est inférieur de 10 % en ZIP, par rapport aux autres zones, et que le nombre de patients distincts vus par an, en ZIP, est inférieur, toutes choses égales par ailleurs, de 14 %.

Tableau 6 : Comparaison des activités des médecins, entre les territoires devenus zones d'intervention prioritaire (ZIP) et les autres zones

	Zones devenues ZIP	Autres zones	Écarts zones devenues ZIP / Autres zones	
			Bruts (en %)	Toutes choses égales par ailleurs ¹ (en %)
Nombre de consultations ou visites effectuées (par an)	6 004	5 084	18,1	10,4***
Nombre de patients distincts vus (par an)	1 915	1 564	22,4	14,0***
Temps de travail total (en nombre d'heures par semaine)	52,7	53,2	- 0,9	1,3 ns
A suivi au moins une demi-journée ou soirée de formation continue (en %)	79	87	- 8 points de %	0,6*** ²
Formation continue (en nombre de demi-journées ou soirées par an) ³	11,4	11,8	- 3,0 %	- 14,1**
Nombre de médecins interrogés	195	1 295		

1. Ces écarts tiennent compte de l'influence de certaines variables sur le comportement des médecins ; ils sont mesurés grâce à des régressions (encadré 2).
 Seuils de significativité : * 10 % ; ** 5 % ; *** 1 % ; ns : non significatif.
 2. Dans ce cas, il s'agit d'un odds-ratio ou rapport des chances.
 3. Parmi les médecins déclarant au moins une demi-journée par an.
Lecture • Les médecins des territoires devenus zones d'intervention prioritaire (ZIP) ont effectué, en 2013, en moyenne 6 004 consultations et visites par an. L'écart est de 18,1 % par rapport aux médecins généralistes des autres zones. Cependant, une fois prise en compte l'influence de certaines variables sur le comportement des médecins, l'écart n'est que de 10,4 %. Le fait d'avoir suivi au moins une demi-journée ou soirée de formation était significativement moins fréquent chez les médecins des territoires devenus ZIP que chez les autres, toutes choses égales par ailleurs.
Champ • Médecins généralistes libéraux, France métropolitaine.
Sources • Troisième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale 2014-2017 (DREES, unions régionales des professions de santé et observatoires régionaux de la santé), relevés individuels d'activité et de prescriptions 2013 (CNAM).

Source : Pratiques des médecins généralistes dans les territoires devenus zones d'intervention prioritaires, Etudes et résultats n° 1 147, 19/05/2020

Les travaux de L'IRDES pour estimer la précarité des patients recourant à la médecine générale en centres de santé, en 2014, ont également montré, à partir d'un échantillon de 21 CDS majoritairement installés économiquement et médicalement défavorisés, que les patients étaient socio-économiquement plus défavorisés et déclaraient un état de santé plus dégradé que l'ensemble de la population qui recourt à la médecine générale⁴⁶⁹.

Ce constat de « surprécarité » peut également être approché sur l'ensemble de la population des centres de santé pluriprofessionnels, comme d'ailleurs pour l'ensemble des professionnels de santé, via les données de l'Assurance maladie. Les accords conventionnels interprofessionnels

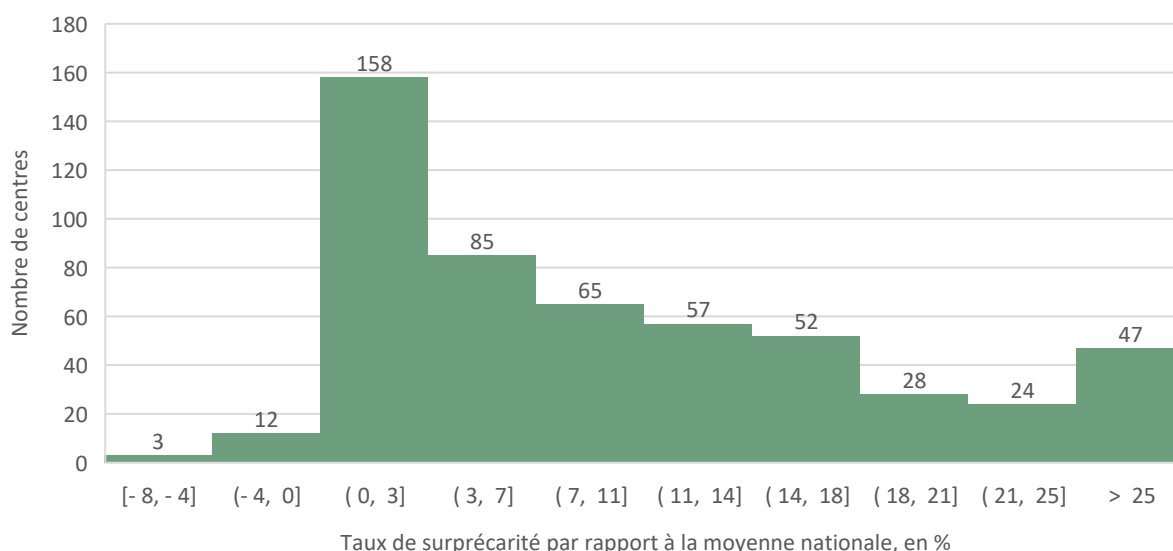
⁴⁶⁹ « une estimation de la précarité des patients recourant à la médecine générale en centres de santé », Anissa Afrite, Julien Mousquès, Yann Bourgueil, document de travail n° 63, décembre 2014

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 de leur patientèle par rapport à la moyenne nationale. Ce taux est issu de la combinaison de deux éléments : le taux de patientèle relevant de la complémentaire santé solidaire et le taux de patientèle relevant de l'aide médicale d'Etat (AME) rapporté à la patientèle totale de la structure.

En 2022, le taux de surprécarité médian des centres de santé pluriprofessionnel s'établit à +7,2 % (moyenne +10,8 %). La distribution des centres, comme le montre le graphique ci-dessous, est hétérogène, un cinquième des centres présentant un taux de surprécarité entre 0 et 1 %, et 9 % d'entre eux présentant un taux de surprécarité de plus de 25 %.

Comme le montre le graphique ci-dessous, 30 % des CDS pluriprofessionnels ont un taux de surprécarité faible par rapport à la moyenne nationale, entre 0 et 3 %. 40 % des CDS pluriprofessionnels ont un taux de surprécarité supérieur à 11 %.

Graphique 7 : Distribution des centres de santé pluriprofessionnels par décile en fonction de leur taux de surprécarité, 2022



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

Taux de surprécarité : (taux de patients CMUC + taux de patients AME – ayant eu au moins un acte d'un MG) de la structure / (taux de patients CMUC + taux de patients AME) moyens au niveau national

Taux de patients CMUC et taux de patients AME : rapport entre le nombre de patients bénéficiaires de la CMUC-C, d'une part, et de l'AME, d'autre part, ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure et le nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure.

- Un des facteurs d'explication de cette surprécarité est un possible effet d'éviction, qui n'est pas documenté.

Dans un contexte où la demande de soins excède l'offre de médecine générale dans certains territoires, les médecins sont de plus en plus souvent amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant, à espacer les consultations ou à refuser les patients occasionnels. Ainsi, d'après la DREES, deux tiers des généralistes (65 %) déclaraient refuser de nouveaux patients comme médecin traitant en 2022 (53 % en 2019), soit une hausse de plus de 10 points en deux ans. De même la part de médecins déclarant espacer les consultations des patients qu'ils suivent régulièrement est passé de 40 % en 2019 à 44 % en 2022⁴⁷⁰.

Dans la mesure où la rémunération des médecins libéraux dépend du nombre d'actes réalisé, et où la satisfaction d'un plus grand nombre de patients nécessite d'allonger le nombre d'heures travaillées ou de réduire la durée des consultations, une stratégie d'adaptation, outre la délégation de tâches, peut consister à pratiquer une sélection de la patientèle, d'autant plus s'il existe, sur le secteur, la possibilité d'orienter une partie des patients vers une structure de groupe potentiellement à même d'accueillir l'excédent (en l'occurrence, un centre de santé). De fait, plusieurs centres ont toutefois évoqué la pratique de certains professionnels libéraux situés sur le territoire, consistant à réorienter les patients vers le centre de santé, pour plusieurs raisons, qui peuvent ou non se cumuler :

- Soit que les praticiens ne souhaitent pas se surcharger en accueillant de nouveaux patients (par exemple « des jeunes praticiens recherchant un équilibre VF/VP), ou bien les praticiens « débordés, au bord du burn out », qui ne le peuvent pas ;
- Soit que les praticiens « *qui n'ont pas l'éthique chevillée au corps* »⁴⁷¹ ne souhaitent pas assurer un suivi au long cours des patients atteints de maladie chronique, en EHPAD, et se « *défaussent* »⁴⁷² des patients les plus complexes (« votre dossier est trop lourd pour moi »⁴⁷³) et/ou socialement vulnérables, ou des cas considérés comme « difficiles », parce que moins « rentables » ou pour se prémunir de toute forme de menace/d'agressivité.

Deux centres ont cité spécifiquement le cas des populations handicapées, qui ont des difficultés d'accès aux soins dentaires.

Ces comportements d'évitement ou d'éviction, en particulier ceux qui sont déontologiquement condamnables parce que fondés sur une discrimination, sont difficilement élayables dans les délais impartis à la mission.

Les centres indiquent réaliser par ailleurs certains actes que les praticiens libéraux du secteur refusent d'effectuer : certificats de décès, certificats de garde à vue, les visites à domicile.

⁴⁷⁰ Source : DREES, Etudes et résultats n°1267, mai 2023

⁴⁷¹ Propos issu des entretiens.

⁴⁷² Propos issu des entretiens.

⁴⁷³ Propos issu des entretiens.

2.2 Une partie des actes réalisés le sont à titre gratuit

A l'instar des centres de soins infirmiers, dont le dernier rapport IGAS mentionnait qu'une partie des soins réalisés ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, les infirmières en centre de santé pluriprofessionnel appliquent la nomenclature générale des actes infirmiers : « (...) tout comme les infirmières libérales, les CSI appliquent la nomenclature des actes et notamment la règle de dégressivité de la rémunération : lors d'une visite pour des soins, le premier acte réalisé par l'infirmière est pris en charge à 100 % de son tarif assurance maladie, le second à 50 % et les suivants ne sont pas remboursés, raison pour laquelle certains acteurs parlent d' « actes gratuits », au sens où, malgré le temps pris par les infirmières pour les réaliser, ces actes ne sont générateurs d'aucune recette pour le centre (...) ».

Plusieurs centres indiquent, par ailleurs, réaliser des actes médicaux qui ne sont pas rémunérés, notamment ceux réalisés à distance, par exemple lorsqu'ils recontactent un patient par téléphone pour lui communiquer le résultat d'un antibiogramme. Ce n'est pas le cas au Danemark, par exemple, où la tarification à l'acte permet de valoriser des modes de consultations distanciels (mail, téléphone) : par exemple, une consultation en présentiel est facturée 20 €, par messagerie 6 €, par vidéo 22 € et par téléphone 4 €.

A la demande de la mission, un centre a estimé « à dire d'expert » la part des actes gratuits non facturés à 10 % du total des actes effectués.

Les visites à domicile ressortent également comme étant des actes non gratuits mais mal rémunérés, ce qui conduit une partie des professionnels libéraux à ne plus réaliser de visites à domicile : certains centres indiquent pallier à ce manque en continuant la réalisation de ces visites à domicile, parfois en binôme médecin-IDE pour les patients corpulents ne pouvant pas se déplacer, tout en sachant que le temps passé par le binôme auprès du patient n'est pas compensé par le coût de l'acte et du déplacement (seul le médecin est rémunéré).

2.3 Les solutions logicielles offertes par les éditeurs sont en retrait par rapport à celles offertes aux professionnels libéraux.

Les systèmes d'information des centres de santé s'appuient sur des logiciels dont le modèle de données a été développé pour un exercice libéral et qui a été adapté, dans une version ultérieure, aux centres de santé ou pour un exercice collectif. Plusieurs centres ont déploré des problèmes de performance, l'absence d'interfaçage de certaines solutions entre les logiciels de soins / de facturation, de stabilité logicielle dont les mises à jour entraînent de nombreux bugs ou des régressions, ce qui a un impact sur leur gestion quotidienne, voire sur l'intégrité et la fiabilité des données (cas vu de prescriptions « oubliant » des médicaments à l'impression, de bilans enregistrés en base sans date...).

La mise à jour des données nécessite des saisies manuelles, par exemple pour la tenue des agendas et des centres qui utilisent certaines fonctionnalités de Doctolib : il n'existe pas d'interface entre leur logiciel de gestion et le SI de Doctolib. Pour les centres adossés à un hôpital, l'absence d'interface/ de passerelle entre les logiciels de gestion et métier des deux structures nécessite de nombreuses reprises manuelles. Deux centres rapportent utiliser trois logiciels métiers différents, aucun ne permettant de partager un même dossier patient...

- La problématique de la messagerie sécurisée

Un centre de santé rapporte que les praticiens exerçant en centre de santé n'ont pas accès à la messagerie sécurisée Mailiz, proposée par l'ANS et les Ordres de santé et que les démarches qu'il a entreprises auprès de l'ANS.⁴⁷⁴

Les éditeurs et les développeurs de solutions informatiques développent leurs solutions informatiques à destination des professionnels libéraux ou des établissements de santé, qui ne tiennent pas compte dans leurs spécifications des spécificités de l'exercice collectif en centre de santé : un centre rapporte par exemple l'impossibilité d'utiliser la plateforme de coordination LIFEN (labellisée « French Tech»), plateforme de coordination médicale qui permet entre plusieurs professionnels de santé d'échanger de manière sécurisée des documents médicaux.

Ces difficultés à communiquer via une messagerie sécurisée sont attestées via les données communiquées par les centres pour obtenir la rémunération spécifique prévue pour l'usage de la messagerie sécurisée de santé : en 2022, aucun centre de santé pluriprofessionnel n'a obtenu de rémunération sur ce point⁴⁷⁵.

De même, aucun centre n'a obtenu de rémunération spécifique en 2022 de la part de l'assurance maladie pour le remplissage du DMP : là encore, l'utilisation d'une CPS dont les droits d'accès ont été mis à jour en fonction des sites d'exercice du praticien est nécessaire.

2.4 Les téléservices (via Ameli Pro) ont été tardivement ouverts aux centres par l'Assurance maladie.

Depuis plus d'une décennie, pour les professionnels libéraux, le portail Ameli Pro regroupe l'ensemble des téléservices développés par l'Assurance maladie pour faciliter la gestion de leur structure par les professionnels de santé libéraux. Cet espace professionnel permet à la fois de consulter des informations sur les paiements, la liste des patients médecin traitant, les droits de bases des patients, les indicateurs et les règles de calcul de la ROSP et de réaliser des téléprocédures sécurisées (prescrire un arrêt de travail, certificat médical AT/MP, ALD, bilan de soins infirmiers, déclaration simplifiée de grossesse, déclaration MT, patientèle MT, échanges médicaux sécurisés, historique des remboursements).

Ces téléservices n'ont été ouverts que récemment aux professionnels exerçant en centre de santé, et de manière progressive après des travaux menés conjointement avec la FNCS depuis 2019.

La procédure d'ouverture des droits pour qu'un médecin exerçant en centre de santé puisse avoir accès au portail Ameli Pro nécessite des opérations manuelles de la part de la CPAM, ce qui réduit le nombre de PS ayant effectivement accès au portail de téléservices.

Les données de la CPAM d'Artois – dont le territoire est couvert essentiellement par des centres de santé appartenant à Filieris – constate une bonne appropriation de la déclaration de choix de

⁴⁷⁴ <https://mailiz.mssante.fr/> . L'accès s'effectue par connexion CPS ou e-CPS.

⁴⁷⁵ Données Assurance maladie, sur 531 CDS pluriprofessionnels (médicaux ou polyvalents)

médecin traitant (DCMT) en ligne, proche de la moyenne des libéraux, mais un net écart dans l'utilisation de l'avis d'arrêt de travail (AAT) en ligne.

Tableau 7 : Taux d'utilisation des téléservices (CPAM Artois)

	Moyenne CDS	Moyenne médecins libéraux
2022	DCMT en ligne = 85,43 % AAT en ligne = 31,56 %	DCMT en ligne = 91,97 % AAT en ligne = 65,69 %
Au 31/07/2023	DCMT en ligne = 77,76 % AAT en ligne = 38,53 %	DCMT en ligne = 90,16 % AAT en ligne = 68,62 %

Source : CPAM Artois, analyse sur les données du régime général

L'avenant 4 à l'accord national prévoit en outre de développer le téléservice SCOR dans les centres de santé pour permettre aux professionnels de santé de dématérialiser l'envoi des pièces justificatives papiers (ordonnances et feuilles de soins) aux régimes d'assurance maladie obligatoires (AMO). D'après la CPAM de Paris, ce dispositif, qui pourrait permettre d'alléger le coût de gestion, n'est pas généralisé, ce que confirme les données de l'Assurance maladie : un tiers des centres polyvalents ou médicaux polyvalents (34,2 %) n'obtiennent aucun point de rémunération spécifique pour l'utilisation du téléservice SCOR, la rémunération s'établissant en médiane à 162 € par centre (202 € en moyenne)⁴⁷⁶.

D'après la CNAM, sur 2 830 centres éligibles, seuls 20,3 % utilisent la solution SCOR.

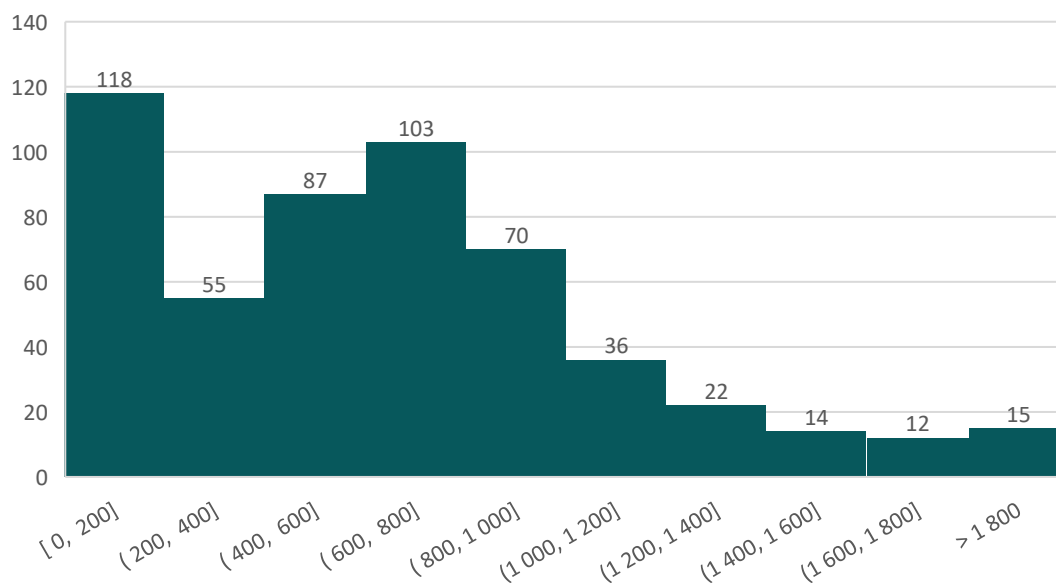
2.5 La procédure de télédéclaration du choix de médecin traitant manque de fiabilité.

Parmi l'ensemble des téléservices, le téléservice de déclaration du médecin traitant semble concentrer plusieurs difficultés.

Les données de l'Assurance maladie font état, dans les CDS, d'un nombre médian de 610 patients (660 en moyenne) ayant déclaré un médecin traitant par ETP de médecin généraliste ou MEP en 2022, soit un taux sensiblement inférieur à celui constaté pour les professionnels libéraux (environ 1 000).

⁴⁷⁶ Source : données assurance maladie, année 2022, calcul mission

Graphique 8 : Répartition des centres de santé en fonction du nombre de patients ayant déclaré un médecin traitant par ETP MG ou MEP, 2022



Source : Mission, données Assurance maladie, 531 CDS médicaux ou polyvalents avec au moins 1 MG et un auxiliaire paramédical

Note de lecture : dans 103 centres de santé, le nombre moyen de patients MT par ETP MG ou MEP s'établit entre 601 et 800 patients.

Jusqu'à peu, faute d'accès à Ameli Pro, les médecins en centre ne pouvait pas procéder en ligne à la déclaration Médecin Traitant (MT) adulte et enfant de moins de 16 ans⁴⁷⁷ : la déclaration était effectuée uniquement par voie papier, ce qui donnait lieu à de nombreux dysfonctionnements (retards de plusieurs mois, perte...). De plus, la FNCS, sur son site, précise qu'« après plus de 5 ans de travaux avec les partenaires, aucune solution n'a été trouvée. Seul un à deux fournisseurs de logiciels ont pu accéder à des solutions acceptables ».

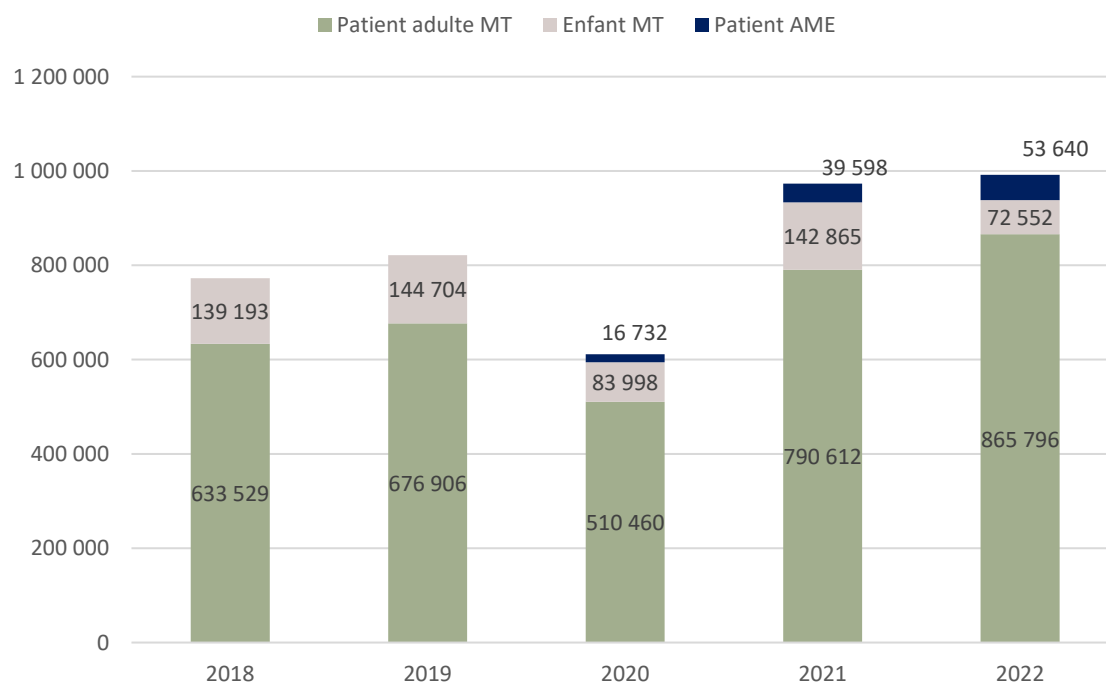
Ces dysfonctionnements n'ont pas été résolus avec l'ouverture du téléservice, d'après les témoignages recueillis par la mission. Outre l'absence de mise à jour de plusieurs éditeurs de logiciels – ce qui oblige le professionnel à « sortir » de son logiciel pour accéder à Ameli Pro – qui génère une perte de temps, ou l'absence de mise à jour des habilitations des cartes CPS, plusieurs centres rapportent 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 expliqué.

Il en résulte donc, depuis des mois, voire des années, une perte potentiellement importante de recettes pour les centres de santé, en particulier pour la partie de rémunération spécifique versée dans le cadre de l'Accord national de santé.

⁴⁷⁷ 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.

Ainsi, si la patientèle totale MT a bien augmenté de 36,7 % depuis 2018 portant à 992 000 le nombre de patients suivis en 2022 par les CDS pluriprofessionnels, le nombre de patients MT moyen suivis par centre diminue au cours de la période (-22 %, soit 1 631 patients en moyenne), tout comme le nombre médian (-32,5 %, soit 1 121 patients).

Graphique 9 : Composantes de la patientèle MT (2018-2022) des CDS pluriprofessionnels



Source : Mission à partir des données Assurance maladie – champ : CDS pluriprofessionnels (au moins 1 MG + 1 auxiliaire paramédical)

Pour réduire la charge administrative des médecins traitant en centre, une piste a été évoquée par les gestionnaires des centres de déléguer aux gestionnaires la procédure de déclaration MT (via la carte CPE).

A ces dysfonctionnements s’ajoutent certaines pratiques peu scrupuleuses de la part de certains professionnels de santé libéraux et qui ont été signalées à la mission, consistant en fin d’année à « optimiser » leur file active « médecin traitant » en fin d’année pour bénéficier d’un surplus de ROSP (appréciée uniquement à la date du 31/12, pour l’ensemble d’une année), sans que l’on puisse évaluer leur étendue, puisque ces pratiques ne sont pas détectables dans le système d’information par l’Assurance maladie, et qu’elles ne sont constatées par les centres a posteriori qu’à la condition que les patients leur signale – ce qui peut prendre du temps, avant que le patient ne s’en rende compte. Il pourrait être mis fin à une telle pratique si la règle de gestion de la file active « médecin traitant » était calculée prorata temporis (piste également évoquée par les centres participant à PEPS/PRIMORDIAL) et que les patients étaient informés par l’Assurance maladie que la procédure de déclaration d’un nouveau médecin traitant a bien été prise en compte.