

# ESS'entiel

ESS et Centres de Santé privés à but non lucratif



Les Synthèses Thématiques de  
l'Observatoire Régional de l'Économie  
Sociale et Solidaire en Île-de-France



**cress**

Chambre Régionale  
de l'Économie Sociale  
et Solidaire Ile-de-France



URIOPSS

*Ile-de-France*





# INTRODUCTION

**L'Économie Sociale et Solidaire, actrice historique du secteur de la santé, est en parfaite cohérence avec le modèle proposé par les centres de santé.**

Le système sanitaire national est aujourd'hui confronté à un certain nombre de défis liés aux évolutions démographiques, épidémiologiques et professionnelles de ces dernières années : les professionnel·le·s de la santé partent à la retraite, la population vieillit et le nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques progresse. La région francilienne n'échappe pas à ces enjeux et, malgré une forte densité de médecins et de chirurgiens-dentistes, la répartition inégale de l'offre de soins amène à ce que différents territoires franciliens soient confrontés à une offre insuffisante. Parallèlement, l'écart important de revenus dans la région entraîne des inégalités sociales et économiques qui se répercutent directement sur l'accès aux soins et sur les déterminants de la santé d'une partie de la population.<sup>1</sup>

Dans ce contexte, les projets de santé coordonnés et pluriprofessionnels ont été mis en avant comme des

leviers d'action pour mettre le patient au cœur des soins et pour lutter contre les déserts médicaux et les inégalités territoriales, économiques et sociales de santé. Parmi les projets de santé coordonnés, un modèle qui se distingue par son antériorité et son intérêt sanitaire et social est celui des centres de santé ; ces structures sanitaires de proximité assurent une offre de soins de premier recours<sup>2</sup> et une prise en charge globale des patient·e·s à travers la prévention, la promotion et l'éducation à la santé. Accessibles à tout public, leurs caractéristiques favorisent davantage l'introduction dans le système de soins des populations plus fragiles, en facilitant leur accès économique et géographique.<sup>3</sup>

Les associations, mutuelles, organismes d'assurance maladie et municipalités ont été à l'initiative des centres de santé depuis l'émergence de ce modèle. Aujourd'hui, cette dynamique est formalisée dans le Code de la Santé Publique, qui précise que ces

1 Les déterminants de la santé sont des facteurs qui contribuent à l'état de santé actuel d'une personne ou d'une population, en augmentant ou en diminuant la probabilité d'apparition d'une maladie ou d'un décès prématuré et évitable.

2 L'article L. 1411-11 du Code de la santé publique précise que les soins de premier recours comprennent : « 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique, 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social, 4° L'éducation pour la santé. »

3 Dans la partie 3.1, « Dimension sociale des centres de santé », les caractéristiques des centres de santé qui facilitent l'accès aux populations les plus vulnérables sont détaillées.

structures peuvent être créées et gérées par des organismes à but non lucratif, des départements, des communes ou leurs groupements, des établissements de santé publics ou privés et, plus récemment, par des sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC).

L'économie sociale et solidaire, actrice historique du secteur de la santé, est en parfaite cohérence avec le modèle proposé par les centres de santé. Ses valeurs, telles que la lucrativité limitée, la gouvernance démocratique<sup>4</sup> et l'ancrage territorial, favorisent l'accès aux soins pour toutes et tous et permettent de placer la population et les professionnel-le-s au cœur de la prise de décision. Ces valeurs favorisent également la coopération de multiples acteur-ice-s autour d'un projet de santé au bénéfice des habitant-e-s. Ainsi, les structures de l'ESS, en particulier les mutuelles et les associations, représentent une proportion importante des gestionnaires de centres de santé au niveau national.

Le modèle des centres de santé mutualistes, héritier du principe de l'entraide solidaire, repose souvent sur une volonté de démocratiser l'accès aux soins par la voie économique. Les centres associatifs, quant à eux, peuvent répondre à des besoins plus spécifiques, propres à un groupe de personnes ou aux habitant-e-s d'un territoire, grâce à leur expertise. Ces centres,

tout comme les centres municipaux, sont également souvent créés pour répondre à une carence de l'offre de soins de proximité du secteur 1 sur un territoire. Enfin, les centres de santé coopératifs, dont la création est récente, visent à associer plus étroitement les parties prenantes à la gouvernance de la structure.

En somme, les centres de santé de l'ESS sont très variés en termes de fonctionnement, de gouvernance et de modèle économique, mais ils partagent tous un objectif commun : offrir des soins de qualité pour tou-te-s, en prenant le patient dans sa globalité.

Malgré ces modèles innovants, les centres de santé inscrits dans l'ESS, qui remplissent souvent un rôle de service public, rencontrent des difficultés particulières dans le développement et la pérennisation de leurs activités.

La présente étude cherche à mettre en lumière les opportunités du modèle de centres de santé privés à but non lucratif pour répondre à des besoins actuels en matière de soins primaires, ainsi que les enjeux auxquels ils sont confrontés à travers une série de portraits de structures.

---

<sup>4</sup> Conformément à la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire, les organisations de l'ESS se caractérisent, entre autres, par une gouvernance démocratique "définie et organisée par les statuts, prévoyant l'information et la participation, dont l'expression n'est pas seulement liée à leur apport en capital ou au montant de leur contribution financière, des associés, des salariés et des parties prenantes aux réalisations de l'entreprise".

# ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

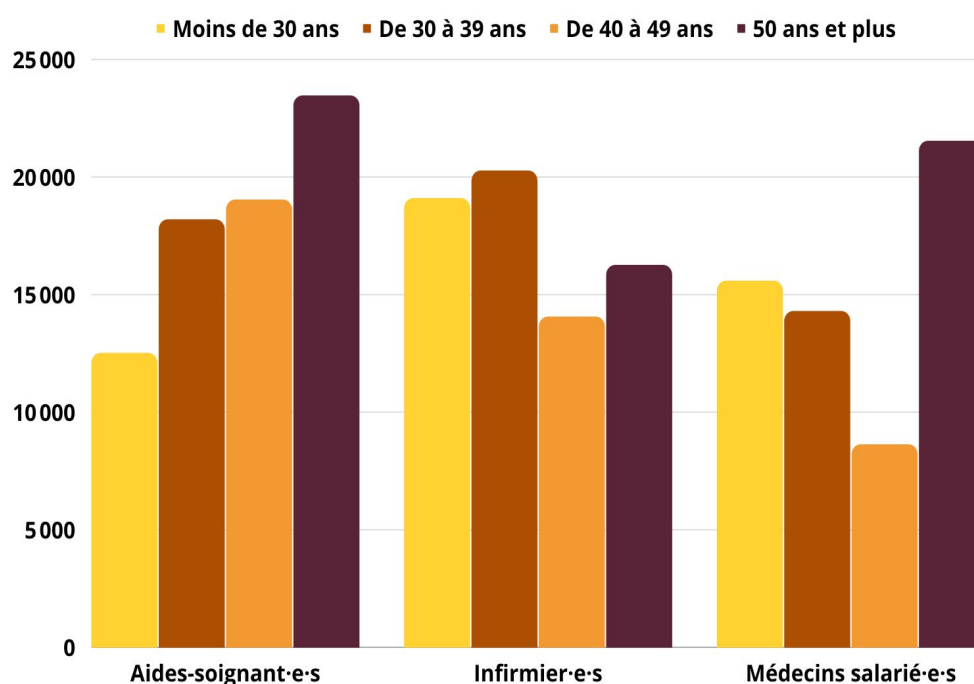
Comptant plus de 12 000 habitant·e·s, la région francilienne se distingue par un niveau de richesse plus élevé et par une population en moyenne plus jeune que dans les autres régions du pays. Ses indicateurs de santé sont relativement favorables et l'espérance de vie à la naissance est la plus élevée, atteignant 80,7 ans pour les hommes et 86 ans pour les femmes<sup>1</sup>. Le territoire est également l'une des régions ayant une des plus fortes densités de médecins libéraux et de chirurgiens-dentistes.<sup>2</sup>

En dépit de ces avantages, la région présente également un cadre de fortes inégalités territoriales et sociales : bien que les habitant·e·s de la région bénéficient d'un niveau de revenu moyen plus élevé que dans le reste du pays, les disparités

de revenus sont également plus marquées, avec des taux de chômage et de pauvreté atteignant respectivement 7%<sup>3</sup> et 15,6%<sup>4</sup>. En outre, plus d'un·e Francilien·ne sur dix habite dans un quartier prioritaire de la politique de la ville.<sup>5</sup>

Ces inégalités s'observent également en termes d'offre de soins à l'échelle interdépartementale et infra-départemental : ainsi, les départements de Paris et des Hauts-de-Seine bénéficient d'une offre plus forte, avec jusqu'à 12 médecins libéraux pour 10 000 habitants à Paris, tandis que la Seine-Saint-Denis, l'un des départements les plus peuplés de la région, et le Val d'Oise ont une offre plus faible de professionnel·le·s par habitant, la Seine-Saint-Denis ne comptant que 6,7 praticien·ne·s pour 10 000 habitants.<sup>6</sup>

## GRAPHIQUE 1 : Proportion de salarié·e·s par tranche d'âge et par métier en Île-de-France



Source : Observatoire Régional de l'ESS, d'après INSEE DSN 2019.

1 Jabot, D. (2022, 12 mai). Bilan démographique 2021 de l'Île-de-France : moins de décès et des naissances toujours en baisse. Insee. Consulté le 27 septembre 2022, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6442047#:text=En%202021%2C%20en%20%20C3%8E%2Dde,hommes%2C%201%2C%20an>.

2 Chiffres clés de la santé en Ile-de-France. (2022b, avril 8). Agence régionale de santé Ile-de-France. Consulté le 5 octobre 2022, à l'adresse <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/chiffres-cles-de-la-sante-en-ile-de-france>

3 INSEE. (2022, 27 septembre). Déclaration sociale nominative [Base de données]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2109644>

4 INSEE. (2021, 2 décembre). 1,8 million de Franciliens exposés à la pauvreté et 470 000 dans son halo [Base de données]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5896436#:text=En%202018%2C%20en%20%20C3%8E%2Dde,%2C6%20%25%20de%20la%20population>.

5 Etat des lieux de l'ESS dans les quartiers de la politique de la ville. (2022, 13 juillet). ESS France. Consulté le 27 septembre 2022, à l'adresse <https://www.ess-france.org/etat-des-lieux-de-l-ess-dans-les-quartiers-de-la-politique-de-la-ville>

6 Chiffres clés de la santé en Ile-de-France. (2022, 8 avril). Agence régionale de santé Ile-de-France. Consulté le 27 septembre 2022, à l'adresse <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/chiffres-cles-de-la-sante-en-ile-de-france>



Comme dans le reste du pays, l'offre de soins est en constante baisse en raison du départ à la retraite des professionnel·le·s de la santé et d'une entrée insuffisante de nouveaux·lles professionnel·le·s sur le marché du travail.

Ces inégalités territoriales, économiques et sociales affectent autant les déterminants de santé des Francilien·ne·s que leur accès aux soins. Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) montre que les personnes vivant dans des conditions de pauvreté sont trois fois plus susceptibles de renoncer à des soins ; si elles vivent dans des zones où il y a une carence de médecins généralistes, ce risque est huit fois plus élevé<sup>7</sup>. Un baromètre réalisé par l'association de Coordination des œuvres sociales et médicales (COSEM) confirme ces observations : selon ce

dernier, 26% des Francilien·ne·s ont déjà dû interrompre ou renoncer aux soins.<sup>8</sup> Parmi les motifs évoqués, les difficultés financières sont citées par un tiers des personnes, qui renoncent en premier lieu aux soins dentaires et ensuite aux soins de médecine générale.

Face à ce contexte alarmant, les centres de santé prennent un intérêt croissant dans la lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé et offrent une opportunité pour réexaminer l'organisation de l'offre de soins de premier recours et la prise en charge des patient·e·s, dont les besoins ne cessent d'évoluer. Cet intérêt a été reconnu tant par l'État, à travers le plan Ma Santé 2022, que par les autorités régionales, dans le Plan Stratégique Régional de Santé de 2018-2022.<sup>9</sup>

7 Toutlemonde, F. (Réalisateur). (2021). Les établissements de santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ES2021.pdf>

8 Daoui, L. (2020, 27 janvier). Étude du Cosem sur l'accès à la santé en Ile-de-France. Affiches Parisiennes. Consulté le 27 septembre 2022, à l'adresse <https://www.affiches-parisiennes.com/etude-du-cosem-sur-l-access-a-la-sante-en-ile-de-france-9675.html>

9 Le Projet Régional de Santé 2018-2022. (2022, 8 avril). Agence régionale de santé Ile-de-France. Consulté le 27 septembre 2022, à l'adresse <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022>.

# LES CENTRES DE SANTÉ : UNE OFFRE DE SOINS PRIMAIRES DE PROXIMITÉ

L'article L6323-1 du Code de la Santé Publique définit les centres de santé comme des structures sanitaires de proximité, qui assurent principalement des soins de premier recours, sans hébergement, au sein de la structure ou au domicile du patient. Ces structures permettent d'associer des professionnel-le-s médicaux et des auxiliaires médicaux autour d'un projet de santé, assurant une prise en charge coordonnée et pluriprofessionnelle des patient-e-s.

Les centres de santé peuvent se décliner en centres médicaux, spécialisés ou polyvalents, et leur création et gestion peuvent être assurées par des organismes à but non lucratif, des EPCI, des collectivités territoriales, des établissements de santé publics ou privés et, depuis 2018, par des sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC).

## Dimension sociale des centres de santé

Les centres de santé constituent le premier modèle de médecine coordonnée de premier recours. Leur histoire remonte aux consultations charitables mises en place au XVIIe siècle et aux dispensaires institués au XIXe siècle, qui avaient pour vocation première de répondre aux besoins des ouvrier-e-s et de leurs familles.<sup>1</sup>

Cette double dimension, sanitaire et sociale, est toujours au cœur des centres de santé. Bien que destinées à tout public, différentes caractéristiques de ces structures favorisent l'accès aux soins des plus fragiles. D'une part, en ce qui concerne l'aspect économique, les centres de santé conservent les tarifs opposables et acceptent le tiers-payant, ce qui permet d'éviter l'avance de frais par les patient-e-s. D'autre part, leur histoire fait que ces structures sont souvent implantées à proximité de zones plus fragiles, facilitant ainsi l'accès géographique des populations y habitant. À cet égard, un rapport de la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) indique qu'un quart des centres de santé sont situés dans des zones prioritaires, c'est-à-dire, dans des quartiers prioritaires de la ville (QPV), des quartiers vécus<sup>2</sup> des zones prioritaires urbaines ou rurales des Schémas régionaux d'organisation sanitaire<sup>3</sup>. Enfin, les centres de santé ont historiquement fourni une attention particulière aux populations fragiles, notamment aux

personnes en situation d'addiction, aux personnes atteintes du VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles, ainsi qu'aux jeunes, aux familles monoparentales, aux personnes âgées et aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CMU).

Les centres de santé se présentent ainsi comme un levier pour lutter contre les inégalités de santé, mais aussi pour répondre à d'autres défis, comme l'augmentation des maladies chroniques, telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires, grâce à des actions de santé publique qui consistent en la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique des patient-e-s. et par l'adoption d'une approche de la santé qui va bien au-delà de la pratique de soins.

En complément des opportunités que peuvent apporter les centres de santé aux habitant-e-s d'un territoire, ils présentent également de multiples avantages pour les professionnel-le-s de la santé, tels que les bénéfices du travail salarié, la flexibilité horaire, la décharge des tâches administratives et la possibilité de coordination avec d'autres professionnel-le-s, ce qui leur permet d'exercer l'activité médicale de manière collective, rompant ainsi avec le modèle classique de la médecine de ville libérale.

1 Colin, M. P., & Acker, D. (2009). Les centres de santé : une histoire, un avenir. *Santé publique*, 21(hs1), 57-65.

2 Les quartiers vécus sont identifiés comme des zones situées en dehors du périmètre des QPV mais dont l'implantation d'équipements bénéficie aux habitant.e.s de ces derniers.

3 Les chiffres nationaux 2018 de l'observatoire des CDS. (s. d.). Fédération Nationale des Centres de Santé. Consulté le 28 septembre 2022, à l'adresse [https://www.fncs.org/les-chiffres-nationaux-2018-de-l-observatoire-des-cds#:~:text=En%202018%2C%20sur%20les%2013,les%20m%C3%A9decins%20g%C3%A9n%C3%A9ralistes%20\(9%20%25\)](https://www.fncs.org/les-chiffres-nationaux-2018-de-l-observatoire-des-cds#:~:text=En%202018%2C%20sur%20les%2013,les%20m%C3%A9decins%20g%C3%A9n%C3%A9ralistes%20(9%20%25).).

## Les enjeux actuels du modèle

Les centres de santé ont connu une croissance importante ces dernières années dans tout le pays, la région francilienne présentant la plus forte densité de structures, avec 488 centres en activité selon les données de 2018, situés majoritairement dans les zones urbaines.<sup>1</sup> Au niveau national, les associations et les mutuelles sont responsables de la gestion de près de 45% des centres médicaux et de 90% des centres infirmiers et dentaires.<sup>2</sup>

La création de ces derniers a particulièrement progressé dans tout le pays, avec une évolution allant jusqu'à 60%<sup>3</sup> au cours des cinq dernières années, la plupart d'entre eux étant créés sous la forme associative.

Cette multiplication peut parfois générer des dérives par certains centres, dont les cas récents de Dentexia et de Proxidentaire sont un exemple.<sup>4</sup> Ces centres déviants<sup>5</sup>, parfois aussi nommés "low cost", s'installent souvent dans des zones surdotées de praticien·ne·s, et font reposer leur équilibre économique sur la prestation de services non conventionnés, comme les prothèses dentaires et les implants, dérivant donc vers une approche marchande de

l'activité contrairement aux valeurs et objectifs initiaux des centres de santé.

Les pratiques de ces centres dentaires impactent négativement l'image globale des centres de santé, pouvant générer des difficultés dans le développement et la promotion de ce modèle.

Ces dérives du modèle sont en partie la conséquence de la simplification du processus de création des centres de santé associatifs qui a eu lieu en 2009, avec notamment la suppression de l'autorisation préalable à l'ouverture, de l'absence de contrôles par les Agences Régionales de Santé, mais aussi d'un modèle économique qui rend difficile l'atteinte de l'équilibre financier de manière autonome.

Selon une étude de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), les centres médicaux et polyvalents, quel que soit leur modèle de gestion, nécessitent des ressources supplémentaires représentant près de 14% de leur budget total pour arriver à l'équilibre<sup>6</sup>. Avec un modèle économique

***“ Avec la multiplication des centres dentaires, dont beaucoup se détournent du modèle associatif, l'Union des Mutuelles d'Île-de-France (UMIF) rencontre des difficultés pour établir une relation avec les collectivités territoriales ou pour obtenir des subventions de leur part. À cet égard, l'UMIF insiste sur le besoin d'un contrôle renforcé des centres dentaires par les pouvoirs publics, tant sur le plan de la qualité que sur celui de la cotation des actes, ainsi qu'un soutien plus conséquent aux centres de santé et dentaires mutualistes. ”***

**Céline Nosserau, directrice générale à l'UMIF**

1 Ministère des Solidarités et de la Santé. État de santé et offre de soins : les chiffres clés, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/donnees-acces-aux-soins-idf\\_visite.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/donnees-acces-aux-soins-idf_visite.pdf).

2 Les chiffres nationaux 2018 de l'observatoire des CDS. (s. d.). Fédération Nationale des Centres de Santé. Consulté le 28 septembre 2022, à l'adresse [https://www.fnccs.org/les-chiffres-nationaux-2018-de-l-observatoire-des-cds#:~:text=En%202018%2C%20sur%20les%2013,les%20m%C3%A9decins%20g%C3%A9n%C3%A9ralistes%20\(9%20%25\)](https://www.fnccs.org/les-chiffres-nationaux-2018-de-l-observatoire-des-cds#:~:text=En%202018%2C%20sur%20les%2013,les%20m%C3%A9decins%20g%C3%A9n%C3%A9ralistes%20(9%20%25)).

3 Dynamique de création des centres de santé 2017- 2021. (s. d.). Fédération Nationale des Centres de Santé. Consulté le 18 octobre 2022, à l'adresse <https://www.fnccs.org/dynamique-de-creation-des-centres-de-sante-2017-2021>

4 Le réseau Dentexia, dont l'activité a été suspendue en 2016 par l'Agence Régionale de Santé en raison du manque de qualité et de sécurité des soins, a fait plus de 3000 victimes, qui se sont regroupées au sein du «Collectif contre Dentexia». Un cas similaire s'est produit avec le réseau Proxidentaire en 2021.

5 L'utilisation de ce qualificatif ne correspond pas à une appréciation de la CRESS ou de l'URIOPSS Ile-de-France ; le terme a été utilisé pour qualifier certains centres dentaires par le ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, ainsi que par plusieurs articles de presse.

[https://www.challenges.fr/entreprise/sante-et-pharmacie/apres-l-affaire-proxidentaire-veut-on-la-peau-des-centres-de-sante-dentaire\\_786004](https://www.challenges.fr/entreprise/sante-et-pharmacie/apres-l-affaire-proxidentaire-veut-on-la-peau-des-centres-de-sante-dentaire_786004)

6 Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain. (2013). IGAS- Inspection générale des affaires sociales. Consulté le 28 septembre 2022, à l'adresse <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article322>



souvent basé sur le paiement à l'acte, les centres de santé sans portage politique éprouvent des difficultés à concilier leur mission sociale et leur équilibre économique ; les actions de santé publique menées par ces structures, telles que la prévention ou l'éducation à la santé, ainsi que des actions d'accompagnement à l'accès au droit à la santé, ne sont pas financées dans ce modèle, plaçant ainsi les structures et leur patientèle dans une position de fragilité. Cette problématique demande une révision de l'organisation et du financement des soins en vigueur.

En ce sens, le Ministère de la Santé et des Solidarité (aujourd'hui Ministère de la Santé et de la Prévention) a proposé en 2019 l'expérimentation du paiement en équipe de professionnel-le-s de santé en ville (PEPS), un dispositif qui est basé sur une rémunération forfaitaire collective des professionnel-le-s de santé dans le but de mieux adapter le modèle économique des structures aux changements intervenus ces dernières années, de promouvoir le décroisement des professionnel-le-s, d'améliorer la qualité des soins et de mettre le patient au cœur des préoccupations.

Bien que certains centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) testent actuellement ce nouveau système, ses avantages ne sont pas encore

confirmés et sa généralisation est loin d'être une réalité ; l'amélioration et l'extension de cette expérimentation, ainsi que la réflexion autour de nouvelles propositions, doivent se poursuivre. À présent, la solution adoptée par certains centres financièrement autonomes pour maintenir l'équilibre économique est d'établir une mixité de services médicalement et économiquement pertinents et de maîtriser l'organisation de leurs établissements. Dans le cas des centres gérés par les collectivités territoriales, les éventuels déficits sont supportés par ces dernières.

Un autre enjeu majeur concerne le recrutement de professionnel-le-s de la santé, en particulier de médecins généralistes et de spécialistes. Bien que cette problématique ne soit pas spécifique au modèle des centres de santé, ces structures peuvent rencontrer des difficultés spécifiques. Les professionnel-le-s de santé qui décident de travailler dans un centre de santé le font généralement par une motivation intrinsèque, attiré-e-s par le projet et par l'exercice en équipe coordonnée.

Afin d'attirer et de garder ces professionnel-le-s, les structures font des efforts importants pour s'adapter aux temps partiels et pour proposer des salaires attractifs, qui pèsent souvent sur leur modèle économique.



***“ La Place Santé dispose d'une équipe stable, mais rencontre des difficultés pour embaucher des médecins généralistes en particulier. Cette problématique s'inscrit dans les enjeux qui existent au niveau national en termes de pénurie de professionnel-le-s de santé, mais elle est également due aux enjeux attractivité de la zone où se situe le centre (Le Franc-Moisin, Saint-Denis) et à une dynamique qui s'est développée depuis la pandémie, dans laquelle les personnes veulent quitter la région francilienne à la recherche d'une meilleure qualité de vie. ”***

**— Émilie Henry, directrice de La Place Santé**

*“ Les centres de santé de la Croix Rouge recrutent des professionnel-le-s de façon permanente et font face aux difficultés de recrutement imposées par le contexte actuel de pénurie de professionnel-le-s de la santé. Travailler dans un centre de santé a également ses particularités, c’est pourquoi exercer dans une telle structure doit être un choix pour les professionnel-le-s ; ce choix est souvent basé sur la possibilité de travailler en équipe, de bénéficier des avantages de la médecine de ville tels que le secrétariat et la gestion de la partie administrative, ainsi que l’intérêt d’une approche coordonnée pour le patient dans le cadre de la pluridisciplinarité des centres de santé. L’exercice dans un centre de santé offre également un certain nombre d’avantages qui peuvent répondre à l’évolution des attentes des professionnel-le-s ces dernières années, notamment par le biais de contrats à temps partiel. ”*

---

Sandrine Aissat, responsable de quatre centres de santé de la Croix Rouge



*“ L’Union des Mutuelles de Île-de-France rencontre des difficultés pour recruter des professionnel-le-s, notamment pour les centres situés dans des zones jugées moins attractives. Afin d’attirer les professionnel-le-s, la structure cherche donc à proposer des salaires attractifs, mais cela pèse sur le modèle économique de ses centres de santé. Par ailleurs, avec la multiplication des centres dentaires, la concurrence pour attirer les professionnel-les est devenu plus forte. ”*

---

Céline Nosserau, directrice générale à l’UMIF

Ces enjeux sont à mettre en perspective avec l’utilité sociale et sanitaire de ces structures, qui répondent à des besoins de santé non satisfaits sur le territoire.

# TÉMOIGNAGES

## Les centres de santé communautaires : construire la santé avec et pour les habitant·e·s

Les centres de santé, et particulièrement ceux gérés par des structures de l'ESS, se caractérisent par un fort ancrage territorial. Leur aspect de proximité leur permet de mettre les habitant·e·s au centre des préoccupations et de co-construire avec eux une offre de santé adaptée à leurs besoins sanitaires et sociaux. Le dialogue avec les collectivités territoriales et leur implication dans le tissu associatif local permettent également de développer une approche globale de la santé, intégrant les soins, la prévention, l'éducation à la santé ainsi qu'un travail autour de l'amélioration de ses déterminants.



### La Place Santé

**Territoire d'action :** Seine-Saint-Denis

**Statut juridique :** Association

**Site web :** <http://acsbe.asso.fr>

L'Association Communautaire Santé Bien-Être (ACSBE) a été fondée il y a 30 ans dans le quartier prioritaire du Franc-Moisin à Saint-Denis avec pour mission d'accompagner les habitant·e·s du quartier dans toutes les questions liées à l'accès au droit à la santé.

Le projet est le résultat d'un diagnostic de santé communautaire des habitant·e·s du quartier, réalisé par une équipe pluridisciplinaire dans le cadre d'un appel à projets de la ville de Saint-Denis.

Après plusieurs années de partenariat avec un cabinet de médecins généralistes libéraux, l'association a décidé d'intégrer directement les soins dans sa structure, en créant le centre de santé communautaire La Place Santé en 2011. Ce centre cherche à s'appuyer sur les ressources et les compétences présentes dans la communauté pour répondre aux problématiques sociales et économiques de ses patient·e·s.

La Place Santé a pour mission d'améliorer la santé des habitant·e·s des quartiers du Franc-Moisin, Bel Air et Stade de France par la réalisation de diverses activités. En matière de soins, le centre propose des consultations de médecine générale, de gynécologie médicale et de puériculture. Le centre apporte également un accompagnement, par ses médiateur·ice·s de santé, pour l'accès aux droits de santé, en accompagnant les habitant·e·s dans l'ouverture de leurs droits, dans la constitution de dossiers de retraite, dans l'accès aux droits des personnes en situation de handicap, etc.

Dans une démarche de prise en charge globale des habitant·e·s, La Place Santé s'appuie sur les soins mais aussi sur un accompagnement du public, avec un accent particulier sur le collectif et sur les professionnel·le·s de la communauté, en proposant un appui sur les questions sociales et économiques, des actions de sensibilisation et d'éducation à la santé et une série d'ateliers qui permettent de travailler les problématiques de santé autrement.

L'équipe de La Place Santé est composée de 20 à 25 salarié·e·s, dont une infirmière de pratiques avancées, des psychologues, des médiateur·rice·s de santé, des médecins généralistes et des accueillant·e·s.

Avec un aspect important de proximité et d'ancrage territorial, La Place Santé reçoit plus de 4000 patient·e·s par an, la plupart provenant du quartier. Ses patient·e·s sont d'âge variable, mais il y a une forte présence de jeunes et de personnes en situation de précarité.

En termes de gouvernance, la structure est en train de passer du statut associatif au statut de société coopérative d'intérêt collectif (SCIC). Les technicien·ne·s sont actuellement impliqués dans la prise de décisions stratégiques, mais un bureau est le principal organe de gouvernance en lien avec la direction. La transformation en SCIC permettra une plus grande participation des salarié·e·s grâce à un collège qui leur sera dédié. La SCIC permettra également d'impliquer plus fortement les usager·e·s qui, jusqu'à présent, participaient peu au processus décisionnel de la structure. Les collectivités et les partenaires pourront également être associés à la prise de décision grâce à ce nouveau statut juridique.

En ce qui concerne le modèle économique, la structure expérimente actuellement le système de Paiement en Equipe Professionnelle de Santé (PEPS), qui consiste en un paiement trimestriel basé sur le nombre de patient·e·s que le centre accompagne, ainsi que sur le type de patient·e·s accompagné·e·s. Ce système permet de réduire la pression du paiement à l'acte, qui devait auparavant couvrir au moins une partie des salaires. L'expérience permet également de rémunérer les consultations téléphoniques, la coordination des soins et d'autres activités qui ne relèvent pas des soins.

Une deuxième expérience en matière de modèle économique est l'Exercice Collectif en Quartier Populaire Participatif, qui a été travaillé avec la Direction Interministérielle de Lutte Contre la Pauvreté pendant un an. Ce dispositif a abouti à la définition d'un cahier des charges, dans lequel le modèle économique a été négocié. Cette expérience se base sur un nombre de dotations, telles que le temps consacré par les professionnel·le·s à la participation et les postes des non professionnel·le·s de la santé, et permet de rémunérer le poste de psychologue et le temps consacré à l'interprétariat.

La Place Santé est également financée par la ville de Saint-Denis, à hauteur de 25 000 euros, ainsi que par une subvention du Conseil Départemental.

Le centre entretient un partenariat fort avec la collectivité locale et s'inscrit dans la dynamique du territoire en matière de santé. La collectivité, quant à elle, soutient la structure et intervient sur des besoins spécifiques, comme la question du foncier.

La Place Santé s'inscrit également dans le territoire par le biais d'un travail commun avec d'autres associations du quartier, vers lesquelles le centre réoriente ses patient·e·s afin de répondre à des problématiques qui ne relèvent pas de son expertise.

En termes de réseaux, le centre participe au Réseau des Centres de Santé, au Centre de Santé d'Île-de-France, à la Médiation Sociale et Culturelle et construit un réseau national de centres de santé communautaires.



## Les sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC) : Un modèle pour engager toutes les parties prenantes

La possibilité pour une structure ayant le statut de SCIC de gérer un centre de santé est très récente, et a été le produit du militantisme de différents acteur·ice·s de la santé et de l'organisation de l'offre de soins auprès des pouvoirs publics. Ce statut juridique permet d'impliquer fortement la patientèle et les professionnel·le·s dans la prise de décisions de la structure et de construire un large réseau de coopérateur·ice·s divers qui donnent force au projet.

Le centre de santé de Richerand a été le premier à être géré par une SCIC et le modèle s'est avéré prometteur : la SCIC permet de décloisonner la médecine de ville et la médecine hospitalière en ouvrant la possibilité d'intégrer les hôpitaux comme sociétaires. De la même manière, les collectivités territoriales peuvent allier leurs objectifs en matière de santé à une participation directe à la gouvernance d'un établissement de santé, et contribuer jusqu'à 50 % à son capital.





## Centre de santé Richerand

**Territoire d'action :** Paris (10ème arrondissement)

**Statut juridique :** Coopérative

**Site web :** <https://www.centre-de-sante-richerand.fr>

Le centre de santé de Richerand est le premier centre à être géré par une structure ayant le statut de Société Coopérative d'Intérêt Collectif (SCIC). Auparavant, le centre était géré par les activités sociales des industries électriques et gazières (CCAS) sous le nom de Centre National de Santé, répondant ainsi au besoin de l'époque de démocratiser l'accès aux soins, notamment auprès des travailleurs des industries électriques et gazières.

Le modèle économique traditionnel des centres de santé étant difficile, le CCAS a souhaité soutenir financièrement une évolution du projet, transférant l'ensemble de ses activités à la Coopérative de santé Richerand en 2019.

Pour la Coopérative de Santé Richerand, le choix de ce statut juridique répondait à une volonté d'impliquer fortement les usager·e·s et les salarié·e·s dans la gouvernance de la structure, en leur donnant voix au chapitre dans les décisions.

L'activité principale du Centre de Santé Richerand, situé dans le 10e arrondissement de Paris, est la médecine générale, autour de laquelle s'articulent des spécialistes, des dentistes, des infirmières, des services de radiologie et autres, composant une équipe d'une cinquantaine de salarié·e·s. La mission principale de la structure est de dispenser des soins de qualité à la population du territoire. Elle accueille actuellement environ 190 patient·e·s par jour issus du quartier et des alentours.

Le centre est ouvert à tous et toutes. Il reçoit notamment un public vulnérable, avec quotidiennement des personnes sans médecin traitant, des personnes sans abri, des travailleur·euse·s du sexe et des personnes en situation d'addiction. Quelques actions particulières sont menées en direction de ce type de patientèle : les médecins du centre Richerand se rendent dans les centres d'accueil de jour pour voir les personnes en situation de vulnérabilité et les accompagner pour entrer dans le système de soins. Trois médecins de l'équipe se rendent également dans les hôpitaux locaux pour voir les patient·e·s hospitalisés qui n'ont pas de médecin traitant et qui sont atteints de maladies graves.

Parallèlement, la SCIC comprend deux partenaires gérant leurs propres activités sous la forme associative qui proposent des actions pour des publics particuliers : l'un, géré par l'association Parcours d'Exil, dédiée à la prise en charge des migrant·e·s victimes de violences étatiques, et un second, le centre de psychotrauma de l'Institut de victimologie, créé après l'attentat de Saint-Michel et dédié aux victimes de psychotrauma, de violences domestiques, d'inceste, etc.

En termes de gouvernance, les usager·e·s et les professionnel·le·s sont représenté·e·s au sein de la SCIC par le biais de deux collèges correspondants. Deux autres collèges intègrent la gouvernance de la structure : le collège des partenaires opérationnels, où se trouvent l'Institut de victimologie et le centre de santé parcours d'exil, et un collège dédié aux contributeur·trice·s qualifié·e·s, qui ne participent pas opérationnellement au projet mais partagent les objectifs et les valeurs de la coopérative. La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du 10ème arrondissement est également membre de la SCIC, qui a servi de point d'appui à sa création et qui est aussi son siège aujourd'hui. Enfin, la coopérative dispose d'un collège dédié aux collectivités territoriales partenaires et aux hôpitaux, tels que l'hôpital Saint-Louis et l'hôpital Lariboisière.

Le centre Richerand entretient une forte relation de travail avec la ville de Paris et est un acteur clé en matière de santé sur territoire. Pendant la crise sanitaire, ce partenariat a abouti à la co-gestion du centre de vaccination du 10e arrondissement, où les professionnel·le·s du centre ont assuré l'administration de près de 1700 vaccinations par jour. Cette relation a également permis l'ouverture en décembre 2021 du premier centre de vaccination pédiatrique du pays.

La Ville a par ailleurs accordé une subvention d'un million d'euros pour les travaux du bâtiment du centre de santé Richerand.

Concernant le modèle économique, le Président de la coopérative considère que le système de rémunération à l'acte est devenu inadapté pour le centre ; ce système ne permettait pas de tenir en compte la qualité des soins dispensés ou le temps passé avec les patient·e·s. Dans ce contexte, avec neuf autres centres de santé d'Ile-de-France, ou encore comme le centre de santé communautaire La Place Santé, le centre participe à une expérimentation avec le dispositif du PEPS, qui permet une gestion globale des patient·e·s. Le paiement est versé trimestriellement en fonction du nombre de patient·e·s qui ont un médecin traitant dans le centre. Ce système encourage donc à bien soigner les patient·e·s pour qu'ils reviennent, et permet également de rémunérer les activités d'éducation à la santé et de prévention, qui étaient auparavant sous-financées.



# Une offre essentielle en danger face aux difficultés économiques et aux détournements des objectifs des centres dentaires



## Centres de santé de la Croix Rouge

**Territoire d'action :** Île-de-France

**Statut juridique :** Association

**Site web :** <https://pouvous.croix-rouge.fr/articles/les-centres-de-sante-une-medecine-de-proximite-votre-service>

La Croix Rouge Française dispose de six centres de santé dans la région francilienne, deux à Paris et quatre dans le département des Hauts-de-Seine, au sein des communes de Boulogne-Billancourt, Antony, Meudon et Villeneuve-la-Garenne, ainsi que d'un centre d'information et de dépistage.

Ces centres, situés dans les cœurs de ville, ont pour objectif de dispenser un service de santé de proximité destiné à tout public, en proposant des soins de médecine générale et spécialisée, des consultations de sages femmes, des soins dentaires et d'orthodontie.

Les centres de santé de la Croix Rouge comptent entre vingt et trente salarié·e·s, selon la taille de la structure, dont une partie est mutualisée entre les différents centres. Ces professionnel·le·s sont majoritairement des médecins généralistes et des dentistes ; la médecine spécialisée n'est représentative que sur le centre de Meudon et Haxo, où les professionnel·le·s sont implanté·e·s de longue date dans la structure.

En termes de gouvernance, les professionnel·le·s peuvent faire des propositions de nouvelles activités et la structure réalise ensuite une étude pour déterminer le coût de l'investissement, l'opportunité en fonction des attentes et des besoins du territoire et sa durabilité. Certaines de ces propositions sont par exemple l'accueil des stagiaires, des actions de prévention telles qu'Octobre rose, mars bleu, des campagnes de vaccination mais aussi l'unité mobile dentaire pour les actions dents auprès d'EHPAD, MAS, FAS. Ces initiatives reposent principalement sur l'implication des praticien·ne·s.

Le public peut varier selon la localisation du centre, mais généralement les centres de la Croix Rouge reçoivent un public qui a établi une relation de confiance avec des professionnel·le·s rattaché·e·s à la structure depuis longtemps.

Les centres de santé de la Croix Rouge cherchent à attirer tout type de population, et à casser l'image d'une association associée à l'image d'un dispensaire ne recevant que les publics vulnérables. Dans cet objectif, un partenariat avec l'écosystème (les mairies, hôpitaux de proximité, les fédérations, les réseaux, les CPTS...) permet de communiquer



sur l'offre de soins des centres et les nouvelles activités pour l'ensemble de la population.

Les centres de santé de la Croix Rouge disposent d'un réseau solide : les structures sont membres de la FNCS et de l'URIOPSS Ile-de-France, mais travaillent également dans le cadre des CPTS dont elles sont adhérentes. Les centres ont également des conventions et de partenariats bien établis avec des cabinets de radiologie, le dispositif d'appui à la coordination, et des structures de soins spécialisés.

En ce qui concerne le modèle économique, basé sur le paiement à l'acte, les centres de la Croix Rouge, sont confrontés à des difficultés d'équilibre budgétaire. Seul le centre de Villeneuve la Garenne, qui dispose d'un espace santé jeunes et d'un planning familial, bénéficie de subventions spécifiques en partenariat avec la ville dans le cadre d'un d'appel à projets.

Les centres sont également conventionnés avec l'Accord National sur les Centres de Santé, ce qui lui permet de recevoir des rémunérations forfaitaires et optionnelles liées aux activités réalisées. Les enjeux d'équilibre économique rencontrés par les centres de santé ont conduit à des discussions au sein de la Croix-Rouge française qui ont conduit à un projet de cession des centres de santé.

Les offres reçues et étudiées dans ce cadre n'ayant pas abouties, la Direction Générale de la Croix-Rouge française a décidé d'interrompre le processus de reprise depuis l'été 2022 et de maintenir les centres de santé au sein de son périmètre de gestion.



## Centres de santé de l'Union des Mutuelles d'Île-de-France (UMIF)

**Territoire d'action :** Île-de-France

**Statut juridique :** Mutuelles

**Site web :** <https://www.umif-sante.fr>



L'Union des Mutuelles d'Île-de-France gère cinq centres de santé proposant principalement des soins dentaires, mais également des soins médicaux et ophtalmologiques. Les centres sont répartis sur l'ensemble de la région francilienne et se situent dans les villes d'Argenteuil, Gennevilliers, Ivry-sur-Seine, Meaux et Paris. Elle gère également quatre centres optiques. Leur mission principale est de démocratiser l'accès aux soins, à la prévention et à l'éducation à la santé dans le respect des valeurs de la mutualité.

L'UMIF mène régulièrement des actions de prévention dans ses établissements, comme des tests de vue, des examens optiques et dentaires, ainsi que des actions de sensibilisation des jeunes, par exemple sur l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire, d'une alimentation équilibrée, etc. Les centres de santé de l'UMIF offrent également le Bilan M'T dents, proposé par les Caisses de l'Assurance Maladie aux enfants et aux jeunes adultes permettant de réaliser un bilan de santé bucco-dentaire gratuit.

Les cinq structures gérées par l'UMIF comptent environ 78 salarié·e·s, notamment des dentistes, des assistant·e·s dentaires, des secrétaires médicales et des coordinateur·rice·s de soins. Nombre de ces salarié·e·s travaillent à temps partiel, ce qui entraîne des difficultés d'organisation pour la structure.

En termes de gouvernance, toutes les décisions sont prises par le biais de la mutuelle. En complément, dans le cadre de l'Accord National sur les Centres de Santé, quatre réunions pluridisciplinaires sont organisées avec les professionnel·le·s du centre pour discuter du centre, de ses projets, des dossiers des patient·e·s, des partenariats, des conventions, etc.

En médecine générale, les centres reçoivent environ 4000 patients par an et par cabinet, soit environ quatre patient·e·s par heure. Les patient·e·s de ces centres sont généralement des habitant·e·s du quartier, et en moyenne un quart d'entre eux·elles ont la Complémentaire Santé Solidaire.

L'UMIF s'engage sur la qualité des soins dispensés et a développé un baromètre de qualité pour chaque centre, basé sur des questionnaires distribués aux patient·e·s. La structure dispose également d'une ligne d'écoute où les patient·e·s peuvent exprimer leurs insatisfactions ou leurs suggestions.

Bien que les médecins généralistes orientent les patient·e·s vers les spécialistes d'autres structures, il n'existe pas de partenariat ou de convention officielle avec d'autres établissements de santé. L'UMIF est membre de la Mutualité Française.

En ce qui concerne le modèle économique, les centres de l'UMIF ne reçoivent pas de subventions de fonctionnement, mais ils ont reçu quelques subventions de l'Agence Régionale de Santé pour travailler sur des projets spécifiques, comme un projet d'ophtalmologie à distance, et pour la rénovation du centre situé dans le 16e arrondissement. Le maintien de l'équilibre économique des centres de santé est l'un des enjeux majeurs de la structure.

Des projets de nouvelles implantations en Île-de-France ainsi que de nouvelles activités sont actuellement à l'étude.



# RECOMMANDATIONS ET BONNES PRATIQUES POUR UNE IMPLANTATION DES CENTRES DE SANTÉ DE L'ESS SUR LE TERRITOIRE

Les portraits de structures détaillés dans la partie précédente de cette étude ont permis de mettre en évidence les bénéfices que les centres de santé peuvent apporter aux territoires et à leurs habitant·e·s, notamment : la démocratisation de l'accès aux soins grâce aux tarifs opposables, une prise en charge globale des patient·e·s intégrant leur contexte social et environnemental, et une forme d'exercice collectif qui permet de mettre le patient au cœur de l'activité médicale.

Toutefois, certaines difficultés communes au développement et à la pérennisation de leurs activités ont également été identifiées.

L'objectif de cette section est de proposer une série de préconisations non exhaustives à mettre en place par les collectivités territoriales afin de pérenniser les centres de santé existants ainsi que favoriser l'implantation durable de nouvelles structures.

Bien que l'étude se soit concentrée sur les centres de santé associatifs, mutualistes et coopératifs, certaines de ces recommandations peuvent également être appliquées aux centres de santé gérés par les municipalités.

## 1. Réaliser un diagnostic territorial de santé

Les diagnostics territoriaux de santé constituent un outil permettant de poser les bases d'un projet de centre de santé. Cette démarche permet notamment de déterminer la pertinence du projet et les contours qu'il doit prendre pour répondre aux besoins des habitant·e·s du territoire.

L'objectif principal de cet outil est de connaître l'offre de soins local et les besoins de santé des habitant·e·s. À cette fin, les diagnostics doivent réunir des données sur le contexte géographique du territoire, la socio-démographie de sa population, l'offre de soins locale, les données épidémiologiques, la densité de professionnel·le·s de santé, l'offre médico-sociale du territoire ainsi qu'un recensement des acteur·ice·s médico-social·e·s locaux·ales.

Les collectivités territoriales sont particulièrement bien placées pour réaliser ce diagnostic dans le cadre de leur politique locale de santé publique. Elles peuvent par ailleurs bénéficier de financements pour le déploiement de cet outil dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville par le biais des Ateliers Santé Ville (ASV).<sup>1</sup>

Une approche pluridisciplinaire dans la réalisation du diagnostic peut être intéressante afin d'identifier les fragilités économiques et sociales de la population qui affectent la mise en œuvre du projet de santé. Le diagnostic peut également permettre d'identifier la motivation des professionnel·le·s de santé locaux à participer au projet.

<sup>1</sup> Pour en savoir plus sur les ASV, veuillez consulter le site du Ministère de la Santé et de la Prévention : [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste\\_20120004\\_0100\\_0097.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0097.pdf)



## 2. Contribuer à préserver l'équilibre économique des centres de santé

De nombreuses études ont été réalisées concernant la fragilité du modèle économique des centres de santé :

- L'étude de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), "Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain" de 2013<sup>1</sup> ;
- Le texte produit par l'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé, le Syndicat National des Chirurgiens-Dentistes de Centres de Santé et le Syndicat National des Kinésithérapeutes de Centres de Santé de 2012, intitulé "Quels modèles économiques et institutionnels pour les centres de santé ?"<sup>2</sup> ;
- Le texte de la Mutualité Française, intitulé "Un nouveau modèle économique pour développer et pérenniser les centres de santé"<sup>3</sup> ;
- La publication de l'Agence Nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP), "Centres de santé pluriprofessionnels - Leviers et bonnes pratiques organisationnelles en faveur de l'équilibre économique" de 2021<sup>4</sup>, entre autres.

Ces travaux coïncident avec les témoignages des gestionnaires de centres de santé interrogé·e·s dans le cadre de cette étude, qui constatent l'inadéquation du système économique basé uniquement sur le paiement à l'acte. Ce modèle peut conduire certaines structures, notamment médicales et polyvalentes, à des situations déficitaires du fait que diverses charges ne soient pas couvertes par ce système, notamment les charges liées au fonctionnement de la structure, à la prise en charge des populations fragiles, aux fonctions de support et de gestion, au loyer et aux activités autres que les soins, telles que la prévention, la promotion et l'éducation à la santé.

Dans ce sens, les études susmentionnées cherchent à présenter des propositions, particulièrement sur le plan organisationnel, qui contribuent à atteindre l'équilibre économique, telles que la combinaison d'activités déficitaires et excédentaires, l'optimisation des ressources financières, l'établissement d'un modèle organisationnel bien structuré, etc.

Ces recommandations extrêmement riches sont toutefois inadaptées dans certaines situations, au vu de ressources humaines et financières limitées pour conduire le changement et en raison des particularités de chaque structure.

Dans ce contexte, un portage politique peut être un élément clé pour permettre le développement et la pérennisation des activités des centres de santé, notamment ceux relevant de l'ESS : les collectivités territoriales peuvent ainsi soutenir ces structures en leur accordant des subventions pour combler le coût des activités non couvertes par le modèle économique basé sur le paiement à l'acte. Il est important que ces subventions soient développées sur le long terme pour assurer la stabilité et la prévisibilité des structures, à cette fin, les collectivités peuvent participer aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conclus entre les ARS et les centres de santé.<sup>5</sup>

La facilitation de l'accès au foncier est également un élément essentiel sur lequel les collectivités peuvent collaborer, facilitant l'accès à des locaux gratuits ou à loyer modéré pour les porteur·euse·s de projets, réduisant ainsi la charge que ce dernier représente sur les dépenses de la structure.

Avec la récente possibilité accordée par l'ordonnance de 2018<sup>6</sup> aux structures ayant le statut de SCIC de gérer des centres de santé, une nouvelle opportunité de collaboration avec les collectivités territoriales s'est également ouverte, dans la mesure où celles-ci peuvent participer à jusqu'à 50% du capital de la structure : cet apport peut faciliter l'accès des centres de santé à des prêts permettant l'acquisition de locaux.

1 Georges, P., & Waquet, C. (2013). Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain. Inspection générale des affaires sociales, rapport nRM2013-119P.

2 BREMAUD, A., CAILLAUD, L., & COHEN, F. (2012). Quels modèles économiques et institutionnels pour les centres de santé ? Une contribution de professionnels de santé des centres de santé. CAHIE

3 <https://www.banquedesterritoires.fr/sites/default/files/ra/La%20plaquette%20de%20la%20Mutualit%C3%A9%20Fran%C3%A7aise%20sur%20le%20nouveau%20mod%C3%A8le%20%C3%A9conomique%20des%20centres%20de%20sant%C3%A9..pdf>

4 Parcours- Centres de santé pluriprofessionnels- Leviers et bonnes pratiques organisationnelles en faveur de l'équilibre économique. (2021, 16 juin). Consulté le 17 octobre 2022, à l'adresse <https://ressources.anap.fr/parcours/publication/2800>

5 Code de la Santé Public, section 2 : Contractualisation avec les offreurs de services de santé (Articles L1435-3 à L1435-5-5). [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020891671/2022-07-24](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020891671/2022-07-24)

6 Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036484700/>

### 3. Impliquer les centres de santé dans les politiques locales de santé

À l'échelle nationale, l'État est responsable du financement et de l'organisation de l'offre de soins ; ses décisions sont déclinées au niveau régional par les Agences Régionales de Santé (ARS). Dans ce schéma, le rôle des collectivités locales paraît marginal, pourtant la plupart d'entre elles mènent des actions visant à améliorer la santé locale en utilisant les différents dispositifs à leur disposition.

La crise sanitaire a par ailleurs renforcé leur rôle en matière de santé : plusieurs municipalités se sont servies d'outils réglementaires pour mettre en place des arrêtés afin d'empêcher la propagation du virus et de protéger la santé de leurs habitant-e-s. En complément, les municipalités disposent également de ressources budgétaires qui leur permettent de financer le recrutement de professionnel-le-s et d'investir dans des installations et des équipements de santé.<sup>1</sup>

Parmi les dispositifs utilisés par les municipalités dans le cadre de leurs politiques locales de santé, citons :

- Les contrats locaux de santé (CLS) : ce dispositif permet de décliner au niveau local les priorités du projet régional de santé. Son objectif est de réduire les inégalités de santé par la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Les CLS permettent de mobiliser une pluralité d'acteur-ric-e-s de la santé pour définir des objectifs partagés et les leviers permettant de les atteindre.<sup>2</sup>
- Les Ateliers Santé Ville (ASV) : destinés aux quartiers prioritaires de la ville, ce dispositif vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.<sup>3</sup>

Les collectivités locales ont pour enjeu d'intégrer et d'articuler ces différentes initiatives et outils en y associant les structures de santé locales.

Les centres de santé peuvent apporter une contribution particulière à ces politiques grâce à leur aspect de proximité et à la transversalité de leurs actions.



1 Vezinat, N. M. I. & (s. d.). La santé est-elle l'affaire des municipalités ? Consulté le 18 octobre 2022, à l'adresse <https://laviedesidees.fr/La-sante-est-elle-l-affaire-des-municipalites-5347.html>

2 Les contrats locaux de santé. (2022, 21 avril). Consulté le 18 octobre 2022, à l'adresse <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante>

3 Banque des Territoires Caroline Megglé. (2016, 20 juin). Les Ateliers santé ville : la proximité et le décroisement pour réduire les inégalités de santé. Banque des Territoires. Consulté le 18 octobre 2022, à l'adresse <https://www.banquedesterritoires.fr/les-ateliers-sante-ville-la-proximite-et-le-decroisement-pour-reduire-les-inegalites-de-sante>

## 4. Développer des partenariats entre les acteurs locaux de la santé

Face aux enjeux mentionnés dans ce travail, tels que les difficultés de recrutement, les difficultés économiques, ou encore l'apparition de structures "déviantes", il est possible de se tourner vers les autres acteurs du territoire et d'impliquer davantage les usager·e·s pour palier à ces difficultés. Il serait ainsi intéressant de développer une approche partenariale dans la création, le développement et la pérennisation des centres de santé.

Dans ce sens, les collectivités territoriales ont un rôle important à jouer dans la fédération des acteurs et dans le développement de partenariats. L'un des outils qu'elles peuvent mobiliser à cette fin sont les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) : il s'agit d'un collectif d'acteur·rice·s de santé primaire et secondaire cherchant à répondre de manière coordonnée à une ou plusieurs problématiques de santé sur un territoire.<sup>1</sup> Les CPTS ont pour objectifs principalement de faciliter l'accès à un médecin traitant, d'organiser un parcours pluriprofessionnel pour les patient·e·s et de mener des actions de prévention. Les collectivités locales peuvent être à l'initiative de ce dispositif et jouer un rôle de coordination des acteur·rice·s du territoire, favorisant le décloisonnement des structures et mettant en lien ainsi la médecine de ville, les hôpitaux et autres structures médico-sociales autour d'un projet de santé.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) favorisent également cette démarche partenariale en organisant des instances de démocratie sanitaire, qui visent à associer l'ensemble des acteurs du soins à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé. Ces instances fonctionnent à deux niveaux : au niveau régional, à travers la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), et au niveau départemental, à travers les Conseils territoriaux de santé (CTS).

La CRSA est une instance consultative dont l'objectif est de formuler des avis sur les politiques régionales de santé. En Ile-de-France, ses 109 membres sont représentés par huit collèges qui se réunissent en séances plénières ainsi qu'en commissions permanentes et spécialisées.<sup>2</sup> Les CTS, quant à eux, visent à formuler des propositions pour améliorer la réponse aux besoins de santé des populations, lesquelles sont ensuite transmises à la CRSA.<sup>3</sup> Dans la région francilienne, le CTS est composé de quatre collèges avec un maximum de 50 personnes. Ces deux instances associent les collectivités locales et les usager·e·s, ainsi que d'autres acteurs du soin (sanitaire, médico-social et social) à travers des collèges qui leur sont dédiés. Les collectivités peuvent s'impliquer dans ces instances et informer les parties prenantes de leur existence et de leur intérêt afin de donner plus de visibilité aux enjeux sanitaires locaux.

***Les formes juridiques de l'ESS sont une opportunité pour le développement de partenariats autour d'un équipement de santé. En effet, les modèles juridiques d'association et de mutuelle permettent d'impliquer tou·te·s les professionnel·le·s dans le projet (y compris ceux·elles qui ne relèvent pas du code de la santé publique), les élu·e·s locaux, les usager·e·s, etc. De la même manière, le modèle de la SCIC permet d'impliquer fortement les professionnel·le·s et les usager·e·s dans la prise de décision et d'intégrer les autorités locales, les hôpitaux ainsi que d'autres acteurs de la santé dans la gouvernance de la structure.***

Les partenariats entre les différents acteurs locaux de la santé, les collectivités et les usager·e·s ainsi que leur participation aux instances de démocratie sanitaire est un moyen de garantir une offre de soins de qualité, co-construite pour répondre aux besoins locaux.

1 Les communautés professionnelles territoriales de santé. (2021, 11 mars). National. Consulté le 18 octobre 2022, à l'adresse <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>

2 Conférence régionale de la santé et de l'autonomie. (2022, 21 octobre). Agence régionale de santé Ile-de-France. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/conference-regionale-de-la-sante-et-de-lautonomie-6>

3 Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site web dédié aux CTS : <http://ct.sante-iledefrance.fr/>

# CONCLUSION

**Leur forte présence dans des zones identifiées comme prioritaires, le maintien des tarifs médicaux opposables et l'acceptation du tiers-payant, favorisent l'accès aux soins des populations les plus fragiles.**

Face aux problématiques sanitaires actuelles telles que la désertification médicale, les inégalités territoriales, économiques et sociales de santé, le vieillissement de la population et l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques, les centres de santé se présentent comme des leviers d'action pour démocratiser et améliorer l'offre de soins sur les territoires.

Leur forte présence dans des zones identifiées comme prioritaires, le maintien des tarifs médicaux opposables et l'acceptation du tiers payant, favorisent l'accès aux soins des populations les plus fragiles.

Nombre de centres de santé mènent également des activités de prévention, de promotion et d'éducation à la santé, assurant ainsi une prise en charge globale des patient·e·s, qui tient compte des contextes sociaux et environnementaux qui les entourent.

La proposition du modèle des centres de santé est également l'occasion pour repenser l'organisation actuelle de l'offre de soins ; la coordination des soins au sein de ces structures, ainsi que leur caractère pluriprofessionnel, favorisent une rupture avec le

cloisonnement traditionnel entre la médecine de ville et l'hôpital, simplifiant ainsi le parcours de soins pour la population. Ce mode de fonctionnement peut également répondre à l'évolution des attentes des professionnel·le·s de santé en leur offrant la possibilité d'exercer de manière coordonnée dans un cadre collectif, tout en bénéficiant des avantages de la médecine de ville, ce qui leur permet de se consacrer entièrement aux patient·e·s.

La gestion de nombreux centres de santé est assurée par des structures relevant de l'ESS, dont les valeurs, telles que la non-lucrativité, la gouvernance démocratique et l'ancrage territorial, contribuent à enrichir le modèle proposé par ceux-ci.

En dépit des avantages que les centres de santé apportent à la population et aux professionnel·le·s, certaines difficultés peuvent être rencontrées par ces derniers dans le développement et la pérennisation de leurs activités : la première d'entre elles, qui concerne principalement les centres médicaux et polyvalents, porte sur la difficulté de maintenir un équilibre budgétaire avec le modèle économique classique des



centres de santé, qui repose sur le paiement à l'acte. Une autre difficulté concerne la multiplication des centres dentaires associatifs "low cost", dont certains s'éloignent du modèle des centres de santé, portant ainsi atteinte à l'image de projets vertueux. Enfin, ces structures sont victimes des difficultés de recrutement de professionnel·le·s de la santé qui marquent l'ensemble du secteur, et doivent donc s'adapter au travail à temps partiel et proposer des salaires intéressants malgré le poids que cela peut représenter sur leur équilibre économique.

Une politique de santé dépasse une politique d'organisation de l'offre de soins. Considérant l'utilité sociale et sanitaire de ces structures de soins de proximité, les collectivités territoriales peuvent entreprendre des actions pour contribuer à la

pérennisation et à l'implantation des centres de santé sur leur territoire. Trois leviers d'action ont été mis en évidence dans cette étude : la réalisation de diagnostics territoriaux de santé afin de connaître l'offre de soins locale et les besoins des habitant·e·s ; la contribution à la préservation de l'équilibre économique des centres de santé, notamment par la concession de subventions pluriannuelles et la collaboration dans l'accès au foncier ; enfin, l'implication des centres de santé dans les politiques locales de santé et le développement d'une logique partenariale entre les acteurs locaux de la santé, les collectivités et les usager·e·s.

# M É T H O D O L O G I E

L'objectif de cette étude est de comprendre les avantages et les enjeux du modèle des centres de santé privés à but non lucratif inscrits dans l'ESS, ainsi que d'identifier les leviers d'action qui favorisent leur développement et la pérennisation de leurs activités.

Menée entre décembre 2021 et novembre 2022, cette étude a suivi une méthodologie basée sur une revue de la littérature et sur des données qualitatives recueillies au moyen d'entretiens semi-directifs auprès de cinq structures gérant des centres de santé franciliens, situés principalement en milieu urbain.

Compte tenu de la charge de travail importante des directeur.trice.s de centres de santé, la mobilisation des acteurs de terrain pour l'étude a été ardue, malgré leur intérêt pour le sujet.

Les structures interrogées ont été sélectionnées en fonction de leur statut et de leurs actions, afin de mettre en évidence la diversité des situations et des actions entreprises. Elles sont listées ci-dessous :

- Association communautaire Santé Bien-être (Seine-Saint-Denis)
- Coopérative de santé Richerand (Paris)
- Association Croix-Rouge française (Hauts-de-Seine)
- Union des Mutuelles d'Île-de-France (Paris, Val-de-Marne, Seine-et-Marne, Hauts-de-Seine et Val-d'Oise)
- Association APAS-BTP (Hauts-de-Seine et Paris)

Un entretien a été également mené avec le Regroupement National des Organismes Gestionnaires de Centres de Santé (RNOGCS), acteur de l'écosystème des centres de santé.

La CRESS et l'URIOPSS Île-de-France tiennent à remercier tous les acteur.rice.s qui se sont investi.e.s dans cette étude : Sandrine Aissat, Lydie Beaudouin, Dr Alain Beupin, Emilie Henry, Dr Didier Ménard, Céline Nossierau et Roland Walger.

L'analyse étant basée sur un nombre limité d'acteurs, sa généralisation doit être prise avec précaution.

# PRÉSENTATION CRESS & URIOPSS

## **CRESS Île-de-France :**

La Chambre Régionale de l'Economie Sociale et Solidaire d'Ile-de-France (CRESS Ile-de-France) est l'organisme qui promeut et représente l'ESS au niveau régional. Elle est le porte-parole des entreprises sociales et solidaires auprès des pouvoirs publics, des institutions et du grand public. Elle soutient le développement et l'entretien des structures et œuvre à la formation des cadres et des employés du secteur. Pour en savoir plus sur la CRESS et ses activités : [www.cressidf.org](http://www.cressidf.org)

## **Uriopss Ile-de-France :**

Association de loi 1901 reconnue d'utilité publique, l'Uriopss Île-de-France (Union Régionale Interfédérale des Oeuvres et Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux) est aujourd'hui la première organisation représentative francilienne des secteurs sanitaire, social et médico-social. Elle est également un acteur majeur de l'économie sociale et solidaire en Île-de-France.

Créée en 1951, elle unit et accompagne 420 associations et fondations à but non lucratif qui gèrent 2000 établissements et services, emploient plus de 100 000 salariés et bénéficient de l'engagement de plusieurs milliers de bénévoles.

Les membres de notre Union prennent en charge les publics fragilisés en Île-de-France : les enfants en danger, les enfants et adultes handicapés, les personnes âgées, les personnes malades, les personnes en situation de précarité ou exclues. Ils « couvrent » tous les âges de la vie.

L'Uriopss s'inscrit dans un réseau composé d'unions régionales et d'une union nationale, l'Uriopss qui est également reconnue d'utilité publique.



[www.cressidf.org](http://www.cressidf.org)  
[contact@cressidf.org](mailto:contact@cressidf.org)



[www.uriopss-idf.fr](http://www.uriopss-idf.fr)  
[contact@uriopss-idf.fr](mailto:contact@uriopss-idf.fr)



Avec le soutien de :

