

# RAPPORT

## Etude et analyse des conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé

Décembre 2016

# Préambule

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France a publié en juin 2015 un appel d'offres en vue de la réalisation d'une étude et analyse des conditions favorables et nécessaires à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé.

Le groupement des sociétés CERCLH et CMS Bureau Francis Lefebvre Lyon a été retenu pour réaliser cette mission, en s'appuyant sur les données recueillies auprès des sept établissements de santé franciliens publics ou privés d'intérêt collectif (ESPIC) suivants :

- Le Centre Hospitalier R.Dubos (département 95),
- Le Centre Hospitalier Intercommunal R.Ballanger (département 93),
- Le Groupe Hospitalier Saint Joseph (département 75),
- L'hôpital d'Houdan (département 78),
- L'hôpital Nord 92 (département 92),
- Le Centre Hospitalier mutualiste Manhès (département 91),
- Le Centre La Panouse Debré (département 92).

Deux de ces établissements gèrent des centres de santé, à savoir l'hôpital d'Houdan en gestion directe et le Groupe Hospitalier Saint Joseph en gestion déléguée par une association.

Nous remercions les établissements de santé pour leur contribution et participation à cette étude, qui a permis de recueillir les informations organisationnelles, économiques et juridiques nécessaires à la création et la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé.

## Table des matières

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>2. METHODOLOGIE.....</b>	<b>5</b>
2.1. RECUEIL DES BESOINS ET ATTENTES AUPRES D'UN ECHANTILLON D'ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	5
2.2. ELABORATION ET COMMUNICATION DES RECOMMANDATIONS PERSONNALISEES AUPRES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE .....	6
2.3. ELABORATION DES RECOMMANDATIONS GENERALISABLES.....	6
<b>3. BESOINS ET ATTENTES FORMULES .....</b>	<b>7</b>
<b>4. INTERETS D'UN CENTRE DE SANTE GERE PAR UN ETABLISSEMENT DE SANTE .....</b>	<b>11</b>
<b>5. MODELISATION ORGANISATIONNELLE CIBLE D'UN CENTRE DE SANTE ADOSSE A UN ETABLISSEMENT DE SANTE .....</b>	<b>15</b>
<b>6. MODELISATION JURIDIQUE ET ECONOMIQUE CIBLE D'UN CENTRE DE SANTE : UN ORGANISME A BUT NON LUCRATIF CREE AD HOC .....</b>	<b>19</b>
<b>7. CONCLUSION DES OBSERVATIONS ET DES RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>24</b>

# 1. Introduction

La mise en place et la gestion de centres de santé, qui se sont développés principalement sur les grandes agglomérations pour répondre à des besoins d'accès aux soins et de prise en charge de proximité, ont donné lieu à la publication de différents rapports dans les années précédentes. Ces rapports se sont principalement attachés à préciser les avantages et les facteurs de risques de ces structures ambulatoires très protéiformes en termes d'offre de soins, de statut des professionnels de santé (médecins et auxiliaires) et des professionnels administratifs.

Le présent rapport se concentre plus particulièrement sur les complémentarités que suscite l'existence d'un centre de santé géré par un établissement de santé, à savoir :

- son articulation en termes de projet médical avec les services d'urgences et l'offre de consultations externes des hôpitaux publics et privés ;
- son offre de médecine générale programmée et non programmée répondant aux conditions d'accès aux soins sur des territoires dits de proximité ;
- sa capacité à permettre une prise en charge globale et coordonnée du patient à travers le rôle central de ses spécialistes en médecine générale déclarés traitants<sup>1</sup> par les patients, en lien avec les autres spécialités médicales et les services d'hospitalisation des établissements de santé ;
- son potentiel d'attractivité pour les médecins salariés souhaitant exercer en ambulatoire à la ville et sur des services d'hospitalisation conventionnelle et de jour.

Dans sa dimension juridique, ce rapport s'attache également à confronter le droit applicable aux établissements de santé avec celui applicable aux centres de santé, pour déterminer si la création ou la gestion d'un centre de santé adossé à un établissement présente ou non des spécificités qui pourraient exercer une influence sur son fonctionnement et sa pérennité.

L'objectif de la mission est donc de proposer une modélisation cible d'un centre de santé adossé à un établissement de santé, en tenant compte des contingences juridiques, organisationnelles et financières.

---

<sup>1</sup> L'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie du 8 juillet 2015 prévoit entre autres des mesures incitatives pour promouvoir le développement des médecins traitants au sein de centres de santé médicaux ou polyvalents.

Il convient de rappeler que c'est la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite HPST qui a conféré aux établissements de santé le droit de créer et de gérer des centres de santé avec la définition suivante : « *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, au centre ou au domicile du patient, aux tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales, et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionnée à l'article L. 322-1 du même code. Ils peuvent mener des actions d'éducation thérapeutique des patients. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code, selon des modalités définies par un cahier des charges établi par la Haute Autorité de santé, dans le cadre d'une convention conclue au titre de l'article L. 2212-2* ».

Parmi les caractéristiques des centres de santé, on relèvera que les médecins qui exercent en leur sein sont salariés et que leurs actes sont facturés et perçus directement par le centre.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a mis l'accent sur la promotion des soins primaires et la favorisation d'une structuration des parcours de santé en créant des équipes de soins qui pourront prendre la forme de centres de santé<sup>2</sup>.

Les centres de santé appliquent d'ores et déjà le tiers-payant qui sera, par ailleurs, généralisé à compter du 30 novembre 2017 à tous les soins de ville, en vertu de cette loi.

---

<sup>2</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 64 créant l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique

## 2. Méthodologie

Pour les besoins de cette étude, nous nous sommes appuyés sur trois types de sources d'information :

- des données d'activités et de gestion des ressources, transmises par les établissements de santé,
- des entretiens avec des professionnels de santé (médecins, chirurgiens, cadres de santé et coordonnateurs) intervenant aux urgences et sur les plateaux de consultations externes, et des personnels de direction,
- la réglementation régissant les centres de santé et les établissements publics de santé et ESPIC.

Des recommandations personnalisées sur les aspects techniques, organisationnels, ressources humaines, économiques et juridiques, pour la gestion d'un centre de santé adossé à un établissement de santé ont été proposées aux structures qui ont participé à l'étude.

Il s'agissait de communiquer sur les conditions socle de faisabilité d'un centre de santé en identifiant les facteurs clés de succès pour l'établissement de santé dans le cadre :

- du parcours de soins ville-hôpital du patient,
- de l'intérêt des pratiques pour les professionnels de santé médecins,
- des impacts de flux de patients et médico-économiques sur certaines activités de l'hôpital.

En revanche, le champ de la mission n'a pas inclus la réalisation d'analyses de territoire pour justifier l'implantation d'un ou plusieurs centres de santé adossés à des établissements de santé.

La mission a été effectuée selon les trois phases présentées ci-après. Elle a été suivie par un comité de pilotage représenté par des membres de l'ARS Ile de France, de la Fédération Nationale des Centres de Santé, de la FHF, de la FEHAP, de l'AP-HP.

### 2.1. Recueil des besoins et attentes auprès d'un échantillon d'établissements de santé

Les attentes et besoins des établissements de santé étaient différents selon qu'ils étaient déjà ou non en charge de la gestion d'un centre de santé.

Pour les établissements de santé ne gérant pas de centres de santé, l'objectif était d'identifier :

- parmi les activités existantes dispensées aux urgences et en consultations externes hospitalières, celles pouvant faire l'objet d'un transfert ou d'une complémentarité avec l'offre de soin de premier recours,
- des opportunités pour les médecins spécialistes de travailler dans le cadre d'un exercice mixte Hôpital/Centre de santé, en renforçant la collaboration entre le médecin traitant et les autres spécialités médicales et chirurgicales.

Pour les établissements de santé gérant des centres de santé, l'objectif des diagnostics réalisés était essentiellement de repérer les facteurs clés de succès et d'analyser les éventuelles difficultés de gestion et d'organisation rencontrées.

## **2.2. Elaboration et communication des recommandations personnalisées auprès des établissements de santé**

Pour les établissements de santé ne gérant pas de centres de santé, les restitutions devaient permettre aux établissements de connaître la réglementation et les facteurs clés de succès, en termes de faisabilité et de complémentarité avec l'offre hospitalière pour la mise en place de centres de santé, avant d'envisager l'inscription éventuelle d'un tel dispositif dans leur projet médical d'établissement ou dans le cadre de coopération avec des partenaires tels que des structures hospitalières, médico-sociales et/ou territoriales.

Pour les établissements de santé gérant des centres de santé, l'objectif des restitutions était de proposer des recommandations pouvant contribuer à résoudre d'éventuelles difficultés préalablement identifiées.

## **2.3. Elaboration des recommandations généralisables**

Les recommandations généralisables identifiées au fur et à mesure de l'étude sont classées en deux catégories :

- la première distingue les missions pertinentes d'un centre de santé adossé à un centre hospitalier général disposant d'une offre prépondérante de type Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), Urgences, et celles d'un centre de santé adossé à un petit établissement de santé, assurant une prise en charge sanitaire de proximité et disposant d'une offre prépondérante de type Médecine, Soins de Suite et de Rééducation/réadaptation (SSR), Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et médico-sociale.
- la seconde distingue les établissements publics de santé et les ESPIC.

### 3. Besoins et attentes formulés

Les établissements de santé ayant participé à l'étude se répartissent en deux catégories, en fonction de leur activité, l'une essentiellement de court séjour en MCO, et l'autre de moyen et long séjour en Médecine, et/ou en SSR. Le tableau ci-après représente ces deux catégories d'établissements de santé :

- Etablissements MCO, encadré en rouge : CH R. Dubos, CHI R. Ballanger, Groupe Hospitalier Saint Joseph ;
- Etablissements de proximité, encadré en bleu : Hôpital Houdan, Hôpital Nord 92, CH Manhès, Centre La Panouse Debré.

Etablissement de santé	MCO et Urgences	SSR	M&SLD	Dialyse	Psychiatrie	Médico-social	Statut
<b>CH R. Dubos</b> (Pontoise : 95)	X	X		X	X	X	Public
<b>CHI R. Ballanger</b> (Aulnay : 93)	X	X			X		Public
<b>Groupe Saint Joseph</b> ★ (Paris : 75)	X						ESPIC
<b>Hôpital Houdan</b> ★ (Houdan : 78)		X	X			X	Public
<b>Hôpital Nord 92</b> (Villeneuve la Garenne : 92)		X				X	ESPIC
<b>CH Manhès</b> (Fleury-Mérogis : 91)		X		X	X		ESPIC
<b>Centre La Panouse Debré</b> (Antony : 92)		X					ESPIC

★ Etablissements de Santé qui gèrent directement ou indirectement un Centre de Santé

Les besoins et les principaux questionnements de ces établissements de santé concernant la mise en place et la gestion d'un centre de santé par ces derniers, sont répertoriés ci-dessous :

- 1- Modèle d'offre de soins à mettre en place en amont et en aval des parcours de soins des patients hospitalisés

Les établissements de santé qui ne gèrent pas de centres de santé ont exprimé le besoin d'un éclairage sur les missions et les activités en centre de santé, qui pourraient compléter leur offre existante en amont et en aval des hospitalisations de patients. Le fait de disposer de spécialistes en médecine générale, déclarés médecin traitant, en relai des autres spécialités médicales et chirurgicales intervenant sur les services de consultations externes, d'hospitalisation et d'accueil des urgences, a été mis en avant lors de la phase de diagnostic.

Les établissements de santé qui gèrent des centres de santé ont été désireux, quant à eux, de connaître les activités cibles et les leviers leur permettant d'étoffer leur offre de soins de premier recours en centre de santé, malgré les difficultés relevées de financement et donc de recrutement de médecins et d'auxiliaires médicaux. Les activités les plus particulièrement concernées sont celles relevant :

- de médecine générale non programmée avec l'assistance nécessaire d'une infirmière,
- des actes cliniques réalisés au centre par les auxiliaires médicaux, que le financement selon la nomenclature NGAP ne permet pas de rémunérer à des niveaux équivalents de salaire à ceux du milieu hospitalier,
- de quelques spécialités médicales caractérisées par une prépondérance des actes cliniques sur les actes techniques.

Qui plus est, des craintes ont été émises sur la mobilisation éventuelle de médecins spécialistes hospitaliers pour exercer également en centre de santé, dans le cadre d'un exercice mixte. Ces craintes ont notamment été soulevées par les chirurgiens, anesthésistes dont l'activité est fortement liée aux activités de bloc opératoire et de chirurgie ambulatoire en milieu hospitalier.

### 2- Modèle de gestion et de gouvernance d'un centre de santé adossé à un établissement de santé

Le mode juridique de gestion d'un centre de santé a suscité un certain nombre d'interrogations. Il a été exprimé le besoin de bien identifier le centre de santé dans l'organisation juridique d'un établissement de santé :

- est-ce un simple service de l'établissement ? Dispose-t-il d'une autonomie financière, administrative ? Est-il doté de la personnalité morale ? Est-il soumis à un contrôle de l'établissement ?
- peut-on en déléguer la gestion à une structure tierce ?

Cela a été l'occasion de rappeler qu'un centre de santé peut être géré directement par un établissement de santé quelque-soit son statut ou par une structure ad hoc sans but lucratif. Le lien entre le centre et l'établissement est autant fonctionnel que juridique ; Il est d'ailleurs apparu important qu'ils conservent entre eux des liens étroits.

Parmi les deux établissements qui gèrent un centre de santé, l'un avait fait le choix d'une gestion directe, l'autre d'une gestion confiée à une structure ad hoc.

Il est difficile d'affirmer péremptoirement qu'un mode de gestion est plus pertinent qu'un autre. Divers paramètres, d'ordre juridique, économique, politique, organisationnel ou managérial doivent être pris en considération. Les fiches thématiques présentées dans un document annexé au présent rapport de mission, complétées des recommandations personnalisées transmises à chacun des établissements, se sont révélées pertinentes pour offrir aux établissements une « boîte à outils » leur permettant d'évaluer leur situation actuelle ou de s'engager dans un projet de création d'un centre de santé avec une connaissance complète des champs du possible.

Par ailleurs, les établissements ont souhaité être informés des éventuelles évolutions légales ou réglementaires du régime juridique des centres de santé. A titre d'exemple, a été évoqué le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) comme structure gestionnaire d'un centre de santé. Il a été rappelé qu'en l'état actuel des textes, un GCS de moyens ne pouvait pas avoir pour objet de délivrer des soins de premier recours. De même, un GCS « Etablissement de Santé » ne pourrait gérer un centre de santé qu'à la condition qu'il dispose au préalable d'une autorisation d'activité de soins, indispensable pour qu'il puisse être érigé en GCS « Etablissement de Santé ».

Enfin, l'existence de centres de santé gérés par des municipalités et le soutien financier apporté par des collectivités territoriales nous ont amenés à nous interroger sur le rôle de ces dernières dans la création et la gestion d'un centre de santé adossé à un établissement de santé. C'est à ce titre qu'il a été jugé opportun d'intégrer la Société Coopérative d'Intérêt Collectif (SCIC) dans le périmètre de l'étude juridique.

### 3- Modèle social et gestion des ressources humaines

La définition du modèle social est vite apparue comme centrale dans la modélisation du centre de santé adossé à un établissement de santé. On peut même dire qu'au fil de l'étude, le modèle social est devenu l'un des éléments structurants pour la modélisation juridique du centre de santé.

Il s'agit d'une question qui s'est avérée délicate, non pas à objectiver mais à modéliser, tant les paramètres à prendre en considération (financement à l'acte, exercice salarié, amplitude horaire, démographie médicale, différences statutaires, ..... ) sont nombreux et divers.

Selon que le centre de santé sera géré par un établissement de santé ou par une structure ad hoc, l'organisation sociale et la gestion des ressources humaines seront différentes.

Prenons un exemple : Nous rappelons que les médecins exerçant dans un centre de santé doivent être obligatoirement salariés. Ainsi, un centre de santé géré par un établissement public de santé ne devra compter comme médecins que des praticiens salariés de l'établissement. Le recours à des praticiens libéraux ne sera pas permis. De plus, le caractère restrictif des mécanismes de variabilité de la rémunération ne permet pas d'introduire des outils incitatifs et adaptés à l'activité.

De même, un centre de santé géré par un organisme à but non lucratif, appliquant une convention collective<sup>3</sup>, devra être également soumis à ladite convention collective, dont les grilles de rémunération du personnel médical ne sont pas très éloignées de celles applicables aux praticiens des établissements publics de santé.

En revanche, un centre de santé géré par une structure ad hoc de droit privé pourrait se soumettre au droit du travail et introduire une part variable de rémunération.

### 4- Mode de financement des activités et équilibre d'exploitation

Il s'agit d'étudier le mode de financement des centres de santé en le mettant en perspective avec les régimes de financement des établissements de santé.

Les établissements de santé gestionnaires d'un centre de santé bénéficient du régime de financement desdits centres. Les sources de financement des centres de santé étant particulièrement diversifiées, il semble qu'elles soient insuffisamment connues des établissements de santé. Il a été dès lors paru nécessaire de rédiger une note dédiée au financement dans le référentiel juridique annexé au présent rapport.

En particulier, le dispositif de rémunération mis en place par l'arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité, puis l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie du 8 juillet 2015 mériterait d'être mieux pris en compte par les établissements de santé qui gèrent directement ou indirectement un centre de santé.

---

<sup>3</sup> La convention collective nationale FEHAP 51 (CCN 51) par exemple

Une approche analytique de gestion est également apparue indispensable pour aider les établissements à modéliser un centre de santé sur un plan médico-économique. Si cette approche analytique paraît évidente dans l'hypothèse d'un centre de santé géré par une structure ad hoc, elle peut l'être moins dans l'hypothèse d'un centre de santé géré directement par un établissement de santé. Néanmoins, il nous semble que l'établissement de santé a, en toute hypothèse, intérêt à s'inscrire dans une telle démarche, ne serait-ce que pour identifier les ressources effectivement mobilisées dans le fonctionnement de son centre de santé.

## 4. Intérêts d'un centre de santé géré par un établissement de santé

A partir des constats formulés précédemment, nous développons ici les principaux impacts de mise en place d'un centre de santé adossé à un établissement de santé sur les trois volets que sont :

- les bénéfices pour le patient et les territoires,
- les bénéfices pour l'établissement de santé gestionnaire,
- les avantages et inconvénients pour les spécialités de médecine générale et autres spécialités médicales et chirurgicales.

### 1- Bénéfices pour le patient et les territoires

La gestion d'un centre de santé par un établissement de santé facilite la coordination entre le médecin traitant exerçant dans le centre de santé et les différents médecins et chirurgiens spécialistes intervenant au centre et en établissement de santé. Cette coordination entre professionnels de santé permet de fluidifier le parcours de soins du patient, et peut être étendue à une prise en charge au domicile du patient via des équipes d'Hospitalisation à Domicile (HAD) et des services infirmiers et de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

De même, les centres de santé, qui dispensent des consultations de médecine générale sans rendez-vous, avec un accès à un diagnostic rapide en imagerie conventionnelle, représentent un atout pour les territoires de proximité éloignés des services d'accueil des urgences hospitalières. Ils permettent au patient de bénéficier d'un diagnostic rapide avant toute orientation éventuelle et une demande de transport médicalisé, organisée par le centre de santé vers un service d'accueil d'urgence d'un établissement de santé. L'activité de médecine générale non programmée des centres de santé de l'hôpital d'Houdan et le service de consultations externes de l'hôpital Nord 92, permettait à ces établissements de réaliser, en 2014 :

- 11 127 consultations non programmées sur un total de 46 904 consultations (radiologie incluse) au centre de santé de l'hôpital d'Houdan, soit 24% ;
- 20 793 consultations non programmées sur un total de 27 981 consultations externes (radiologie incluse) de l'hôpital Nord 92, soit 74%.

### 2- Bénéfices pour l'établissement de santé gestionnaire

Les professionnels interrogés dans le cadre de l'étude mettent en avant l'intérêt de bénéficier de relais de prise en charge des patients en post-hospitalisation, sur le premier recours, au travers du rôle médical, soignant et de coordination du médecin généraliste traitant. Parmi les deux catégories d'établissements de santé ayant participé à l'étude, celle de type MCO est la plus impactée par la mise en place d'un centre de santé, du fait de l'effet potentiel de cette mise en place sur :

- la fréquentation des services d'accueil des urgences et des plateaux de consultations externes, qui constituent les deux principaux points d'entrée des patients hospitalisés,
- la captation et la fidélisation de la patientèle favorisant l'ancrage territorial de l'établissement de santé.

### a) Les bénéfices apportés au regard de la fréquentation des services d'accueil des urgences

Depuis plusieurs années, 80% des passages des patients en service d'accueil des urgences sont suivis d'un retour à domicile ou en établissement médico-social. Le rapport du Dr J.Y. Grall sur la territorialisation des activités d'urgence<sup>4</sup> précise que 20% d'entre eux font l'objet d'un séjour d'hospitalisation, avec une augmentation continue en nombre. Hors transferts en Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), les CH R. Dubos et R. Ballanger s'inscrivent en 2014 dans cette tendance nationale.

Parmi les passages de patients suivis d'un retour à domicile ou en établissement médico-social, on soulignera que certaines prises en charge relèvent d'une activité de médecine générale avec peu ou pas d'actes techniques associés. Ce constat a amené le CH R. Dubos à mettre en place dans son service d'accueil et d'urgences pour adultes un poste de médecin d'accueil et d'orientation, diplômé en médecine générale. Celui-ci réalise des soins cliniques et quelques actes techniques, entre 9h et 18h, 7 jours sur 7. La fréquentation relevée par l'établissement en 2014 témoigne également d'un besoin continu de prise en charge non programmée aux horaires de continuité des soins et, au-delà, en début de période de permanence des soins ambulatoires :

- Urgences adultes :
  - o Sur une fréquentation moyenne de 170 patients par jour, près de 79% d'entre eux se présentent entre 9h et 22h, à raison de 7 patients ou plus par tranche horaire ;
- Urgences pédiatriques :
  - o Sur une fréquentation moyenne de 64 patients par jour, près de 83% d'entre eux se présentent entre 9h et minuit, à raison de 3 patients ou plus par tranche horaire.

Le centre de santé, quel que soit son lieu d'implantation, peut permettre de répondre, en partie, à ces périodes de surcharge d'activité dans les services d'accueil des urgences, pour les patients ne justifiant pas la réalisation d'actes techniques importants, en semaine du lundi au vendredi, et plus particulièrement à partir de 17H, selon les professionnels de santé interrogés. Ce transfert partiel d'activité des services d'accueil des urgences vers un ou plusieurs centres de santé, n'est, en revanche, guère attractif financièrement pour l'établissement de santé qui peut constater, à terme, une baisse des revenus en Accueil et Traitement des Urgences (ATU), consécutivement à une baisse de fréquentation. Il faut en effet relever que cette baisse ne peut, à ce jour, être compensée par une valorisation financière des consultations non programmées de médecine générale aux horaires de continuité des soins ambulatoires. Or, les activités en centre de santé nécessitent à minima la mobilisation de personnel non médical (infirmière, hôtesse d'accueil) ainsi que de quelques moyens techniques (ex : box d'attente et d'observation et quelques équipements d'imagerie conventionnelle), ainsi qu'en témoigne l'exemple du centre de santé de l'hôpital d'Houdan et des consultations externes de médecine générale de l'hôpital Nord 92.

### b) Les bénéfices apportés au regard de l'activité de consultations externes hospitalières

Les consultations externes hospitalières ont pour vocation première de générer des séjours d'hospitalisation programmée de patients, qu'ils soient primo-consultants ou déjà connus au titre d'un suivi de prise en charge antérieure par l'établissement de santé. Des médecins spécialistes consultés dans le cadre de la mission mentionnent qu'une proportion non négligeable - mais non mesurable à partir des données collectées dans le cadre de l'étude - des consultations réalisées se font au titre d'actes cliniques NGAP avec ou sans majorations associées. De fait, ces consultations pourraient être transférées sur des activités médicales de premier recours, en centre de santé notamment, car elles nécessitent peu d'équipements et d'assistance d'auxiliaires médicaux. Selon les propos recueillis, sont

---

<sup>4</sup> Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences, Docteur J.Y. Grall, Juillet 2015

principalement concernés les patients souffrant de maladies chroniques pour lesquels les médecins assurent un suivi et des bilans réguliers pluriannuels.

Par conséquent, la création d'un centre de santé géré par un établissement de santé pourrait permettre d'augmenter le nombre de créneaux de consultations externes hospitalières pour des primo-consultants.

De même, des médecins spécialistes des différents établissements de santé ayant participé à l'étude, tels que des endocrinologues et diabétologues, estiment que le centre de santé pourrait également réaliser différents bilans de spécialité et dispenser des soins pluridisciplinaires s'inscrivant dans le cadre de demi-journées ou journées complètes de prise en charge en ambulatoire. Toutefois, le centre de santé, n'étant pas soumis à une autorisation d'activité de soins, ne peut pas envisager la mise en place d'un service de médecine ambulatoire au titre d'une autorisation d'hospitalisation de jour.

Avant d'aborder la modélisation cible d'un centre de santé adossé à un établissement de santé, décrite dans les chapitres suivants, le tableau ci-après énumère les principales différences de fonctionnement observées entre un centre de santé et un plateau de consultations externes parmi l'échantillon d'établissements concernés par l'étude, étant précisé que certaines spécialités médicales peuvent figurer dans l'une et l'autre des organisations.

Thèmes		Centre de santé	Consultations externes
Organisation	Activités principales	Spécialités de médecine générale et autres spécialités (projet de santé)	Spécialités médicales et chirurgicales, y compris de diagnostic (imagerie)
	Prise en charge globale et coordination des soins	Médecins Généralistes = Médecins traitants ; Coordination de la prise en charge avec les médecins de spécialité et les auxiliaires médicaux (projet de santé)	Non observé dans le cadre de l'étude mais pouvant être présent dans certaines spécialités
	Organisation des consultations médicales (Incitation de l'Accord National 2015)	Programmées et non programmées entre 8h et 20h en semaine et le samedi matin, hors jours fériés (projet de santé)	Programmées et quelques plages horaires de recours
	Rythme des consultations	Créneaux horaires de 15 à 20 minutes en moyenne	Créneaux horaires variables selon les spécialités, les actes techniques réalisés et l'assistance de paramédicaux (constat général : forte dispersion entre 5-10 minutes et 1h ou plus)
RH mobilisées	Médecins	Spécialistes de médecine générale (temps plein de préférence), autres médecins spécialistes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes	Médecins Spécialistes de l'hôpital réalisant des vacations en semaine ouvrée (temps partiels)
	Auxiliaires médicaux en appui des médecins	Sans (à l'exception de besoins spécifiques ex: soins médicaux non programmés, chirurgie-dentaire, vaccinations)	IDE, AS, MER, Orthoptistes, Assistantes dentaires
	Accueil, facturation, gestion	Hôtesse d'accueil, secrétaires médicales, employés administratifs (gestion, comptabilité)	Adjoint administratifs et médico-administratifs hospitaliers (accueil, secrétariat) et adjoints des cadres ou cadres hospitaliers (coordinateur, gestion)

### 3- Avantages et inconvénients pour les spécialistes en médecine générale et autres spécialités

L'exercice au sein des deux structures que sont l'établissement de santé et le centre de santé, présente, pour les professionnels de santé, différents atouts que sont :

- la participation à des réunions de concertation pluridisciplinaire<sup>5</sup> sur les patients complexes suivis par le médecin traitant et les médecins spécialistes, dans le cadre des projets de soins personnalisés,

<sup>5</sup> Dispositif déjà existant dans le cadre des RCP en cancérologie

- des échanges de pratiques favorisant la reconnaissance des compétences entre médecins, pouvant être valorisées dans le cadre du Développement Professionnel Continu pour la pratique en ville, et des Evaluations des Pratiques Professionnelles en établissement de santé,
- l'évolution professionnelle des médecins.

Toutefois, la rémunération et les conditions de travail des professionnels de santé diffèrent dans chacune de ces deux structures d'exercice, et sont à considérer par la direction des ressources humaines et des affaires médicales, en termes d'impact social.

Enfin, un centre de santé géré directement par un ESPIC ou indirectement, via un organisme à but non lucratif tel qu'une association, une fondation, une institution de retraite complémentaire, une Ugecam ou une institution mutualiste régie par le code de la mutualité, permet à tout professionnel de santé d'exercer dans les deux structures en qualité de salarié, soit dans le cadre d'un avenant à son contrat de travail, soit dans le cadre de deux contrats de travail distincts. Un centre de santé géré par un établissement public de santé peut, quant à lui, bénéficier du personnel de ce dernier dès lors qu'il en constitue une structure interne.

Dans le cas où un établissement public de santé confie à une structure ad hoc la gestion d'un centre de santé, l'exercice mixte ne peut, en revanche, s'envisager que dans le respect des règles relatives au cumul d'activités, ou dans le cadre d'une mise à disposition du personnel hospitalier pour une partie de son service, lorsque celle-ci est possible.

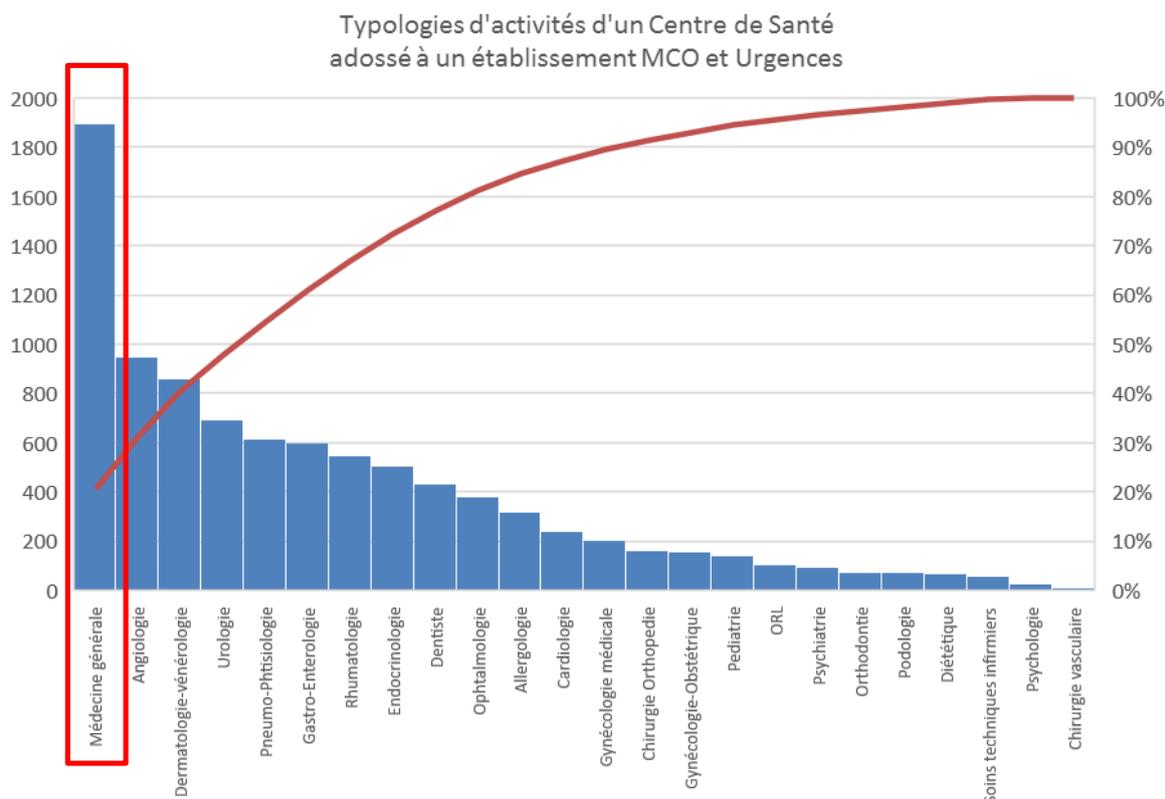
## 5. Modélisation organisationnelle cible d'un centre de santé adossé à un établissement de santé

Au regard des deux catégories d'établissements de santé précédemment décrites, deux typologies distinctes d'activités des centres de santé médicaux et polyvalents sont préconisées :

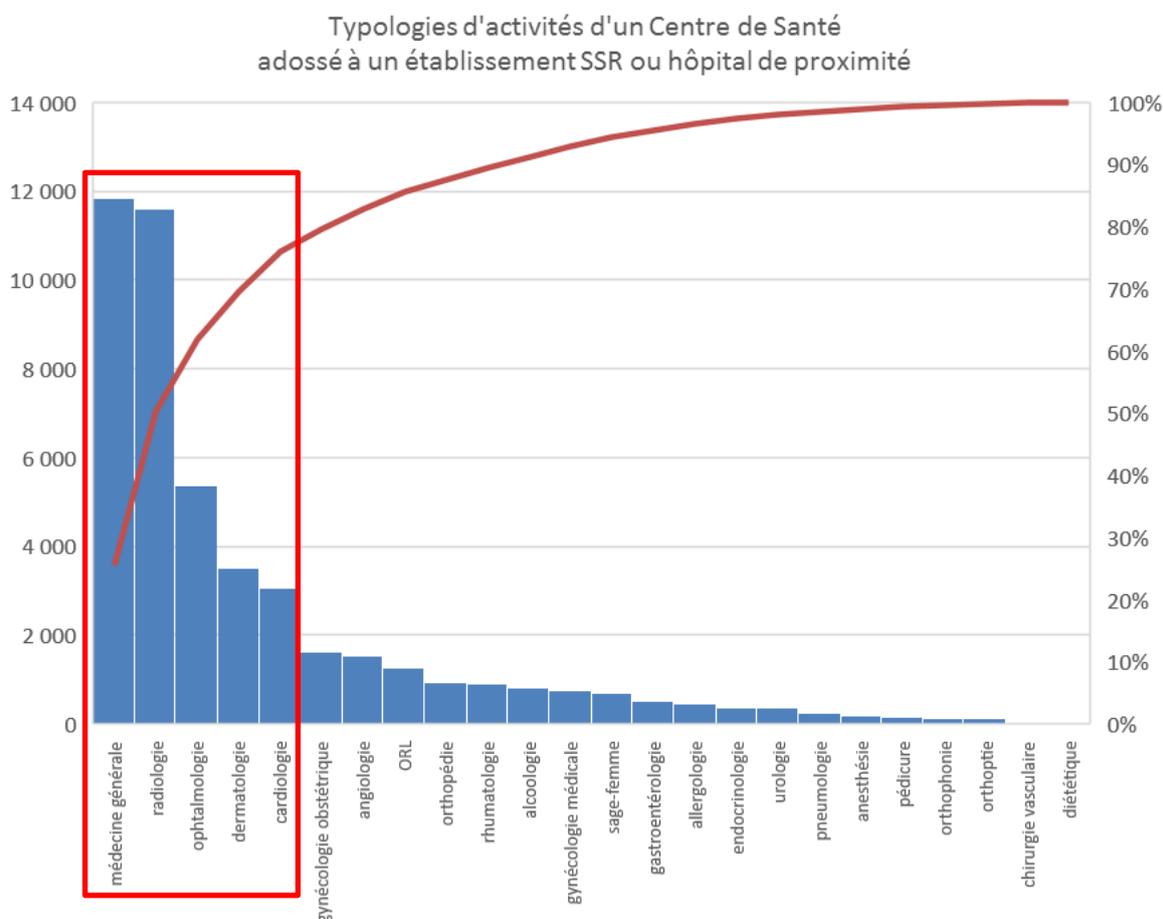
1. Pour les établissements dits MCO : des consultations médicales programmées en spécialité de médecine générale et autres spécialités, incluant majoritairement la réalisation d'actes cliniques de type C, CS, C2 selon la nomenclature NGAP.
2. Pour les établissements dits de proximité : des consultations médicales programmées et non programmées en médecine générale, avec un accès à un diagnostic rapide d'imagerie, ainsi que des consultations programmées de spécialité, incluant majoritairement la réalisation d'actes cliniques de type C, CS, C2 selon la nomenclature NGAP.

Dans le premier cas, il s'agit d'une offre de premier recours en centre de santé, complémentaire de celle dispensée en établissement de santé, dans le cadre des parcours de prise en charge des patients.

Le graphique figurant ci-après, présente un exemple d'activités dispensées dans un centre de santé adossé à un établissement MCO, et leur répartition en termes de volume de consultations réalisées sur un mois témoin.



Dans le second cas, il s'agit d'une offre de premier recours en centre de santé, répondant à des besoins d'accès aux soins sur un territoire de proximité. Le graphique ci-après présente les activités dispensées dans un centre de santé adossé à un établissement de proximité, et leur répartition en termes de volume de consultations réalisées sur une année civile.



Ces deux typologies d'activités de centres de santé peuvent être complétées par des activités de soins dentaires réalisés ou pas selon les nomenclatures NGAP et CCAM.

## 1- Organisation médicale

Dans les centres de santé ayant vocation à dispenser en priorité des soins de premier recours et à assurer la coordination du parcours de prise en charge des patients avec les établissements de santé, il est souhaitable que les spécialistes salariés en médecine générale exercent en qualité de médecin traitant au sein de la structure. Dès lors, il est préférable que chaque médecin généraliste exerce à minima à 0,8 ETP pour assurer :

- d'une part, la continuité des soins programmés et non programmés dans un système de roulement à organiser entre plusieurs praticiens,
- d'autre part, la coordination médicale avec les médecins spécialistes intervenant davantage sous forme de quelques vacations de demi-journée en semaine.

Cette stabilité de l'effectif de médecine générale permet, en marge de l'activité de prise en charge des patients, d'organiser des réunions de concertation pluridisciplinaire, en présentiel ou à distance, avec les professionnels de santé hospitaliers, pour des patients complexes. Dans les deux cas, les différentes applications de la télémédecine telles que la téléconsultation et/ou la télésurveillance des patients ainsi que la télé-expertise entre médecins, peuvent être envisagées entre le centre de santé et l'établissement de santé, du fait du possible éloignement géographique de ces deux structures.

Enfin, pour garantir la souplesse d'organisation de l'équipe médicale<sup>6</sup>, il peut être recommandé d'appliquer des contrats de travail au forfait jours, tout en introduisant une part de rémunération variable par activité dans le cadre d'un accord d'entreprise (cf. chapitre suivant).

### 2- Organisation paramédicale

La majeure partie des actes pratiqués en centre de santé, dans le cadre des activités de médecine, relève d'actes cliniques. En conséquence, l'assistance d'auxiliaires médicaux n'est pas essentielle, si ce n'est pour les activités d'imagerie et de soins dentaires.

En revanche, l'assistance d'un personnel paramédical, tel qu'infirmier ou aide-soignant, devient nécessaire si le centre de santé assure des consultations médicales non programmées, et ce pour préparer le patient, relever ses constantes, voire l'apaiser avant sa prise en charge par le spécialiste en médecine générale. Cette activité non programmée de médecine générale ne bénéficiant pas d'un financement dédié, il est préférable que le centre de santé limite le poste de paramédical à 1 ETP dans le cadre d'un contrat 35h/semaine. Dès lors, les plages horaires hebdomadaires d'ouverture du centre de santé pour des consultations non programmées sont à planifier à l'avance et à communiquer au public, afin d'assurer la bonne gestion des flux des patients au sein de la structure.

Ce poste de paramédical pourrait également s'inscrire dans le cadre d'une activité mixte en centre de santé et en établissement de santé auprès de certains spécialistes médicaux. Il est à souligner que, dans le cadre d'un programme de récupération améliorée après chirurgie<sup>7</sup> en hospitalisation conventionnelle ou en ambulatoire, et du suivi d'un plan de soins personnalisé du patient, l'infirmière assure des consultations spécifiques pré et post opératoires auprès du patient, en complément des consultations pré-post chirurgicales et pré-anesthésiques.

### 3- Organisation des fonctions supports

Les fonctions supports de type accueil, secrétariat, facturation et gestion, sont nécessaires au fonctionnement d'un centre de santé. L'effectif total salarié du personnel non médical (auxiliaires et administratifs) étant généralement supérieur ou égal à l'effectif total médical du centre de santé, en équivalent temps plein, il est nécessaire d'adapter le temps de présence et le contrat (forfait ou 35heures/semaine) de ces personnels en fonction des plannings d'ouverture des consultations médicales et des missions qui leur sont confiées soit auprès des patients, soit au titre d'activités administratives et de gestion.

Sur l'ensemble des plages horaires de consultations médicales, la présence du personnel d'accueil est notamment requise pour enregistrer l'arrivée du patient, réaliser les formalités administratives nécessaires à sa prise en charge et procéder à la facturation de la consultation lors de sa sortie.

---

<sup>6</sup> NB : les sages-femmes sont à considérer comme des professionnels médicaux habilités à coter des actes sous CCAM depuis mars 2016.

<sup>7</sup> Rapport d'orientation HAS « Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) », juin 2016

Dans le cas où un reste à charge est à régler par le patient du fait qu'il n'est pas déclaré en Affection Longue Durée (ALD) et que le centre de santé n'applique pas le tiers payant intégral, nous recommandons que le personnel d'accueil assure cet encaissement pour éviter tout décalage de trésorerie.

## 6. Modélisation juridique et économique cible d'un centre de santé : un organisme à but non lucratif créé ad hoc

Partant du régime juridique applicable aux établissements de santé, différentes configurations de centres de santé sont envisageables :

- Pour un établissement public de santé :
  - o Le centre de santé peut être géré directement par l'établissement de santé en appliquant tous les dispositifs de gestion administrative et de gestion des ressources humaines applicables à la fonction publique hospitalière et aux agents contractuels de droit public ;
  - o Le centre de santé peut être géré par un organisme privé à but non lucratif non transparent créé par l'établissement de santé. Un organisme, et plus spécifiquement une association, est dit transparent ou para-administratif lorsqu'il est créé à l'initiative d'une personne publique qui en contrôle l'organisation et le fonctionnement et qui lui procure l'essentiel de ses ressources. L'association est considérée comme un démembrement de la personne publique avec les conséquences qui y sont attachées (comptabilité publique, actes et contrats administratifs, personnel administratif, responsabilité administrative, etc.).
- Pour un établissement de santé géré par un organisme à but non lucratif :
  - o Le centre de santé peut être géré directement par l'établissement de santé en appliquant tous les dispositifs réglementaires de gestion administrative et de gestion des ressources humaines applicables dans le secteur hospitalier privé non lucratif ;
  - o Le centre de santé peut être géré par un organisme privé créé par l'établissement de santé, en veillant uniquement à ce qu'il soit à but non lucratif.

Afin d'assurer de manière pérenne l'équilibre financier d'exploitation d'un centre de santé, nous préconisons la modélisation juridique suivante pour l'établissement de santé qui en serait le promoteur :

- Création d'une structure de gestion ad hoc du centre de santé :
  - o Pour un établissement public de santé, il s'agit d'identifier un organisme de droit privé, sans but lucratif et non transparent. Pour éviter que l'organisme soit considéré comme transparent par rapport à la personne publique, il convient donc d'éviter le cumul des critères susmentionnés en partageant l'initiative de sa création avec des partenaires publics et privés, en diluant le contrôle exercé sur la structure entre les partenaires et en diversifiant les sources de financement de l'organisme ;
  - o Pour un établissement de santé géré par un organisme à but non lucratif, il s'agit classiquement d'une association Loi 1901 ;
- Gestion sociale adaptative par application du droit du travail et de l'accord de branche sanitaire et médico-social, sans mise en place de convention collective ;
- Médecins et personnels administratifs salariés ;
- Tolérance pour des consultations avancées sous forme de contrat entre le centre de santé et l'établissement de santé.

Du point de vue économique, nous recommandons d'adopter une démarche analytique de gestion par activité générant des recettes à l'acte selon les nomenclatures CCAM et NGAP<sup>8</sup>, et les majorations<sup>9</sup> associées à cette dernière. Les subventions de fonctionnement telles que celles visées par l'Accord National de 2015, la loi Teulade de 1993<sup>10</sup>, et celles en provenance des collectivités territoriales, sont à considérer comme des accessoires de rémunération qui complètent les recettes principales basées sur l'activité du centre de santé.

Selon la modélisation juridique cible précédemment proposée, la construction d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses de fonctionnement d'un centre de santé, s'appuie donc sur les principes suivants :

- rémunération mixte des médecins basée sur :
  - o une part fixe de salaire, intermédiaire entre le SMIC et le premier seuil de rémunération fixé par la convention collective applicable à l'établissement à but non lucratif (à condition de ne pas avoir fait le choix d'appliquer la convention collective, auquel cas le minimum conventionnel devra impérativement être respecté par le centre de santé) ;
  - o une part variable de salaire, introduite dans le contrat de travail ou dans le cadre d'un statut collectif instaurant une prime individuelle de performance ou encore dans le cadre d'un accord collectif et aléatoire d'intéressement aux résultats et/ou à la performance collective du centre et par unités de travail. Dans ces conditions, l'instauration d'une part variable de rémunération ne paraîtrait pas contrevenir aux dispositions de l'article R. 4127-97 du Code de la santé publique qui interdit aux médecins de percevoir une part de rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins, puisque les objectifs seront déterminés de manière concertée entre les médecins et les responsables administratifs et n'affecteront qu'une partie de la rémunération, sous réserve qu'ils ne visent pas l'exercice même des pratiques médicales ;
- rendre marginale l'activité paramédicale salariée de consultation auprès des patients et/ou en assistance des médecins pour la raison suivante : la nomenclature NGAP ne permet pas de rémunérer convenablement les professionnels de santé concernés (notamment les infirmiers), une fois les charges fixes de la structure prises en compte.

Si le projet de santé souligne la nécessité d'un effectif paramédical salarié dans le centre de santé, la question du financement se pose en priorité. A défaut de pouvoir prélever une partie des excédents bruts générés sur d'autres activités du centre de santé, ou bien d'obtenir une autre source de financement pour financer ces postes, la solution d'une activité libérale est à envisager.

---

<sup>8</sup> Les négociations conventionnelles médicales pour la période 2016-2021 entre l'UNCAM et les syndicats de médecins auront un impact sur la construction des budgets prévisionnels de fonctionnement des centres de santé (valorisation des C, CS, majoration pour consultations complexes et d'urgence par le médecin traitant ou correspondant spécialiste).

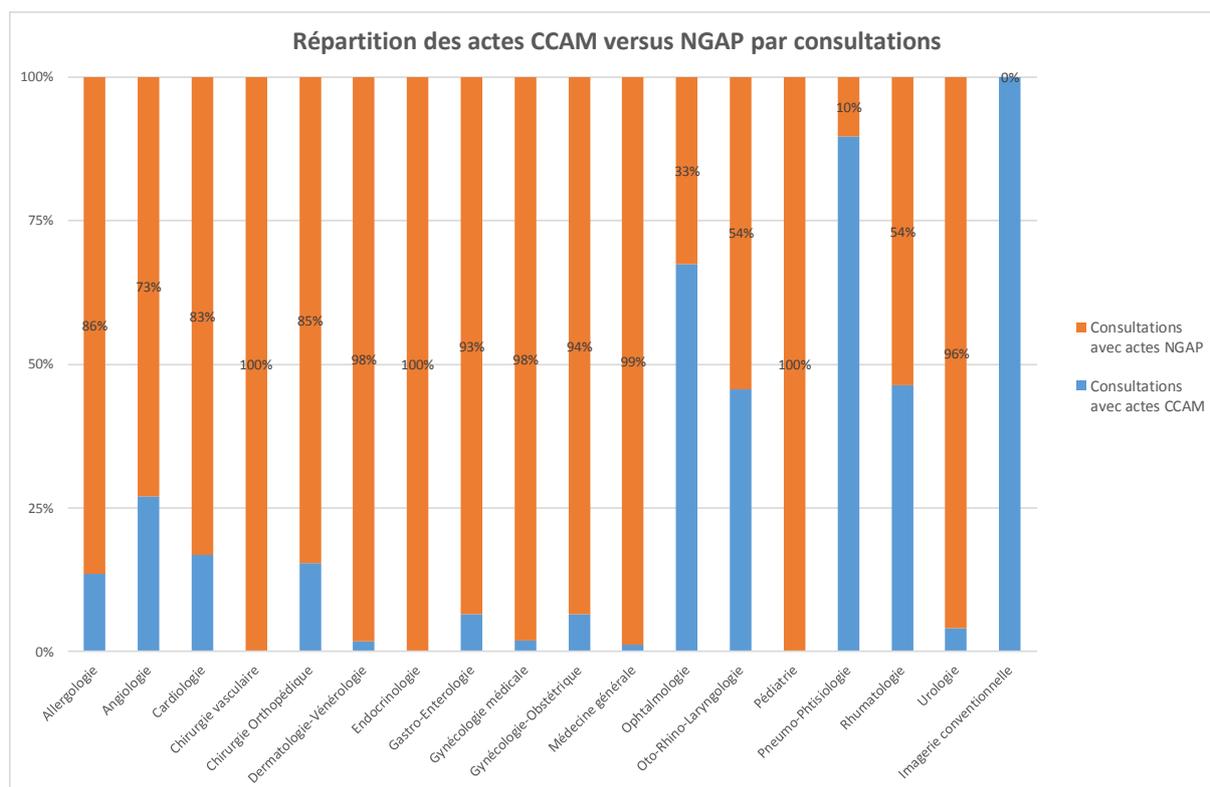
<sup>9</sup> Uniquement applicable par les médecins en secteur 1 et ceux en secteur 2 ayant adhéré au contrat d'accès aux soins

<sup>10</sup> Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie

Le respect des principes directeurs susvisés permettrait d'améliorer la situation financière des centres de santé médicaux et polyvalents, au regard des faiblesses constatées par l'IGAS<sup>11</sup>, tout en limitant le risque de turn-over et les difficultés de recrutement de professionnels de santé en spécialité de médecine générale et pour d'autres spécialités médicales.

## 1- Estimation des recettes par activité d'un centre de santé

L'activité ambulatoire d'un centre de santé médical ou polyvalent s'appuie essentiellement sur des consultations tarifées selon la nomenclature NGAP, et pour certaines spécialités selon la CCAM. A titre d'exemple, le graphique qui figure ci-après représente une simulation de la répartition d'activité sur un mois de fonctionnement, pour un centre de santé polyvalent adossé à un établissement MCO.



Les règles de facturation des consultations, qui interdisent le cumul des actes CCAM et NGAP, mais permettent l'application de différentes majorations sur les actes NGAP et la facturation dégressive de plusieurs actes CCAM, ne permettent pas de construire un prévisionnel précis de recettes par activité.

Dans une première approche, il peut être envisagé de reprendre l'acte C, CS ou C2 le plus fréquemment appliqué sur la nomenclature NGAP pour chacune des consultations médicales. En prenant comme hypothèse une durée moyenne de consultation de 20 minutes, une durée estimative de 8 heures quotidiennes de travail pour un médecin sous contrat « forfait jours » de 218 jours par an, le tableau ci-après donne une indication sur le chiffre d'affaires annuel pouvant être généré par 1 ETP de médecin, hors prise en compte des majorations et des actes CCAM.

<sup>11</sup> « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain », IGAS, juillet 2013

Spécialité	Proportion des consultations avec actes NGAP selon l'exemple mentionné précédemment	Consultations avec NGAP : tarif de l'acte le plus fréquent hors majorations, selon le projet de convention médicale 2016-2021 (€)		Chiffre d'affaire NGAP approché annuel pour 1 ETP de médecin (€)
Allergologie	86%	CS	30 €	157 k€
Angiologie	73%	C	25 €	131 k€
Cardiologie	83%	C2	50 €	262 k€
Chirurgie vasculaire	100%	C2	50 €	262 k€
Chirurgie Orthopédique	85%	CS	30 €	157 k€
Dermatologie-Vénérologie	98%	CS	30 €	157 k€
Endocrinologie	100%	CS	30 €	157 k€
Gastro-Enterologie	93%	CS	30 €	157 k€
Gynécologie médicale	98%	CS	30 €	157 k€
Gynécologie-Obstétrique	94%	CS	30 €	157 k€
Médecine générale	99%	C	25 €	131 k€
Ophtalmologie	33%	Actes NGAP non significatifs		
Oto-Rhino-Laryngologie	54%	CS	30 €	157 k€
Pédiatrie	100%	CS	30 €	157 k€
Pneumo-Phtisiologie	10%	Actes NGAP non significatifs		
Rhumatologie	54%	CS	30 €	157 k€
Urologie	96%	CS	30 €	157 k€
Imagerie conventionnelle	0%	Non concerné (actes CCAM exclusifs)		

Dans le cadre d'une estimation plus précise du chiffre d'affaires, il peut être envisagé de reprendre la répartition des consultations NGAP et CCAM du graphique précédent, et d'y affecter le tarif NGAP le plus fréquemment appliqué et le tarif moyen CCAM constaté du 1<sup>er</sup> décile pour 30 centres de santé<sup>12</sup>.

D'autres accessoires de rémunération peuvent s'ajouter aux recettes d'activité du centre de santé dans le cadre de l'Accord National de 2015, tels que :

- le bloc commun principal :
  - o engagement obligatoire = 33 600 € maxi
  - o engagement optionnel = 16 450 € maxi
- le bloc commun complémentaire : 10 577 € maxi
- la rémunération sur objectif de santé publique ROSP : 6 300 € maxi pour une patientèle de référence de 800 patients, chaque indicateur valant pour un taux de réalisation de 100 %
- les compléments prévention et parcours de soin : patient ALD, forfait médecin traitant, patient de 80 ans et plus.

<sup>12</sup> Rapport de synthèse « Accompagnement des centres de santé, dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique », Référéis et ARS Ile de France, octobre 2012

## 2- Estimation des dépenses par activité et indicateurs pertinents de gestion

Les charges de structure peuvent s'estimer de la manière suivante :

- charges fixes de personnel :
  - o pour les fonctions paramédicales en assistance des médecins : 0 €, sauf pour :
    - les consultations médicales non programmées pour lesquelles la présence d'un auxiliaire médical peut s'avérer nécessaire ;
    - les examens de radiologie conventionnelle, échographie, pour lesquels un manipulateur en électroradiologie peut s'avérer nécessaire ;
    - les consultations dentaires avec la présence d'une assistante au siège.
  - o pour les fonctions accueil, secrétariat médical, facturation à l'assurance maladie et aux organismes complémentaires, ainsi que de direction : il convient d'estimer la cible d'1 ETP de professionnel pour 1 ETP de médecin, permettant d'atteindre un montant de charge salariale de personnel médical 2,5 à 4 fois plus élevé que celui du personnel non médical pour atteindre l'équilibre financier ;
- Autres charges, hors amortissements d'actifs :
  - o loyer ;
  - o maintenance et mise à jour des logiciels métiers, programmation, facturation, gestion ;
  - o créance non recouvrée du tiers payant (environ 3 € net par consultation<sup>13</sup>) ;
  - o prestations externes ;
  - o assurances RCP et risques.

Plus généralement, les indicateurs de gestion sont à analyser de la manière suivante :

- 1- pour chaque activité médicale :
  - a. marge brute sur activité, i.e. le chiffre d'affaires généré sur le total des charges salariales (professionnels de santé, fonctions support administratives et de direction, et consommables médicaux).
  - b. taux de charges salariales comprenant le personnel médical et non médical, ce dernier intégrant les auxiliaires médicaux et le personnel administratif et de direction.
- 2- Pour l'ensemble des activités :
  - a. Excédent Brut d'Exploitation (EBE) / Chiffre d'affaires total intégrant les nomenclatures, l'Accord National, la ROSP et autres subventions de fonctionnement éventuelles)
  - b. résultat d'exploitation non financier.

---

<sup>13</sup> « Guide de bonnes pratiques pour accompagner les centres de santé existants », Coactis Santé, avril 2012

## 7. Conclusion des observations et des recommandations

La présente étude permet de mettre en avant l'opportunité de créer et gérer un centre de santé pour un établissement de santé, mais également de mettre en exergue les principaux points de vigilance à prendre en considération lors de la mise en œuvre de ce projet.

Il en ressort que les deux principaux avantages dans la mise en place d'un ou de plusieurs centres de santé médicaux ou polyvalents gérés par une structure hospitalière sont les suivants :

- un ancrage territorial renforcé de l'établissement de santé qui :
  - o pour les structures ayant une offre d'hospitalisation, de consultations externes, et de service d'urgences, s'adjoint une offre de soins de premier recours en développant le rôle du médecin traitant dans le parcours de soins des patients, et en fidélisant la patientèle,
  - o pour les structures dites de « proximité » ayant une offre essentiellement centrée sur le moyen et long séjour d'hospitalisation avec des activités médico-sociales, propose un accès aux soins programmés et non programmés sur son territoire de proximité,
- une pratique professionnelle décloisonnée entre les soins de premiers recours et les services d'hospitalisation, et stimulante pour l'évolution professionnelle des médecins qui :
  - o recherchent un travail pluridisciplinaire et collaboratif au travers des parcours de soins de leurs patients,
  - o souhaitent se désengager des tâches administratives et de gestion, et pouvoir être libre de toute contrainte d'installation et de sédentarisation en optant pour le salariat.

L'étude démontre également que l'élaboration d'un projet de santé pour le centre de santé n'est pas en soi un obstacle, sous réserve que les deux projets du(des) centre(s) et de l'établissement soient complémentaires et non concurrentiels dans les différentes spécialités de médecine, s'agissant notamment des activités de soins, de diagnostic et de bilan dispensées dans le(s) centre(s) de santé et sur les plateaux de consultations externes hospitalières.

En revanche, une attention particulière doit être portée au choix du modèle de gestion et à la dimension des ressources humaines au sein du centre de santé. Le tableau qui figure ci-après expose les principaux points de vigilance et recommandations selon le statut de l'établissement de santé.

Ce tableau synthétise également les avantages et les limites des recommandations proposées selon les trois configurations de gestion possibles d'un ou plusieurs centre(s) de santé :

- gestion directe par un établissement public de santé,
- gestion directe par un établissement privé de santé, géré par un organisme à but non lucratif,
- gestion par un organisme à but non lucratif, créé par l'organisme gestionnaire de l'établissement de santé, qui en contrôlerait totalement ou partiellement l'organisation et le fonctionnement et mettrait à disposition des ressources et moyens.

Configuration de gestion du Centre de santé	Principaux constats relevés		Recommandations	
	Avantages	Limites	Portage juridique	Activité
<b>Par un établissement public de santé</b>	<p>Conservation de leur statut par les personnels hospitaliers ;</p> <p>Echanges d'information et coordination médicale renforcée entre les médecins spécialistes en médecine générale et ceux spécialisés sur les organes et les fonctions biologiques</p>	<p>Nécessaire adaptation des horaires de travail des professionnels de santé médicaux et non médicaux entre la pratique en établissement de santé et celle en centre de santé</p> <p>Equilibre économique difficile à atteindre</p>	<p>Créer une structure de gestion ad hoc (cf. ci-dessous)</p>	<p>Développer la spécialité de médecine générale dans le centre de santé sur des activités de consultations programmées et non programmées</p> <p>Renforcer le rôle du médecin traitant dans le centre de santé, coordinateur du parcours de soin des patients</p> <p>Bénéficier d'un recours rapide à un plateau technique de type « imagerie » pour des consultations non programmées</p> <p>Développer les consultations de spécialités médicales (voire de chirurgie-dentaire), en veillant à ce qu'elles soient complémentaires de celles dispensées en consultations externes hospitalières, i.e. en assurant la complémentarité entre le projet de santé du centre de santé et le projet médical et de soin de l'établissement de santé</p> <p>Limiter le salariat d'auxiliaires médicaux (IDE, AS)</p>
<b>Par un établissement privé de santé géré par un organisme à but non lucratif</b>	<p>Idem ci-dessus</p>	<p>Idem ci-dessus</p> <p>Equilibre économique à étudier si application d'une convention collective</p>	<p>Idem ci-dessus</p>	<p>Idem ci-dessus</p>
<b>Par un organisme à but non lucratif</b>	<p>Autonomie de gestion</p> <p>Modèle économique à l'équilibre (sous réserve de l'application du Droit du Travail, hors conventions collectives)</p>	<p>Deux contrats de travail à envisager pour les médecins exerçant dans chacune des deux structures</p>	<p>Créer une structure de gestion « non transparente », et de préférence avec des partenaires locaux (établissements de santé et/ou médico-sociaux, collectivités locales)</p> <p>Eviter la mise en place de toute Convention Collective pour introduire une part de rémunération variable qui s'ajoute au salaire fixe négociable des médecins</p>	<p>Idem ci-dessus</p>

## Rédacteurs :

Mr Fabrice CATOIRE, société CERCLH  
80, boulevard de Picpus – 75012 Paris  
www.cerclh.com  
Tél. : 01 43 45 08 73



Maitre Yannick FRANCIA, cabinet CMS Francis Lefebvre Lyon  
174 rue de Créqui | CS 23516 | 69422 Lyon Cedex 03  
www.cms-bfl.com/Lyon  
Tél. : 04 78 95 47 99

**C/M/S/ Bureau Francis Lefebvre Lyon**

## Mandataire :

Mr A.EVAIN, Mme le Dr B.SEVADJIAN, ARS Ile de France

DOS – Pôle ambulatoire et services aux professionnels de santé – Service Structures d'exercice collectif

35, rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19  
Tél. : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

