

# Référentiel juridique

## 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 à 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 à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé.

## Table des matières

Introduction

- I. **Comment un établissement de santé peut-il créer et gérer un centre de santé ?**
  1. Quelles sont les compétences respectives de l'établissement et du centre de santé ?
  2. En quoi le régime juridique du centre de santé se distingue-t-il de celui de son établissement gestionnaire en termes d'organisation sanitaire ?
  3. Quels sont les principes de gouvernance régissant le centre de santé ?
  4. Quelles sont les organismes à but non lucratif permettant la création et la gestion d'un centre de santé ?
  5. Un groupement de coopération sanitaire peut-il assurer la gestion d'un centre de santé ?
- II. **Quelles sont les modalités pratiques d'organisation d'un centre de santé ?**
  1. Est-il possible pour un centre de santé de se spécialiser dans la prise en charge d'une catégorie de patients ?
  2. Quelles sont les relations des centres de santé avec les laboratoires de biologie médicale et les pharmacies d'officine ?
- III. **Quelles sont les règles applicables au personnel du centre de santé ?**
  1. Un centre de santé peut-il recruter du personnel sous statut libéral ?
  2. A défaut, qui sont les personnels médicaux et non médicaux du centre de santé géré par un établissement public de santé et quelles sont les règles qui leur sont applicables ?
  3. Comment le personnel hospitalier peut-il intervenir au sein d'un centre de santé géré par un organisme à but non lucratif créé par un établissement public de santé ?
  4. Quelles sont les règles applicables au personnel d'un centre de santé géré par un établissement de santé privé ou par une structure créée ad hoc ?
- IV. **Comment est financé le centre de santé géré par un établissement de santé ?**
  1. Quelles sont les règles de prise en charge des actes médicaux par la sécurité sociale ?
  2. Quelles sont les sources de financement du Centre de santé (hors prise en charge des actes médicaux) ?
  3. Quel est le régime du tiers payant en centre de santé ?

### **ANNEXE : TABLEAU SYNTHETIQUE DES FINANCEMENTS**

## Introduction

Le présent référentiel est destiné à apporter une assistance juridique aux établissements de santé dans leurs projets de création et de gestion d'un centre de santé. Il s'attache à préciser les conditions auxquelles un établissement peut créer et gérer un centre de santé (I), les modalités pratiques d'organisation de ce centre (II), les règles applicables à son personnel (III) et enfin à son financement (IV).

### I. Comment un établissement de santé peut-il créer et gérer un centre de santé ?

#### 1. Quelles sont les compétences respectives de l'établissement et du centre de santé ?

**Rappel :** l'activité exercée par les centres de santé n'est pas incluse dans les missions des établissements de santé telles qu'elles sont définies par la loi.

Si l'article L.6111-1 du code de la santé publique (ci-après « Csp ») dispose que « *les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes* », ceci n'inclut pas toutes les formes de soins mais seulement celles qui sont énumérées aux alinéas suivants du même texte.

Les soins de premiers recours n'en font pas partie.

Ceci n'exclut naturellement pas que les établissements de santé puissent délivrer des consultations externes en rapport avec leur mission. Mais la loi ne leur confère pas une compétence générale en matière de soins de premiers recours, lesquels comprennent, selon l'article L.1411-11 alinéa 1 Csp (1 - prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des patients ; 2 dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, conseil pharmaceutique ; 3 - orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; 4 – éducation pour la santé).

Le second alinéa de ce texte précise que « *les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux* ».

L'établissement de santé n'est donc pas, contrairement aux centres de santé, un dispensateur de soins de premiers recours, même si la délivrance de tels soins nécessite une coopération de leurs dispensateurs avec les établissements.

Par ailleurs, l'article L.6111-3 alinéa 3 Csp dispose que « *les établissements de santé peuvent créer et gérer les centres de santé mentionnés à l'article L.6323-1* ». Si l'activité de ces centres – les soins de premiers recours – relevait de celle exercée par les établissements en vertu de l'article L. 6111-1, l'ajout de cette compétence – la création et la gestion de centres de santé - n'aurait pas de raison d'être. Il en va de même, au demeurant, de la compétence conférée aux établissements de santé par l'article L.6111-3 alinéa 1 pour « *créer et gérer les établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés aux articles L.312-1 et L.344-1 du Code de l'action sociale et des familles* » : en l'absence d'une telle mention, les établissements de santé ne pourraient exercer cette activité qui ne relève pas de leur domaine de compétences.

La gestion de l'activité d'un centre de santé par un établissement de santé est donc une compétence spécialement attribuée par la loi. **Nous verrons dans les développements suivants que les règles applicables à un centre géré par un établissement sont à la fois des règles spécifiques aux centres de santé et des règles applicables, par défaut, aux établissements de santé.**

### 2. En quoi le régime juridique du centre de santé se distingue-t-il de celui de son établissement gestionnaire en termes d'organisation sanitaire ?

- L'inopposabilité du Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS), et du futur Schéma Régional de Santé

L'ancien article R.1434-4 Csp, dans sa version antérieure disposait que ce Schéma contient d'une part « *une partie relative à l'offre de soins* », laquelle « *é[ta]it opposable aux établissements de santé, aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements lourds ainsi qu'aux établissements et services qui sollicit[ai]ent de telles autorisations* » et d'autre part « *une partie relative à l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé, des centres de santé, des pôles de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé* ».

Si en vertu de ce texte le volet hospitalier était opposable, le volet applicable aux centres de santé ne l'était pas aux établissements.

Le décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 est venu préciser le contenu du nouveau Schéma Régional de Santé qui succèdera au SROS en vertu des articles L.1434-2 et 1434-3 CSP modifiés par l'article 158 de la loi du 26 janvier 2016. Aux termes du nouvel article R.1434-7 Csp issu de ce texte, « *le schéma régional de santé indique, dans le respect de la liberté d'installation, les besoins en implantation pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés à l'article L. 1411-1 et de deuxième recours mentionnés à l'article L. 1411-12. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux* ».

Il n'est ainsi plus dit explicitement que le Schéma n'est pas opposable aux centres de santé. Ceci ne permet pas pour autant d'en déduire qu'il l'est, ces centres assurant les missions d'un professionnel de santé.

- Les conditions techniques de fonctionnement

La même spécificité se retrouve dans les dispositions applicables aux conditions de fonctionnement. L'article L.6323-1 alinéa 10 Csp précise que « *Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé* ».

Les articles D.6323-2 à D.6323-11 Csp qui définissent les conditions techniques de fonctionnement d'un centre reposent donc sur une base juridique distincte de l'article L.6124-1 Csp qui dispose que « *les conditions techniques de fonctionnement applicables aux établissements sont fixées par décret* ». Chaque discipline hospitalière fait ainsi l'objet d'un décret, parfois très détaillé, l'ensemble de ces décrets étant codifiés dans plus de 200 articles (D.6124-1 et suivants Csp) alors que les 10 articles relatifs aux conditions techniques de fonctionnement des centres concernent principalement leur organisation administrative.

### ➤ [Le projet de santé](#)

L'article L.6323-1 Csp dispose, quant à lui, en son alinéa 8 que « *le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement* ».

Le centre de santé a ainsi l'obligation de se doter de son propre projet de santé dont le contenu et les conditions d'élaboration sont fixés par un arrêté ministériel du 30 juillet 2010.

Ce projet de santé est arrêté par le gestionnaire du centre qui associe l'ensemble des professionnels du centre à sa rédaction. Il est impérativement porté à la connaissance du Directeur général de l'Agence régionale de santé lors de l'ouverture du centre et à l'occasion de modifications portant sur son activité, son implantation ou son gestionnaire.

Le projet de santé contient des informations administratives sur le centre mais également sur son activité, son personnel, son organisation, ses objectifs, les modalités d'évaluation de la qualité des soins qui y sont dispensés et les coopérations qu'il a nouées avec d'autres structures ou professionnels participant à la prise en charge des patients.

### ➤ [Le règlement intérieur](#)

Aux termes de l'article D. 6323-9 Csp, les centres de santé doivent se doter d'un règlement intérieur dont le contenu et les conditions d'élaboration sont également définis par l'arrêté ministériel du 30 juillet 2010 précité.

Le règlement intérieur du centre de santé ne se confond pas avec celui de l'établissement de santé gestionnaire même s'il est adapté par ce dernier.

Ce règlement, qui doit être porté à la connaissance du Directeur général de l'Agence régionale de santé, apporte des précisions sur l'organisation fonctionnelle du centre, les règles d'hygiène et de prévention du risque infectieux, les modalités de gestion des dossiers des patients, de conservation et de gestion des médicaments et des dispositifs médicaux, d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et de gestion des risques.

### ➤ [Contrat pluriannuel d'objectif et de moyens](#)

Il en va de même des dispositions applicables aux CPOM. Si la conclusion avec l'ARS de ces contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens est obligatoire pour chaque établissements de santé en vertu de l'article L.6114-1 Csp, elle n'est que facultative pour les centres de santé aux termes de l'article L.1435-3 Csp, lequel précise toutefois que « *le versement d'aides financières ou de subvention à ces services de santé par les agences régionales de santé est subordonné à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens* ». Dans la mesure où le contenu d'un CPOM est étroitement lié à la fois au SROS, et au futur schéma régional de santé et au projet de santé de la structure, le contrat conclu par le centre de santé doit être nécessairement distinct de celui conclu par l'établissement gestionnaire.

### 3. [Quels sont les principes de gouvernance régissant le centre de santé ?](#)

Avec la présence des quatre grandes catégories de personnes morales de droit français, le régime est nécessairement disparate.

Les centres de santé peuvent être gérés :

- soit par un organisme à but non lucratif (une association, une fondation ou encore une mutuelle par exemple) ;
- soit par une collectivité territoriale ou un établissement public de coopération intercommunale<sup>1</sup>;
- soit par un établissement de santé.

Une telle variété de formes juridiques rend délicate l'établissement de règles uniques de gouvernance.

Ceci n'empêche pas toutefois l'existence de quelques principes communs dans le fonctionnement au-delà de l'existence de principes d'organisation communs (activité de soins de premier recours, accessibles à tous, pratique du tiers payant, tarifs secteur 1 et médecins salariés).

Ainsi l'article D.6323-1 du Csp dispose-t-il que « *le contenu et les conditions d'élaboration des projets de santé mentionnés à l'article L.6323-1 sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé* ».

En application de ce texte, ainsi qu'il l'a été évoqué, l'arrêté ministériel du 30 juillet 2010 précise notamment dans son article 1<sup>er</sup> que « *le projet de santé est arrêté par le gestionnaire du centre de santé qui associe l'ensemble des professionnels du centre* ».

Le gestionnaire est ainsi soumis à une obligation de concertation avec les professionnels de santé travaillant au centre lors de l'élaboration du projet. Même si elle ne s'impose que pour cette élaboration, cette concertation peut être regardée comme un principe de gestion souhaitable.

La gestion du centre par l'établissement de santé ne relève pas, en revanche, du même processus de décision que l'administration de l'établissement lui-même. S'agissant en particulier d'un établissement public, les décisions portant sur la gestion du centre de santé ne sont pas de celles qui sont soumises à une délibération du conseil de surveillance en vertu de l'article L.6143-1 Csp.

Le conseil de surveillance peut certes être amené, dans le cadre de sa mission de contrôle, à examiner la gestion du centre dans le cadre de l'examen de la gestion de l'établissement. Mais la personne en charge, au sein de l'établissement, de la gestion du centre paraît devoir disposer de davantage d'autonomie que la direction dans l'administration de l'établissement lui-même.

#### **4. Quelles sont les organismes à but non lucratif permettant la création et la gestion d'un centre de santé ?**

Ainsi qu'il l'a été évoqué, en vertu de l'article L.6323-1 Csp, les centres de santé peuvent être gérés par des organismes à but non lucratif.

#### **Quelle structure retenir ?**

Elle doit :

- Pouvoir être composée de membres de droit privé et de droit public (il conviendra de définir précisément les catégories de personnes publiques fondatrices de la structure) ;
- Disposer d'une gouvernance souple avec un exécutif doté de compétences propres ;

---

<sup>1</sup> Article 209 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

- Avoir un objet social permettant la gestion d'une structure sanitaire de proximité dispensant principalement des soins de premier recours, assurant des activités de soins sans hébergement et menant des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales, pratiquant la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale (ci-après « Css ») et pouvant pratiquer des interruptions volontaires de grossesse;
- Permettre de rendre des services à ses membres mais aussi à des bénéficiaires extérieurs, publics ou privés ;
- Favoriser la mutualisation des moyens nécessaires à la réalisation de son objet social ;
- Avoir la capacité de contracter ;
- Avoir la possibilité d'être employeur ;
- Constituer, détenir et exploiter des données personnelles ;
- Etre agréé organisme de formation, notamment dans le cadre de la DPC ;
- Percevoir des aides publiques ;
- Recevoir des dons et legs (mécénat) ;
- Bénéficier, le cas échéant, d'un régime fiscal incitatif.

Les points d'attention sont donc :

- Nature publique ou privée ?
- Adhésion de collectivités locales ?
- Adhésion d'établissements de santé ?
- Détention d'un capital social ou non ?
- Quelle gouvernance ?
- Contrôle de gestion interne ou externe ?
- Statut du personnel : statut public ou privé ?
- Gestion des RH : MAD ou employeur ?
- Comptabilité publique ou privée ?
- Statut fiscal ?
- Diversification des sources de financement ?
- Capacité d'évolution statutaire ?

❖ Forme de coopération : tableau décisionnel synthétique

	GCS de moyens	GIP	GIE	Association	Sociétés coopératives d'intérêt collectif	Commentaires
Textes applicables	<p>L.6133-1 et suivants du</p> <p>R.6133-1 et suivants du</p> <p>Arrêté du 23 juillet 2010</p> <p>Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé</p> <p>Ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 relative à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire</p>	<p>Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011</p> <p>Décret n° 2012-91 du 26 janvier 2012</p> <p>Décret n° 2013-292 du 5 avril 2013</p> <p>Arrêté du 23 mars 2012</p> <p>Loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires</p>	<p>L.251-1 à L.251-23 et R.251-1 à R.251-3 du code de commerce</p>	<p>Loi 1<sup>er</sup> juillet 1901</p> <p>Décret du 16 août 1901</p> <p>Code civil</p>	<p>Loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947</p> <p>Décret n°2002-241 du 21 février 2002</p> <p>Décret n° 2015-800 du 1<sup>er</sup> juillet 2015</p> <p>Décret n° 2015-1381 du 29 octobre 2015</p> <p>Circulaire du 18 avril 2002</p>	

## Conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé

	GCS de moyens	GIP	GIE	Association	Sociétés coopératives d'intérêt collectif	Commentaires
Membres	<p>Etablissements de santé publics ou privés, établissements médico-sociaux, centres de santé et pôles de santé, personnes physiques ou morales exerçant une profession médicale à titre libéral, personnes physiques ou morales exerçant une profession libérale de santé autre que médicale ou autres organismes concourant à l'activité du groupement sur autorisation du DG ARS .</p> <p>Au moins un établissement de santé [sauf dans le cas prévu à l'article L. 6133-7 al. 2)].</p> <p>La participation de membres particuliers peut être autorisée ou exclue selon l'objet du GCS : GCS exploitant les autorisations de ses membres, laboratoire de biologie médicale exploité par un GCS, réseau de santé constitué en GCS (L. 6133-2 II. à IV. Csp)</p> <p>Attention : Exclusion des personnes physiques ou morales qui poursuivent un but lucratif en exerçant à titre principal une activité soit de fournisseur, de distributeur ou de fabricant de produit de santé, soit de prestataire de services.</p>	<p>Réservé aux personnes morales de droit public (Etat, collectivités territoriales, établissements publics dont les établissements publics de santé) ou de droit privé (cliniques, ESPIC).</p> <p><u>Au moins une personne de droit public.</u></p>	<p>Toutes personnes physiques (professionnels de santé libéraux ou salariés par ex) ou morales (Etat, collectivités territoriales, établissements publics dont établissements publics, cliniques, ESPIC)</p> <p><u>Au moins une personne de droit privé</u></p>	<p>Toutes personnes physiques ou morales sans restriction : Professionnels de santé libéraux ou salariés, Etat, collectivités territoriales, établissements publics dont établissements publics, cliniques, ESPIC</p>	<p>Toute personne physique ou morale qui contribue par tout moyen à l'activité de la coopérative, notamment toute personne productrice de biens ou de services (notamment dans le secteur de la santé), tout salarié de la coopérative, toute personne qui bénéficie habituellement, à titre gratuit ou onéreux, des activités de la coopérative, toute personne physique souhaitant participer bénévolement à son activité ou toute personne publique.</p> <p>Au moins trois catégories d'associés, parmi lesquelles figurent obligatoirement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les personnes qui bénéficient habituellement à titre gratuit ou onéreux des activités de la coopérative,</li> <li>- les salariés ou,</li> <li>- en l'absence de personnes salariées au sein de la société, les producteurs de biens ou de services de la coopérative.</li> </ul>	

## Conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé

	GCS de moyens	GIP	GIE	Association	Sociétés coopératives d'intérêt collectif	Commentaires
Objet	<p>Faciliter, développer, améliorer l'activité des membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en organisant ou gérant des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement, de recherche pour le compte de ses membres,</li> <li>- en réalisant ou gérant des équipements d'intérêt commun,</li> <li>-en permettant des interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux ;</li> <li>-en exploitant sur un site unique les autorisations de soins détenues par ses membres.</li> </ul>	<p>Exercer ensemble des activités d'intérêt général à but non lucratif en mettant en commun les moyens nécessaires à leur exercice.</p> <p>Le GIP permet, en particulier, aux personnes publiques et aux personnes morales de droit privé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de développer et de pérenniser des coopérations entre elles ;</li> <li>• d'affecter, notamment, à ces coopérations des moyens en personnels ;</li> <li>• de réaliser et d'exploiter en commun les équipements nécessaires à des activités d'intérêt général.</li> </ul>	<p>Faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité.</p> <p>Son but n'est pas de réaliser des bénéfices pour lui-même.</p> <p>Son activité doit se rattacher à l'activité économique de ses membres et ne peut avoir qu'un caractère auxiliaire par rapport à celle-ci.</p>	<p>Mettre en commun, d'une façon permanente, des connaissances ou des activités dans un but autre que de partager des bénéfices</p>	<p>Produire ou la fournir des biens et des services d'intérêt collectif, qui présentent un caractère d'utilité sociale. Ces biens et services peuvent notamment être fournis dans le cadre de projets de solidarité internationale et d'aide au développement. Les tiers non sociétaires peuvent en bénéficier.</p> <p>Le projet coopératif constituant l'objet social de la société doit être décrit dans les statuts.</p>	<p>L'activité du GIE est supposée être accessoire par rapport à celle de ses membres ce qui est discutable dans le cadre d'un centre de santé.</p> <p>Le GCS est une structure de moyens qui n'a pas vocation à exercer des activités de soins (sauf GCS ES mais il implique la création d'un établissement de santé ou GCS exploitant les autorisations de ses membres) mais le centre de santé n'exerce pas des activités de soins soumises à autorisation</p>
	Décembre 2016					10

## Conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé

	GCS de moyens	GIP	GIE	Association	Sociétés coopératives d'intérêt collectif	Commentaires
Modalités de création	<p>Approbation de la convention constitutive, signée par l'ensemble des membres, par le DGARS.</p> <p>Publication de l'arrêté d'approbation</p>	<p>Une convention constitutive est conclue entre les membres.</p> <p>Approbation par arrêté conjoint du ministre du budget et du ou des ministres dont relèvent les activités du groupement ainsi que du ministre chargé du contrôle ou de la tutelle des membres.</p> <p>Délégation éventuelle à l'autorité déconcentrée compétente (Préfet, DGARS,...)</p>	<p>Un contrat constitutif est conclu entre les membres.</p> <p>Une immatriculation au RCS</p> <p>Avis d'immatriculation au BODACC</p>	<p>Un contrat d'association est conclu par les membres</p> <p>Déclaration au représentant de l'Etat dans le département.</p> <p>Insertion dans le JO</p>	<p>La création ex nihilo d'une SCIC est subordonnée au respect des conditions posées à la constitution de la société dont elle emprunte la forme (SA, SAS, SARL à capital variable régies par le code de commerce) sauf dérogations prévues par la loi.</p> <p>La création de la société coopérative d'intérêt collectif peut également résulter de la transformation régulière de toute société, quelle qu'en soit la forme ou de toute association ayant une activité analogue.</p>	<p>La création du GCS et le GIP est soumise à un contrôle à la différence de l'association, du GIE et de la SCIC.</p>
Formalités préalables	<p>Accord par les instances des membres.</p> <p>Signature par le représentant légal.</p> <p>Formalisation d'une convention constitutive, d'un règlement intérieur et d'un budget prévisionnel.</p>	<p>Accord par les instances des membres.</p> <p>Formalisation de la convention constitutive (et le cas échéant du règlement intérieur)</p>	<p>Accord par les instances des membres</p> <p>Formalisation du contrat (et le cas échéant du règlement intérieur)</p>	<p>Accord par les instances des membres</p> <p>Formalisation du contrat (et le cas échéant du règlement intérieur)</p>	<p>Accord par les instances des membres</p> <p>Formalisation des statuts (et le cas échéant du règlement intérieur)</p> <p>Immatriculation au RCS</p>	<p>Le contrat d'association présente le plus de liberté au regard des textes.</p>
Personnalité juridique	<p>Oui</p> <p>De droit public ou de droit privé selon des critères fixés par la loi.</p>	<p>Oui</p> <p>De droit public</p>	<p>Oui</p> <p>De droit privé uniquement</p>	<p>Oui</p> <p>De droit privé uniquement</p>	<p>Oui</p> <p>De droit privé uniquement</p>	<p>Seul le GCS permet d'opter pour un statut de droit privé ou de droit public.</p>

## Conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé

	GCS de moyens	GIP	GIE	Association	Sociétés coopératives d'intérêt collectif	Commentaires
Capital social	<p>Avec ou sans capital.</p> <p><u>Attention</u> : les droits de vote et la responsabilité aux dettes dépendent de la répartition des droits des membres. Ces droits sont soit fixés par la constitution d'un capital social, soit fluctuants selon la participation des membres aux charges de fonctionnement du groupement</p>	<p>Avec ou sans capital</p> <p><u>Attention</u> : Si le GIP est constitué avec un capital, les personnes morales de droit public et les personnes morales de droit privé chargées d'une mission de service public doivent détenir ensemble plus de la moitié du capital ou des voix dans les organes délibérants.</p>	<p>Avec ou sans capital</p> <p><u>Attention</u> : la répartition des droits de vote est librement définie entre les membres. Chaque membre doit avoir au moins une voix.</p>	Pas de capital	<p>Avec capital</p> <p>Le capital des sociétés coopératives constituées sous forme de SA ne peut être inférieur à la moitié du montant minimal prévu à l'article L. 224-2 du code de commerce, soit 37 000/2 : 18 500 euros.</p> <p>Les collectivités territoriales, leurs groupements et les établissements publics territoriaux (dont ne relèvent pas les établissements publics de santé qui sont des établissements publics de l'Etat) peuvent détenir ensemble jusqu'à 50 % du capital de chacune des sociétés coopératives d'intérêt collectif.</p>	<p>Seule la SCIC implique un capital minimum.</p> <p>Reste à déterminer l'intérêt d'un capital social (politique d'investissement gouvernance)</p>
Durée	<p>Selon le choix des partenaires : durée déterminée ou indéterminée</p>	<p>A durée déterminée ou indéterminée</p>	<p>A durée déterminée</p>	<p>Selon le choix des partenaires : durée déterminée ou indéterminée</p>	<p>Comme toute société, sa durée ne peut excéder 99 ans à compter de son immatriculation au RCS (art.1838 c. civ) Cette durée peut être prorogée.</p>	<p>Différences très faibles entre les structures.</p>

## Conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé

	GCS de moyens	GIP	GIE	Association	Sociétés coopératives d'intérêt collectif	Commentaires
Adhésion / retrait / exclusion	<p>Adhésion possible mais soumise à l'unanimité des membres fondateurs</p> <p>Retrait libre sous respect d'un préavis</p> <p>Exclusion possible pour juste motif</p>	<p>Adhésion, retrait et exclusion possibles mais à définir dans la convention constitutive</p>	<p>Adhésion possible mais soumise à l'unanimité des membres fondateurs</p> <p>Retrait libre sous respect d'un préavis</p> <p>Exclusion possible pour juste motif</p>	<p>Adhésion libre pour toute personne</p> <p>Retrait libre sous réserve du paiement des cotisations échues ou de l'année courante, nonobstant toute clause contraire. Hormis ce point, les membres peuvent prévoir des modalités spécifiques dans le contrat d'association.</p>	<p>Les conditions d'acquisition et de perte de la qualité d'associé par exclusion ou par radiation, ainsi que les conditions dans lesquelles les salariés peuvent être tenus de demander leur admission en qualité d'associé sont déterminées par les statuts.</p>	<p>Différences faibles entre les structures.</p>
Gouvernance	<p>Une assemblée générale des membres (organe délibératif)</p> <p>Un comité restreint qui reçoit délégation de compétence de l'Assemblée générale.</p> <p>Un administrateur (organe exécutif) désigné par l'Assemblée générale et un suppléant.</p>	<p>Une assemblée générale</p> <p>Un conseil d'administration</p> <p>Un directeur</p> <p>La même personne peut assurer les fonctions de directeur et de président du Conseil d'administration.</p>	<p>Une assemblée générale</p> <p>Un ou plusieurs administrateurs</p>	<p>Une assemblée générale et un ou des dirigeants (avec ou sans conseil d'administration)</p>	<p>Une assemblée générale des associés (1 associé = 1 voix)</p> <p>Directeur, gérant, conseil d'administration / conseil de surveillance et directoire selon la forme de société retenue</p>	<p>L'association présente les règles de gouvernance les plus souples : une assemblée générale prévue par la loi mais dont les modalités de fonctionnement sont librement définies par les statuts.</p>

## Conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé

	GCS de moyens	GIP	GIE	Association	Sociétés coopératives d'intérêt collectif	Commentaires
Personnel (statut et rémunération)	<p>Le GCS peut être employeur.</p> <p>Il peut bénéficier des personnels de ses membres mis à disposition.</p> <p>Ils restent régis par leur statut ou contrat.</p>	<p>Le GIP peut être employeur.</p> <p>Le personnel propre du GIP est soumis à un régime de droit public, si le groupement exerce, à titre principal, une activité de service public administratif, ou de droit privé, si le groupement exerce, à titre principal, une activité de service public industriel et commercial.</p> <p>Il peut bénéficier des personnels mis à disposition par ses membres ou par d'autres personnes morales de droit public (Etat, Collectivités territoriales et établissements publics de santé).</p> <p>Ils restent régis par leur statut ou contrat. Il peut être dérogé à l'obligation de remboursement.</p>	<p>Le GIE peut être employeur</p> <p>Il peut bénéficier des personnels de ses membres mis à disposition.</p> <p>Ils restent régis par leur statut ou contrat</p>	<p>L'association peut être employeur.</p> <p>Elle peut bénéficier des personnels de ses membres mis à disposition. Ils restent régis par leur statut ou contrat</p>	<p>La SCIC peut être employeur.</p> <p>Elle peut bénéficier des personnels de ses membres mis à disposition. Ils restent régis par leur statut ou contrat</p>	<p>Toutes ces structures peuvent être employeurs ou bénéficier de personnels mis à disposition par leurs membres.</p>

## Conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé

	GCS de moyens	GIP	GIE	Association	Sociétés coopératives d'intérêt collectif	Commentaires
Institution représentative du personnel	<p>Comité d'hygiène et de sécurité, et des conditions de travail</p> <p>Comité technique d'établissement</p>	<p>Pour les GIP dont le personnel est soumis à un régime de droit privé : Pas prévu par les textes mais fortement recommandé par les dispositions du Code du travail.</p> <p>Pour les GIP dont le personnel est soumis à un régime de droit public : IRP propres aux groupements prévus par décret.</p>	<p>Ce sont celles prévues par le code du travail</p>	<p>Ce sont celles prévues par le code du travail</p>	<p>Ce sont celles prévues par le code du travail</p>	<p>Le code du travail s'applique dans les 5 formes (sauf pour les GIP dont le personnel est soumis à un régime de droit public – IRP propres à ces groupements).</p>
Responsabilité du fait des dettes	<p>Elle est indéfinie et conjointe mais pas de solidarité.</p> <p>Attention : la responsabilité des membres aux dettes du groupement est proportionnée à leurs droits mais pas limités à leurs apports (si capital social)</p>	<p>La contribution des membres aux dettes du groupement est déterminée, lorsque le groupement a été constitué avec capital, à proportion de leur part dans le capital et, dans le cas contraire, à raison de leur contribution aux charges du groupement. Les membres du groupement ne sont pas solidaires à l'égard des tiers</p>	<p>Elle est solidaire : chaque membre peut être tenu de payer l'intégralité de la dette du groupement</p>	<p>Pas de responsabilité sauf en cas de faute des dirigeants</p>	<p>Responsabilité du fait des dettes à hauteur du capital souscrit</p>	<p>La solidarité aux dettes du GIE est un inconvénient majeur</p>

## Conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé

	GCS de moyens	GIP	GIE	Association	Sociétés coopératives d'intérêt collectif	Commentaires
Fonctionnement	<p>C'est un groupement de moyens. Son fonctionnement consiste à rendre des services à ses membres pour leur permettre de développer, améliorer ou faciliter leurs activités sanitaires.</p>	<p>C'est un groupement de moyens. Son fonctionnement consiste à rendre des services à ses membres pour leur permettre de développer, améliorer ou faciliter leurs activités. Il peut avoir une activité économique sous réserve du principe de spécialité et d'égalité concurrence.</p>	<p>C'est un groupement de moyens. Son fonctionnement consiste à rendre des services à ses membres pour leur permettre de développer, améliorer ou faciliter leurs activités. Il peut avoir une activité économique sous réserve du principe de spécialité et d'égalité concurrence.</p>	<p>L'association peut se limiter à mettre en commun des moyens. Elle rend alors des services aux membres qui cotisent.</p> <p>Elle peut aussi exploiter une activité de santé. C'est alors une structure d'exploitation.</p>	<p>La société consiste à affecter par un contrat à une entreprise commune des biens ou leur industrie en vue de partager le bénéfice ou de profiter de l'économie qui pourra en résulter.</p>	<p>A l'exception de l'association et de la SCIC, les structures visées sont avant tout des structures de moyens. Leur finalité est de rationaliser des moyens.</p>
Financement	<p>Financement par les contributions de ses membres, sauf dotation ou subvention.</p> <p>Cas particuliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GCS exploitant un Laboratoire de biologie médicale : facturation à l'assurance maladie des examens de biologie médicale réalisés pour les actes et consultations externes et les examens réalisés hors établissement de santé (en centre de santé par exemple)</li> <li>- GCS exploitant des autorisations de soins de ses membres : facturation des soins délivrés aux patients pour le compte de ses membres sur autorisation du DG ARS</li> </ul>	<p>Les contributions financières des membres ;</p> <p>La mise à disposition sans contrepartie financière de personnels, de locaux ou d'équipements ;</p> <p>Les subventions ;</p> <p>Les produits des biens propres ou mis à leur disposition ;</p> <p>La rémunération des prestations et les produits de la propriété intellectuelle ;</p> <p>Les emprunts et autres ressources d'origine contractuelle ;</p> <p>Les dons et legs</p>	<p>Financement exclusif par les contributions de ses membres sauf dotation ou subvention</p>	<p>Financement large (dons, libéralités, cotisations, apports, subventions, produits de son activité, ....)</p>	<p>Dotation en réserve légale et en réserve statutaire</p> <p>Subventions des collectivités publiques (charges de fonctionnement, investissement, et formation</p> <p>Dons</p>	<p>L'association, la SCIC et le GIP disposent de sources de financement plus larges que le GCS et le GIE qui par définition sont financés par les cotisations de leurs membres utilisateurs de leurs services.</p>

## Conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé

	GCS de moyens	GIP	GIE	Association	Sociétés coopératives d'intérêt collectif	Commentaires
Régime comptable	Régime comptable droit privé ou droit public selon la nature juridique du groupement.	Régime comptable de droit public lorsque le groupement assure, à titre principal, la gestion d'une activité de service public administratif, de droit privé lorsque le groupement assure, à titre principal, la gestion d'une activité de service public industriel et commercial.	Régime comptable de droit privé	Régime comptable de droit privé sauf si transparente	Régime comptable de droit privé	Différences très faibles entre les structures.

## Conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé

	GCS de moyens	GIP	GIE	Association	Sociétés coopératives d'intérêt collectif	Commentaires
Contrôle de la comptabilité	<p>Certification commissaires aux comptes pour les GCS privés</p> <p>Autorité de tutelle financière pour les GCS public - Contrôle de la Cour des comptes</p>	<p>Contrôle éventuel par commissaire du gouvernement désigné par l'Etat si ce dernier est membre du GIP</p> <p>Contrôle de la Cour des comptes ou des chambres régionales des comptes.</p> <p>Eventuel contrôle économique et financier de l'Etat si ce dernier ou un organisme relevant de ce contrôle est membre du GIP</p>	<p>Contrôle par commissaire aux comptes</p>	<p>Contrôle par commissaire aux comptes</p>	<p>Contrôle par commissaire aux comptes obligatoire pour les SCIC constituées sous forme de SA, et obligatoire pour les SCIC constituées sous la forme de SAS ou de SARL en cas de dépassements d'au moins deux seuils (Total du bilan et/ou chiffre d'affaires et/ou salariés) fixés par décret en conseil d'Etat.</p> <p>Rapport de gestion annuel</p> <p>Contrôle dit révision coopérative a minima tous les 5 ans au-delà de certains seuils d'activité définis par décret en Conseil d'Etat</p>	<p>Les groupements soumis à un régime de droit public sont soumis à des contrôles de la puissance publique.</p>

## Conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé

	GCS de moyens	GIP	GIE	Association	Sociétés coopératives d'intérêt collectif	Commentaires
Dissolution	<p>- Par décision de l'assemblée générale ; De plein droit dans les cas prévus par la convention constitutive ; Par décision motivée du directeur général de l'agence régionale de santé, en cas d'extinction de l'objet ou de manquement grave ou réitéré à ses obligations légales et réglementaires.</p> <p>Attention : consultation préalable du ministre de la défense en cas de participation d'un hôpital des armées ou d'un élément du service de santé des armées.</p>	<p>Si arrivée du terme si la convention constitutive a été conclue à durée déterminée ou n'est pas renouvelée ;</p> <p>Si décision de l'Assemblée générale</p> <p>Si décision de l'autorité administrative qui a approuvé la convention constitutive, notamment en cas d'extinction de l'objet.</p>	<p>Si décision des membres</p> <p>Si réalisation du terme ou de l'objet</p> <p>Selon les causes prévues dans la convention constitutive</p>	<p>Si décision des membres</p> <p>Si réalisation du terme ou de l'objet</p> <p>Si nullité</p> <p>Si fusion/scission avec une autre association</p> <p>Selon les causes prévues dans la convention constitutive</p>	<p>Pour les causes de droit commun, plus précisément celles de la société dont la SCIC a adopté la forme.</p> <p>Si la SCIC est constituée sous forme de SA, si capital inférieur à 18 500 euros, à la demande de tout intéressé ou du ministère public.</p>	Différences très faibles entre les structures
Conséquences sociales, patrimoniales, financières et réglementaires	Sont à définir dans la convention constitutive.	<p>Liquidation – Conditions d'intervention du liquidateur définies par la convention constitutive ou à défaut par les membres du GIP ou, à défaut, par l'Etat. Après paiement des dettes et, le cas échéant, remboursement du capital ou reprise des apports, l'excédent d'actif est attribué à un ou plusieurs bénéficiaires conformément aux décisions prises par l'Assemblée générale.</p>	Sont à définir dans la convention constitutive.	<p>Sont à définir dans la convention constitutive.</p> <p>En cas de fusion/scission dissolution sans liquidation et transmission universelle de patrimoine aux associations bénéficiaires.</p>	<p>Sous réserves des dispositions des lois spéciales, dévolution de l'actif net subsistant après extinction du passif et remboursement du capital par décision de l'Assemblée générale soit à d'autres coopératives ou unions de coopératives, soit à une autre entreprise de l'économie sociale et solidaire au sens de l'article 1 de la loi n°2014-856 du 31 juillet 2014 sur l'économie sociale et solidaire</p>	Différences très faibles entre les structures

### ❖ Pistes de réflexion :

- Le GIP doit, dans certaines hypothèses, être écarté en raison, de l'obligation de prévoir une majorité publique au capital, lorsqu'il y en a un, et de sa lourdeur de création.
- Le GIE pourrait être écarté en raison du caractère nécessairement accessoire de son activité par rapport à celle de ses membres (logique structure de moyens) ainsi que de la solidarité qu'il crée entre les membres.
- Si le GCS de moyens dispose d'un objet « sanitaire » évolutif plus structurant qu'un GIE, il n'a pas vocation à exploiter des activités de soins non soumises à autorisation, seulement à mutualiser des moyens pour permettre à des acteurs de santé de délivrer lesdits soins.
- L'association présente un mode de fonctionnement particulièrement souple avec un cadre juridique très précis. Néanmoins, l'association n'est pas sans risques (requalification possible en association para-publique si présence de collectivités locales ou établissements publics).
- La SCIC présente l'avantage de favoriser l'association de collectivités territoriales mais, étant relativement récente, le manque de pratique ne permet pas d'avoir de recul sur les risques que comporte ce modèle.

### ○ Focus : le risque de l'association transparente

#### ➤ Qu'est-ce qu'une association transparente ?

Les associations Loi 1901, bien qu'elles constituent des personnes morales de droit privé, peuvent être qualifiées de structures « para-administratives » lorsque les critères cumulatifs suivants sont réunis :

- L'association a été créée par ou à l'initiative d'une ou plusieurs personnes publiques (personnes morales de droit public, élus, autorités et agents publics désignés en cette qualité).

Si l'association comporte par ailleurs plusieurs personnes privées, qui en sont membres fondateurs, les personnes publiques doivent avoir été, de manière déterminante, à l'initiative de sa création ;

- Son fonctionnement et son organisation sont contrôlés par une personne publique seule ou conjointement avec d'autres personnes publiques.

Il en est ainsi lorsque qu'une ou plusieurs personnes publiques disposent statutairement du pouvoir de décision dans les organes décisionnels de l'association ;

- Elle est financée pour l'essentiel par une ou plusieurs personnes publiques.

Ex : Subventions, paiement de cotisations, versement de rémunérations pour études, de taxes parafiscales, ou encore mise à disposition de biens ou de personnels.

En d'autres termes, si l'association gestionnaire du centre de santé était créée par le centre hospitalier, que ce dernier en contrôlait les organes dirigeants, celle-ci pourrait être considérée comme une association para-administrative sous réserve, bien entendu, que son financement soit majoritairement public.

### ➤ Quelles sont les conséquences de la qualification d'association transparente?

- Les contrats passés par l'association sont des contrats administratifs ressortant de la compétence du juge administratif, qui doivent être soumis aux règles de la commande publique ;
- Le recours à une association, dans le but de se soustraire à la réglementation des marchés publics ainsi que des délégations de service public, est susceptible de constituer un délit de « favoritisme » au sens de l'article 432-14 du code pénal ;
- L'employeur réel des personnels embauchés par l'association peut être la ou les personnes publiques à l'origine de la constitution de l'association et qui en contrôlent le fonctionnement et le financement ;
- Les fonds maniés ou détenus par l'association peuvent être qualifiés de fonds publics et relever du contrôle des juridictions financières : gestion de fait ;
- Le contrôle des actes accomplis par l'association relève du juge administratif.

### ➤ Quelques précisions sur le personnel des associations transparentes

Dans le cas où l'association serait susceptible d'être qualifiée d'association transparente ou para-administrative, il convient de souligner que cette qualification emporterait la soumission du personnel à un régime de droit public.

La reconnaissance de la transparence de l'association est de nature à entraîner la requalification des contrats de travail en contrats administratifs. En effet, le juge administratif estime qu'un agent contractuel embauché par une association transparente doit être regardé comme occupant un emploi de la personne publique dont cette association est l'émanation.

A titre d'illustration, la Cour administrative d'appel de Marseille, dans un arrêt du 14 septembre 2004, n°00MA00560, Martin-Méténier c/ Cme de Marignane, a jugé, après avoir qualifié un centre aéré municipal d'association transparente, que le contrat dont bénéficiait la directrice adjointe dudit centre constituait un contrat administratif. En conséquence, la commune a été condamnée à verser des dommages et intérêts à cette dernière en raison de la faute qu'elle avait commise en procédant illégalement à son licenciement.

De la même manière, les services accomplis au sein d'une telle association sont regardés comme ayant été effectués pour le compte de la personne publique, et doivent être pris en considération pour le calcul de l'ancienneté exigée pour l'inscription à un concours réservé de la fonction publique (*CE 26 oct. 2005, Ministre de la culture et de la communication c/ Maisonnave, n° 267062, Lebon T. 927*) ou pour la titularisation (*CE 14 oct. 2009, Tramini, req. n° 299554: Lebon T. 800*) ou encore pour la constitution du droit à pension (*CE 25 juill. 2007, n° 280572, Gallego*).

En conclusion, en cas de transparence, les personnels du centre de santé devraient être considérés comme des agents de l'établissement public de santé dont l'association gestionnaire dudit centre est l'émanation, avec les conséquences susmentionnées en découlant.

### 5. Un groupement de coopération sanitaire peut-il assurer la gestion d'un Centre de santé ?

#### ➤ Quel est l'objet d'un groupement de coopération sanitaire ?

Aux termes de l'article L. 6133-1, le groupement de coopération sanitaire (ci-après « GCS ») de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres.

Pour ce faire, ainsi qu'il l'a été rappelé ci-avant (I.4), le GCS, qui poursuit un but non lucratif, peut avoir une ou plusieurs activités :

- Organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche pour le compte de ses membres;
- Réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ; il peut, le cas échéant, être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds ;
- Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement ;
- Exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres, conformément aux articles L. 6122-1 et suivants Csp.

Lorsqu'il est titulaire d'une autorisation de soins, le GCS est érigé en établissement de soins (L. 6133-7 Csp).

Il peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé et des pôles de santé, des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société. Il doit comprendre au moins un établissement de santé. D'autres professionnels de santé ou organismes peuvent également être admis à participer à ce groupement sur autorisation du Directeur général de l'Agence régionale de santé.

#### ➤ Cet objet permet-il la gestion d'un centre de santé ?

Si un centre de santé peut-être créé ou géré par un organisme à but non lucratif, tel le GCS, on peut s'interroger sur la compatibilité de l'activité du centre de santé avec l'objet du GCS.

On rappellera en effet qu'au terme de l'article L. 6323-1, les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique, des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients ainsi que des actions sociales. Ils peuvent pratiquer également des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse ou instrumentale.

Or, le GCS, constitue une structure de moyens,

En d'autres termes, il n'a pas vocation à exercer des activités de soins à l'instar d'un centre de santé.

Un GCS de moyens ne saurait ainsi, selon nous, gérer un centre de santé au sens de l'article L. 6323-1 Csp.

Un GCS établissement de santé ou exploitant les autorisations de ses membres ne paraît pas non plus constituer une structure appropriée à la gestion de santé, et ce, pour deux raisons :

- En premier lieu, le GCS érigé en établissement de santé ou le GCS exploitant les autorisations de ses membres se distingue uniquement, dans sa définition fonctionnelle, d'un GCS de moyens en ce qu'il est titulaire exploitant pour le premier ou exploitant non titulaire pour le second d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins.

Or, le Centre de santé n'est pas, selon nous, une personne morale dont l'objet porte, notamment, sur l'exploitation d'un établissement de santé, d'une activité de soins ou d'un équipement matériel lourd mentionnés à l'article L. 6122-1 Csp ou la pratique des activités propres aux laboratoires de biologie médicale au sens de l'article L. 6122-3 3° Csp. Même si on pourrait imaginer que, dans certaines hypothèses très particulières, le centre de santé exerce des activités soumises à autorisation telles que visées à l'article R.6122-25 Csp, il ne s'agit pas de sa vocation première.

- En second lieu, et en tout état de cause, lorsque le GCS gestionnaire est titulaire d'une autorisation d'activité de soins, il constitue un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Le gestionnaire du centre de santé n'est donc pas tant un organisme à but non lucratif qu'un établissement de santé. Constituer un GCS ES pour gérer un centre de santé reviendrait donc à créer un établissement de santé gestionnaire d'un centre de santé.

Néanmoins, un GCS constitué avec une structure gestionnaire d'un centre de santé pourrait conserver un intérêt en termes de mutualisation.

Le GCS de moyens a en effet pour objectif la mutualisation par les participants au groupement de leurs moyens (locaux, fournitures, véhicules), de leur personnel, la mise en commun de leurs services (juridiques, comptables, achats, etc.) et de leurs équipements (blanchisserie, restauration, etc.) afin de permettre à ces derniers d'améliorer l'efficacité des services rendus à leurs patients et de réaliser des économies.

La mise à disposition de locaux, de personnels ou de matériels est valorisée comme contribution en nature des membres aux charges de fonctionnement du groupement.

L'évaluation des contributions en nature est faite sur la base de leur valeur nette comptable ou de leur coût réel (art. R. 6133-3 Csp).

On précisera enfin que le GCS permet les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des personnes physiques ou morales exerçant une profession médicale à titre libéral membres du groupement (L.6133-1 3°) Les professionnels médicaux des établissements de santé membres du groupement, les professionnels médicaux des centres de santé membres du groupement et les personnes physiques ou morales exerçant une profession médicale à titre libéral membres du groupement peuvent ainsi assurer des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé membres du groupement et participer à la permanence des soins ( L. 6133-6 Csp).

## II. Quelles sont les modalités pratiques d'organisation d'un centre de santé ?

L'article D.6323-2 alinéa1 dispose que « *les centres de santé **sont ouverts à toutes les personnes** qui souhaitent être reçues en consultation ou bénéficier d'actes de prévention, d'investigation ou de soins médicaux, paramédicaux ou dentaires. Ils peuvent assurer un ou plusieurs de ces types de soins et participer à des actions de formation et de recherche* ».

A notre sens, cette rédaction, au présent de l'indicatif, s'oppose à ce qu'un centre de santé réserve son accueil à une catégorie de patients (personnes handicapées, personnes âgées).

Au-delà du caractère impératif de cette disposition du point de vue de la légistique, les soins de premier recours auxquels concourent les centres de santé répondent, selon nous, à une exigence d'accessibilité.

Aussi, aucun patient ne pourrait, à notre sens, se voir refuser l'accès à une consultation ou le bénéfice d'actes de prévention, d'investigation ou de soins pour un motif tiré du caractère non spécialisé de la prise en charge sollicitée.

Il nous semble cependant qu'il demeure possible pour ledit centre de se spécialiser dans la prise en charge de certaines catégories de patients si les besoins de santé du territoire le justifient.

A titre d'illustration, si, sur un territoire donné, s'alliaient une population vieillissante et une pénurie de gériatres, il nous paraîtrait légitime qu'un centre de santé s'oriente vers une prise en charge plus spécialisée des personnes âgées.

On relèvera à cet égard que le projet de santé du centre de santé doit préciser « *les objectifs et l'organisation du centre de santé au regard notamment des populations et des pathologies prises en charge, des problématiques de santé du territoire, des professionnels concernés, des modalités de la continuité des soins, de la coordination des soins et, le cas échéant, de la participation des médecins du centre à la permanence des soins. Il tient compte en particulier de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et des personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge* » (arrêté du 30 juillet 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé mentionnés aux articles D. 6323-1 et D. 6323-9 du Csp, art. 1 6°).

En indiquant que les objectifs et l'organisation du centre de santé doivent être établis en fonction des populations et des pathologies prises en charge ainsi qu'en considération des problématiques du territoire, il nous semble que le pouvoir réglementaire a implicitement admis qu'une prise en charge spécialisée puisse être mise en œuvre à l'échelle du centre de santé.

### 1. Un centre de santé ne peut-il avoir que des consultations programmées ou que des consultations non programmées ?

L'article D.6323-5 Csp prévoit que « *Les centres de santé **mettent en place des conditions d'accueil avec et sans rendez-vous**. Les jours et heures d'ouverture, de permanence et de consultation, les tarifs pratiqués, le dispositif d'orientation en cas de fermeture et les principales conditions de fonctionnement utiles au public sont affichés de façon apparente à l'intérieur et à l'extérieur des centres de santé* ».

Les dispositions réglementaires prévoient ainsi le déploiement par le centre de santé d'activités à la fois programmées et à la fois non programmées.

D'après nous, la rédaction de l'article D. 6323-5 Csp impose au centre de santé de prévoir tant des consultations sur rendez-vous que des consultations sans rendez-vous.

En effet, on relèvera que le législateur :

- D'une part, n'a pas laissé de pouvoir d'appréciation au centre de santé quant à la nécessité de prévoir ou non des consultations non programmées. Le verbe « mettre en place » est en effet conjugué au présent de l'indicatif. Ce présent a une valeur impérative ;
- D'autre part, a utilisé la conjonction de coordination « et » et non « ou » ce qui permet de penser que ces deux modalités d'accueil doivent être assurées par le centre de santé qui a par ailleurs la possibilité de définir ses conditions de fonctionnement.

Du reste, il nous semble que la notion même de soin de premier recours implique une prise en charge continue des patients qui peut notamment être assurée par l'association de consultations programmées et non programmées.

### 2. Quelles sont les relations des centres de santé avec les laboratoires de biologie médicale et les pharmacies d'officine ?

En tant que structure assurant des activités de soins, un centre de santé peut notamment pratiquer des activités de biologie médicale. Certains disposent d'ailleurs d'un pôle de biologie médicale.

La distribution de médicament n'étant une prestation de soins, elle n'entre pas dans les activités des centres de santé. Les centres n'exploitent donc pas d'officines. Quelques centres de santé font parfois état d'une « pharmacie du centre de santé » : il s'agit en réalité d'une officine mutualiste installée dans les locaux ou à proximité d'un centre de santé mutualiste. Si elles s'intègrent dans la présentation de l'offre de soins de ces centres et qu'elles font bénéficier les patients du tiers payant, les officines mutualistes sont juridiquement distinctes des centres.

Les centres de santé assurant des soins sans hospitalisation, ils ne peuvent conclure avec les officines de pharmacie ou les laboratoires de biologie médicale des conventions du type de celles passées avec les établissements de santé, qui achètent les médicaments ou les prestations de biologie avant d'en refacturer le coût à l'assurance maladie, soit directement pour les molécules onéreuses, soit pour l'essentiel par l'intégration dans un GHS.

Lorsque l'établissement gestionnaire d'un Centre de santé est pourvu d'une Pharmacie à usage intérieur (PUI) les patients du Centre, comme tous les patients non hospitalisés, peuvent certes acheter certains médicaments à la PUI. Mais conformément à l'article R.5126-102 Csp, la rétrocession de médicaments ne concerne que les médicaments « inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4, dans l'intérêt des malades non hospitalisés [et] dont la vente au public par la pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé se justifie par des raisons tenant notamment à des contraintes de distribution, de dispensation ou d'administration, à la sécurité de l'approvisionnement ou à la nécessité d'effectuer un suivi de leur prescription ou de leur délivrance ». Il s'agit pour l'essentiel de médicaments non disponibles en officine de ville. La rétrocession de médicaments ne peut donc être un moyen d'approvisionnement habituel pour les patients du Centre de santé.

Une convention entre un Centre de santé et une officine de pharmacie ou un laboratoire de biologie médicale est délicate à mettre en œuvre dans la mesure où, le patient n'étant pas hospitalisé, il conserve une liberté de choix de professionnel de santé, qu'il s'agisse du pharmacien d'officine ou du biologiste. Une orientation générale et systématique vers un laboratoire d'analyses ou une pharmacie serait peut-être susceptible de constituer un compéage prohibé par les articles 23 du Code de déontologie médicale (R.4127-27 Csp) et 27 du Code de déontologie pharmaceutique (R. 4235-23 Csp). Si le gestionnaire du Centre de santé ne pourrait être poursuivi devant les instances disciplinaires d'un ordre professionnel dont il ne serait pas ressortissant, un pharmacien ou un biologiste seraient eux susceptibles de l'être, de même que le médecin salarié qui concourrait activement à une captation de patientèle par ce procédé.

Une coopération serait davantage envisageable pour garantir un meilleur parcours de soins sur une pathologie ciblée. Ainsi en est-il des protocoles pluri-professionnels de premier recours pour un meilleur suivi des patients traités par anti-vitamines K (AVK) : ceci nécessite une action coordonnée du médecin prescripteur, du médecin traitant, de l'infirmier, du pharmacien et du biologiste pour pouvoir adapter le traitement en fonction de l'évolution du taux d'International Normalized Ratio (INR). (Haute Autorité de Santé, *Protocoles pluri professionnels des soins de premier recours, Exemple gestion quotidienne des AVK*, 2011). La participation d'un Centre de santé à un tel protocole avec des pharmaciens, des biologistes et des infirmiers aurait tout son sens.

### III. Quelles sont les règles applicables au personnel du Centre de santé ?

Dans la mesure où les personnels médicaux et non médicaux des centres de santé ne peuvent être liés au centre de santé par un contrat d'exercice libéral (1), il convient d'analyser les conditions dans lesquelles ces mêmes personnels interviennent en son sein, sous statut salarié.

Dans une première hypothèse, le centre de santé n'est pas juridiquement distinct de l'établissement de santé quand bien même il disposerait d'un budget propre. Il en constitue une structure interne.

Aussi, à notre sens, dans ce cas de figure, le personnel médical comme le personnel non médical du centre de santé ne peut être composé que du personnel de l'établissement exerçant ses fonctions au sein dudit centre (2).

Dans une seconde hypothèse, le centre de santé est juridiquement distinct de l'établissement de santé puisqu'il est géré par une structure de droit privé créée par un établissement de santé. Pour les développements qui suivent, nous utiliserons l'association comme structure de référence. Hormis le cas où l'association serait transparente, le personnel médical et non médical du centre devrait être soumis au droit du travail et bénéficier d'un contrat de travail. Il est néanmoins possible d'envisager l'intervention de personnels de l'établissement de santé fondateur au sein du centre de santé (3).

### 1. Un centre de santé peut-il recruter du personnel sous statut libéral ?

#### ➤ Un centre de santé peut-il recruter des médecins libéraux ?

Selon l'article L.6323-1 alinéa 9 Csp, « *les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés* ».

Si l'on se réfère au code de déontologie médicale, et plus précisément à ses articles 95 et suivants (R.4127-95 et ss.-Csp), l'exercice salarié de la médecine est caractérisé par « *le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé* ».

En d'autres termes, au sens du code de déontologie médicale, la qualification de salarié n'est donc pas dépendante de l'existence d'un contrat de travail.

A ce titre, un praticien hospitalier statutaire peut, par exemple, être qualifié de médecin salarié (voir en ce sens, CE, 3 septembre 2007, n° 295344, M. Jean A), de la même manière qu'un praticien recruté sur le fondement d'un contrat de droit public.

Par médecin salarié, il faut donc entendre aussi bien le praticien hospitalier ou le praticien contractuel que le médecin sous contrat de travail engagé par un établissement de santé privé.

Le texte de l'article L.6323-1 alinéa 9 n'étant assorti d'aucune dérogation, le médecin ne paraît pouvoir intervenir que dans l'un des cadres précités, à moins qu'il ne soit mis à disposition par l'établissement gestionnaire du centre ou encore par une agence d'intérim.

En tout état de cause, ces dispositions font à notre sens aujourd'hui obstacle à ce que des praticiens exercent une activité libérale au sein d'un centre de santé.

Certains centres de santé ont pourtant conclu des conventions avec des praticiens libéraux.

Ce n'est pas nécessairement illégal mais, dans ce cas, les praticiens n'interviennent pas pour le centre de santé. Ces médecins libéraux facturent, en effet, eux-mêmes leurs actes à la sécurité sociale, alors que les actes pratiqués par un médecin du centre sont facturés par celui-ci. Si le médecin intervient à titre libéral, le centre ne peut que mettre des locaux à la disposition du praticien.

Le fondement juridique de l'intervention d'un praticien libéral dans les locaux d'un centre de santé est au demeurant incertain.

On peut sérieusement douter qu'un médecin puisse valablement conclure avec un centre de santé un contrat de collaboration libérale prévu par l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, lequel précise que cette collaboration est dénuée de lien de subordination – ce qui est manifestement incompatible avec l'obligation de salarier tous les médecins. Selon ce texte en outre, « *a la qualité de collaborateur libéral le membre non salarié d'une profession qui, dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale, exerce auprès d'un autre professionnel, personne physique ou personne morale, la même profession* » (art. 18-II de la loi n° 2005-882).

Si le centre de santé facture des actes de professionnels de santé et si les conventions conclues entre l'assurance maladie et les organisations représentatives de ces professions lui sont applicables en vertu de l'accord national du 8 juillet 2015, ceci ne signifie pas pour autant que le centre de santé peut être regardé comme une personne morale exerçant une profession déterminée, ne serait-ce que parce qu'un tel centre, surtout dans un cadre hospitalier, ne dispense pas les soins d'une seule profession.

Par ailleurs un contrat de collaboration libérale doit notamment prévoir « *les conditions d'exercice de l'activité, et notamment les conditions dans lesquelles le collaborateur libéral peut satisfaire les besoins de sa clientèle personnelle* » (art. 18-III 3° de la loi n° 2005-882). On imagine difficilement un centre de santé tenu de mettre à la disposition d'un médecin libéral des moyens pour permettre à ce dernier de satisfaire les besoins de sa clientèle.

### ➤ [Un centre de santé peut-il recruter des professionnels de santé non médicaux libéraux ?](#)

Si l'article L. 6323-1 alinéa 9 Csp exclut expressément le recrutement de médecins libéraux au sein d'un centre de santé, il est en revanche muet sur le mode d'exercice des professionnels de santé non médicaux de ces structures.

Selon nous, dans le silence de cet article et de ses textes d'application, il ne nous paraît cependant pas possible de considérer que le législateur a entendu autoriser les centres de santé à recruter des professionnels de santé non médicaux sous statut libéral.

En premier lieu, la philosophie du centre de santé exclut, à notre sens, toute possibilité d'exercice libéral. En effet, ces structures sont les héritières des dispensaires au sein desquels étaient prodigués des soins gratuits, bien antérieurement à la création de la sécurité sociale. Les centres de santé qui se situent dans la droite ligne des dispensaires appliquent le même principe adapté aux réalités contemporaines : les soins ne sont plus gratuits mais financés par la sécurité sociale avec application du tiers-payant dès l'origine. L'esprit de l'exercice libéral s'accorde mal avec celui du dispensaire.

En second lieu, selon une approche plus juridique, on rappellera qu'en vertu de l'article L. 162-32-1 Csp (« les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national déterminant les conditions d'application des conventions des professionnels exerçant dans des centres de santé, le principe étant que les centres de santé facturent eux-mêmes à la sécurité sociale les actes des professionnels de santé qui y exercent (aux tarifs fixés par les conventions applicables à ces différentes professions). Le centre de santé se substitue ainsi, juridiquement, à des professionnels de santé qui ne sauraient donc exercer dans ce cadre à titre individuel. D'ailleurs, l'accord national du 8 juillet 2015 dispose en son article 2, que « *le centre de santé met en œuvre les mesures nécessaires au respect du présent accord par l'ensemble des professionnels de santé et du personnel administratif salariés qui y exercent* ». Ceci semble bien devoir exclure tout exercice autre que salarié au sein de ces structures, quelle que soit la profession de santé envisagée.

### 2. A défaut, qui sont les personnels médicaux et non médicaux du centre de santé géré par un établissement public de santé et quelles sont les règles qui leur sont applicables ?

#### 2.1. Personnels médicaux

- Sur le fondement de quelles dispositions des médecins peuvent-ils exercer au sein d'un centre de santé géré par un établissement public de santé ?

Ainsi qu'il l'a été susmentionné, dès lors que le centre de santé n'a pas la personnalité morale, il constitue nécessairement une structure interne de l'établissement public de santé qui le gère.

En conséquence, il nous semble que le personnel médical du centre de santé ne peut être que celui de cet établissement.

Le personnel des établissements publics de santé est régi par le titre IV du statut général de la fonction publique (*Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière*), à l'exception des médecins, odontologistes et pharmaciens mentionnés aux 1° à 4° de l'article L. 6152-1 Csp.

Ces praticiens constituent, avec les personnels enseignants et hospitaliers mentionnés à l'article [L. 952-21 du code de l'éducation](#), le personnel médical des établissements publics de santé. Ils sont régis par les dispositions du Csp.

Par principe, le recrutement du personnel médical a lieu sur concours. Néanmoins, pour assurer le plein emploi médical dans certaines spécialités peu attractives à l'hôpital ainsi qu'une certaine souplesse dans le recrutement, les textes ont prévu des recrutements dérogatoires par contrat.

Le recrutement du personnel médical par contrat devrait théoriquement être fondé sur les 2° à 4° de l'article L. 6152-1 du Csp et ses décrets d'application qui énumèrent limitativement les cas de recrutement des praticiens contractuels, des assistants, des attachés, des cliniciens, etc.

On relèvera néanmoins qu'il a été jugé par la Cour administrative d'appel de Bordeaux qu'aucune disposition législative ou réglementaire n'interdisait aux centres hospitaliers de procéder au recrutement par contrat d'un médecin en qualité de vacataire sur le fondement d'une délibération créant un statut local<sup>2</sup> et non en qualité de praticien, d'attaché, ou d'assistant comme le prévoient les dispositions du Csp.

La Cour rappelait cependant qu'en tout état de cause, les médecins employés par les établissements publics de santé, quel que soit leur statut, ne relevaient pas du statut de la fonction publique hospitalière, tel qu'il est fixé par la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (*CAA Bordeaux, 31 janvier 2012, Mangon, n°11BX00476*)<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Créés par délibération des conseils d'administration des établissements visés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière en application des dispositions de l'article 8 de la même loi, les statuts locaux avaient pour objet de fixer, jusqu'à l'intervention des statuts particuliers, les règles relatives aux personnels occupant « certains emplois hospitaliers [qui], eu égard aux fonctions exercées et au niveau de recrutement, [pouvaient] ne pas être organisés en corps ». L'article 49 de la loi no 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique a abrogé ces dispositions<sup>2</sup>. Il n'existe donc plus de « statuts locaux » dans la fonction publique hospitalière bien que persistent des emplois insusceptibles d'être organisés en corps.

<sup>3</sup> A la différence des centres de santé communaux au sein desquels sont recrutés des médecins sur le fondement de l'article 3 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale lorsque les fonctions exercées par ces personnels ne correspondent pas à celles mentionnées dans le décret

De la même manière, le décret n°91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée n'est pas applicable aux médecins des établissements de santé (CAA Nantes, n°14NT02164, 3 décembre 2015), à l'exception toutefois des médecins du travail.

Il ne serait ainsi pas possible, à notre sens, de recruter un médecin ayant vocation à exercer dans un centre de santé géré par un établissement de santé sur le fondement des articles 9 et 9-1 de la loi du n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée, sauf exception dûment prévue par les textes.

En synthèse, dès lors que le centre de santé n'a pas d'autonomie juridique, l'intervention de praticiens visés aux 1° à 4° de l'article L. 6152-1 Csp° au sein de telles structures paraît envisageable.

➡ A noter cependant que les centres de santé ne sont pas listés parmi les organismes au sein desquels les praticiens peuvent exercer leurs fonctions, à la différence des EHPAD par exemple, lesquels peuvent également être gérés par des établissements de santé.

Une précision textuelle lèverait toute ambiguïté.

### ➤ [Le recours au travail temporaire est-il possible ?](#)

Afin de faire face à la carence de praticiens dans les établissements de santé<sup>4</sup>, l'article 136 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation des établissements de santé autorise expressément le recours à des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques pour des missions de travail temporaire par les établissements publics de santé, dans les conditions prévues par l'article 9-3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, sous réserve que le montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées, par praticien, par un établissement public de santé, au titre d'une mission de travail temporaire, n'excède pas un plafond fixé par voie réglementaire (L. 6146-3 Csp).

Le recours au travail temporaire a pour objet la mise à disposition temporaire d'un salarié par une entreprise de travail temporaire au bénéfice d'un client utilisateur pour l'exécution d'une mission.

Chaque mission donne lieu à la conclusion :

- D'un contrat de mise à disposition entre l'entreprise de travail temporaire et le client utilisateur, dit « entreprise utilisatrice » ;
- D'un contrat de travail, dit « contrat de mission », entre le salarié temporaire et son employeur, l'entreprise de travail temporaire.

Les personnes morales de droit public peuvent faire appel aux salariés de ces entreprises pour des tâches non durables, dénommées missions, dans les seuls cas suivants :

- Remplacement momentané d'un agent en raison d'un congé de maladie, d'un congé de maternité, d'un congé parental ou d'un congé de présence parentale, d'un passage provisoire en temps partiel, de sa participation à des activités dans le cadre d'une réserve opérationnelle, sanitaire, civile ou autre, ou de l'accomplissement du service civil ou national, du rappel ou du maintien sous les drapeaux (18 mois max sauf exceptions prévues par les textes) ;

n° 92-851 du 28 août 1992 portant statut particulier du cadre d'emplois des médecins territoriaux (voir en ce sens, *Rép. Ministère de la FP et de la réforme de l'Etat*, Q n° 44112, JOAN 31 juillet 2000).

<sup>4</sup> Débats parlementaires sur la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, compte rendu intégral des débats, Sénat, séance du 28 septembre 2015.

- Vacance temporaire d'un emploi qui ne peut être immédiatement pourvu par un praticien statutaire ou contractuel dans les conditions prévues par les articles L. 6152-1 et ss. (12 mois, voire 9 mois si le contrat est conclu dans l'attente de la prise de fonctions d'un agent) ;
- Accroissement temporaire d'activité (18 mois max sauf exceptions prévues par les textes) ;
- Besoin occasionnel ou saisonnier (18 mois max sauf exceptions prévues par les textes) ;

Le contrat de mission peut être renouvelé une fois pour une durée déterminée qui, ajoutée à la durée du contrat initial, ne peut excéder les durées susvisées.

A notre sens, dès lors que le centre de santé n'est pas juridiquement distinct de l'établissement, il pourrait être recouru au travail temporaire pour recruter des praticiens pour une courte durée.

- [Les fonctions des praticiens des établissements de santé visés à l'article L.6152 1° à 4° Csp sont-elles compatibles avec celles d'un centre de santé ?](#)

Les praticiens recrutés par les établissements de santé, y compris sur contrat, ont vocation à exercer des fonctions de diagnostic, de soins et de prévention.

Ces fonctions correspondent à celles exercées par les praticiens salariés des centres de santé où devraient exercer majoritairement des praticiens spécialisés en médecine générale. .

En conséquence, la nature des fonctions des praticiens des établissements de santé ne nous paraît pas incompatible avec l'activité d'un centre de santé.

- [Quelles sont les conditions de travail des praticiens des établissements de santé visés à l'article L. L.6152 1° à 4° Csp au sein des centres de santé](#)

Dès lors que le centre de santé n'a pas d'autonomie juridique, les praticiens des établissements de santé qui y exercent leurs fonctions demeurent régis par les règles fixées par leurs statuts respectifs en matière de positions, de temps de travail, de rémunération, de discipline, etc.

- [Est-il possible de prévoir une part variable de rémunération en fonction du volume d'activité ?](#)

Les dispositions législatives et réglementaires applicables au personnel médical hospitalier ne prévoient la possibilité de rémunérer un praticien en fonction de la réalisation d'objectifs que de manière exceptionnelle. Les hypothèses envisagées par les textes ne sont guère applicables en centre de santé.

Il s'agit de :

- La part complémentaire variable de rémunération des praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel (*Articles D. 6152-23-1 5° et D. 6152-220-1 5° ; Arrêté du 28 mars 2007 modifié relatif à la part complémentaire variable de rémunération prévue au 5° des articles D. 6152-23-1 et D. 6152-220-1 Csp*).

Cette rémunération au mérite est accordée, par spécialité, aux équipes de praticiens nommés à titre permanent (à l'exclusion des praticiens hospitaliers employés contractuellement - voir en ce sens, CE, 30 décembre 2009, n°306040, *Confédération des praticiens des hôpitaux*) qui s'engagent par contrat passé avec le directeur de l'établissement et le responsable de pôle. L'engagement porte à la fois sur des objectifs de qualité et des objectifs d'activité mais ne peut être conclu que lorsque des prérequis, appréciés par spécialités, sont remplis.

A notre connaissance, à ce jour, le bénéfice de ce dispositif qui est plus collectif qu'individuel n'a pas été étendu aux praticiens d'autres disciplines ou spécialités, telle que la médecine générale. Il n'a, à notre sens, pas vocation à être mis en place dans un centre de santé.

- La part variable de rémunération des cliniciens hospitaliers (*R.6152-709 ; Arrêté du 14 octobre 2010 fixant le montant et les modalités de versement de la rémunération des praticiens recrutés par les établissements publics de santé en application du 3° de l'article L. 6152-1 Csp*).

La rémunération des cliniciens comporte non seulement une part fixe déterminée par référence aux émoluments des praticiens hospitaliers, mais également une part variable en fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs prévus au contrat. Cette part variable de rémunération doit inciter des candidats à postuler sur les emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus.

Le montant de la rémunération totale ne peut cependant excéder le montant correspondant au dernier échelon de la grille des praticiens statutaires, majorée de 65 %.

Il nous semble qu'un praticien d'un centre de santé pourrait recevoir un complément de rémunération, notamment sur la base de son volume d'activité, sous réserve que les conditions pour que ce praticien bénéficie d'un contrat de clinicien soient réunies.

- L'indemnité de fonction des chefs de pôle (*R.6146-7 Csp ; Arrêté du 11 juin 2010 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction des chefs de pôles*)

Il s'agit d'une indemnité de fonction comprenant une part fixe d'un montant de 200 euros et une part variable annuelle d'un montant maximum de 2 400 euros déterminé par le directeur de l'établissement. Elle est modulée en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle.

Dans la mesure où seul le chef de pôle bénéficie de cette indemnité, ce mécanisme incitatif présente un intérêt plus que restreint en centre de santé.

- [Quelle est la rémunération perçue par les médecins des centres de santé gérés par des collectivités territoriales?](#)

Les médecins des centres municipaux de santé sont, en pratique, soit des agents titulaires de la fonction publique territoriale relevant du cadre d'emplois des médecins territoriaux, soit des agents contractuels recrutés sur le fondement des articles 3 à 3-3 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, par contrat à durée déterminée ou indéterminée.

- Les médecins titulaires sont rémunérés sur la base d'une grille indiciaire récemment revalorisée qui comprend 9 échelons pour le grade de médecin 2<sup>e</sup> classe, 6 échelons pour le grade de médecin 1<sup>ère</sup> classe et 5 échelons et un échelon spécial pour le grade de médecin hors-classe.  
Sur la base de cette grille indiciaire, le montant brut du traitement varie entre 2105,45 € et 5193,75 €, sur la base de 35 heures hebdomadaires.  
La rémunération globale est composée de ce traitement brut indiciaire auquel s'ajoutent le régime indemnitaire, le supplément familial et l'indemnité de résidence.
- La rémunération des médecins contractuels est fixée par l'autorité territoriale en prenant en compte, notamment, les fonctions occupées, la qualification requise pour leur exercice, la qualification détenue par l'agent ainsi que son expérience. La rémunération des agents employés à durée indéterminée fait l'objet d'une réévaluation au moins tous les trois ans, notamment au vu des résultats des entretiens professionnels ou de l'évolution des fonctions.

Il en est de même pour les agents employés à durée déterminée, sous réserve que les fonctions aient été accomplies de manière continue (*Décret n°88-145 du 15 février 1988 pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale, art. 1-2*).

Il ressort d'un groupe de travail sur les médecins territoriaux rédigé sous l'égide du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale en 2013 que les médecins territoriaux des centres de santé gérés par des collectivités territoriales sont, pour la plupart, en contrat à durée déterminée ou indéterminée avec, étonnamment, des contrats de droit privé et des grilles alignées sur celles des Praticiens hospitaliers.

### ➤ [Comment l'indépendance du médecin s'exerce-t-elle dans le cadre du salariat ?](#)

Aux termes de l'article 5 du code de déontologie médicale (R. 4127-5 Csp), « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* ».

Le principe s'applique indiscutablement aux médecins hospitaliers comme le souligne l'article 95 du Code de déontologie médicale (R.4127-95 Csp) :

*« Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.*

*En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce ».*

Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins : « *Cette indépendance est acquise quand chacun de ses actes professionnels est déterminé seulement par le jugement de sa conscience et les références à ses connaissances scientifiques, avec, comme seul objectif, l'intérêt du patient* ».

Le même Conseil indique qu' « *à l'hôpital public, l'organisation des soins, la hiérarchisation de la responsabilité peuvent porter atteinte au principe de l'indépendance individuelle du praticien ; le travail en équipe, son caractère pluridisciplinaire y contribuent souvent. Pour ces raisons, la notion de faute de service dans la responsabilité administrative peut l'emporter sur celle d'indépendance* ».

En outre, « *un médecin ne doit pas accepter une position subordonnée telle que sa liberté de jugement et d'action puisse se trouver amputée ou orientée. À une époque où le besoin de sécurité développe des formes nouvelles d'exercice, le corps médical doit continuer à préserver son indépendance professionnelle, sans en sacrifier une partie pour une meilleure stabilité personnelle [...] Il ne peut subir l'influence de tiers, ni se laisser entraîner dans des combinaisons d'intérêts à l'insu du patient. S'il ne donne pas de soins, s'il fournit seulement des avis, l'indépendance de son jugement ne doit pas être compromise par un programme ou des directives.* ».

Le principe de l'indépendance professionnelle des médecins fait notamment obstacle à ce que les décisions prises par un praticien dans l'exercice de son art soient soumises à l'approbation d'un autre médecin (*CE, 2 octobre 2009, n°309247, Pierre J.*).

En somme, « *il ne peut y avoir de subordination ou de dépendance, vis-à-vis de l'établissement, de l'organisme ou du confrère qui emploie le médecin que du point de vue administratif (horaires, organisation du service...)* » ainsi que le souligne le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Ce principe d'indépendance et ses implications trouvent bien évidemment à s'appliquer au médecin salarié d'un centre de santé.

### 2.2. Personnels non médicaux

#### ➤ Sur le fondement de quelles dispositions sont recrutés les personnels non médicaux des centres de santé ?

Les personnels non médicaux des centres de santé sont des agents qui exercent ou ont vocation à exercer leurs fonctions au sein d'un établissement de santé et qui sont affectés au sein dudit centre, lequel constitue une structure de prise en charge du malade de l'établissement public de santé.

Sauf dérogation législative, les emplois permanents des établissements publics de santé sont occupés par des fonctionnaires placés dans une situation statutaire et réglementaire.

Les fonctionnaires hospitaliers sont régis par les dispositions de la loi précitée du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Néanmoins, dans des hypothèses restrictives visées notamment aux articles 9 et 9-1 de ladite loi, il est permis à un établissement public de santé de recruter des agents contractuels par contrat à durée déterminée ou indéterminée, selon le motif du recrutement : nature des fonctions ou besoins justifiant le recrutement (absence de corps pour les fonctions recherchées, fonctions nouvellement exercées par l'administration ou nécessitant des compétences techniques hautement spécialisées), remplacement ponctuel ou emploi vacant, accroissement d'activité, emploi à temps non complet d'une durée inférieure au mi-temps.

Ces agents sont régis par les dispositions du décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

#### ➤ Selon quelles modalités les personnels non médicaux hospitaliers exercent-ils leurs fonctions au centre de santé ?

Les agents titulaires et contractuels exerçant leurs fonctions au sein de l'hôpital sont affectés au sein du centre de santé sans qu'il soit nécessaire de les mettre à disposition ou, le cas échéant, pour les fonctionnaires, dans une autre position, au sens de la loi du 9 janvier 1986 susmentionnée.

En effet, dès lors que le centre de santé n'est pas une administration distincte de l'établissement public de santé, il conviendra seulement de changer l'affectation des agents ayant vocation à exercer leurs fonctions au sein du centre de santé, dans le respect, le cas échéant, des procédures applicables.

A cet égard, il sera rappelé que le changement d'affectation et l'éventuelle modification des tâches impliquée par ce changement d'affectation constituent de simples mesures d'ordre intérieur sous réserve qu'il ne soit pas porté atteinte aux droits et prérogatives que les agents tiennent de leur statut ou à l'exercice de leurs droits et libertés fondamentaux, et que ce changement n'emporte pas de perte de responsabilités ou de rémunération (CE, 25 septembre 2015, n°372624, Mme B.).

➤ Quelles sont les conditions de travail des personnels non médicaux ?

Dès lors que le centre de santé n'a pas d'autonomie juridique, les personnels non médicaux des établissements de santé qui y exercent leurs fonctions demeurent régies par les règles fixées par le titre IV du statut général de la fonction publique, s'agissant des agents titulaires, ou par les dispositions du décret n°01-155 du 6 février 1991, s'agissant des agents contractuels.

➤ Est-il possible de prévoir une part variable de rémunération en fonction du volume d'activité ?

Les indemnités versées aux agents titulaires et contractuels des établissements publics de santé peuvent tenir compte des fonctions et des résultats professionnels des agents ainsi que de la performance collective des services. Il en est ainsi de la prime d'intéressement tenant compte de la performance collective des services (art. 78-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986) dont les modalités doivent encore être précisées par décret ou de l'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion (R.6146-8 Csp).

### 3. Comment le personnel hospitalier peut-il intervenir au sein d'un centre de santé géré par un organisme à but non lucratif créé par un établissement public de santé ?

➤ Dans quelles conditions les personnels médicaux de l'établissement de santé ayant créé une association gestionnaire d'un centre de santé peuvent-ils exercer leurs fonctions au sein du centre de santé ?

○ Rappel sur les différentes positions statutaires et le transfert du personnel médical

a) Mise à disposition

Elle correspond à la situation de l'agent qui est réputé occuper son emploi, continue à percevoir la rémunération correspondante, mais exerce ses fonctions hors du service où il a vocation à servir.

La mise à disposition des personnels médicaux est notamment régie par :

- L'article R. 6152-50 Csp pour les praticiens hospitaliers à plein temps ;
- L'article R. 6152-237 Csp pour les praticiens hospitaliers à temps partiel ;
- L'article R. 6152-502 Csp pour les assistants des hôpitaux.

Il ne ressort pas de ces dispositions qu'un centre de santé géré par une association est susceptible d'accueillir du personnel médical mis à disposition par un établissement public de santé.

Néanmoins, on précisera que la constitution d'un GCS de moyens dont seraient membres l'établissement public de santé et le centre de santé permettrait de contourner cette difficulté.

En effet, les personnels médicaux susvisés peuvent faire l'objet :

- d'une part d'une mise à disposition statutaire auprès du GCS en application des dispositions du Csp précité,
- d'autre part, d'une mise à disposition fonctionnelle auprès du GCS, selon l'expression consacrée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du Ministère de la santé,

à savoir la mise à disposition de personnel en tant que contribution en nature de l'établissement public de santé employeur membre du GCS (R.6133-3 Csp).

On soulignera que le régime de mise à disposition de ces personnels doit être précisé par voie d'ordonnance dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (Loi N°2016-41 du 24 janvier 2016, art. 201).

### b) Activité partagée

Assimilée par la DGOS à une mise à disposition, bien qu'elle suive un régime différent, elle permet aux professionnels médicaux d'exercer tout ou partie de leur temps de travail dans plusieurs établissements de santé.

L'activité partagée intervient sur le fondement de l'article L. 6134-1 Csp et des dispositions des statuts des praticiens concernés :

- L'article R. 6152-4 Csp pour les praticiens hospitaliers à temps plein ;
- L'article R. 6152-201 Csp pour les praticiens hospitaliers à temps partiel ;
- L'article R.6152-501 Csp pour les assistants des hôpitaux ;
- L'article R.6152-604 Csp pour les praticiens attachés ;
- L'article 5 de l'arrêté du 17 octobre 2001 pour les assistants associés et praticiens attachés associés.

Elle doit cependant être exclue, en l'occurrence, dès lors qu'elle ne peut s'effectuer qu'au sein d'établissements de santé.

### c) Détachement

Le détachement est la position de l'agent placé hors de son corps d'origine ou, de son emploi d'origine, mais continuant à bénéficier, dans ce corps ou cet emploi, de ses droits à l'avancement et à la retraite.

Le détachement des personnels médicaux est prévu par :

- Les articles R. 6152-51 et suivants Csp pour les praticiens hospitaliers à plein temps,
- Les articles R. 6152-238 et suivants Csp pour les praticiens hospitaliers à temps partiel.

Les centres de santé associatifs ne sont pas visés au titre des organismes susceptibles d'accueillir du personnel médical détachés par un établissement public de santé.

De la même manière que pour la mise à disposition (*supra a*)), ces personnels médicaux pourraient néanmoins être détachés auprès d'un GCS constitué entre l'établissement de santé et le centre de santé.

### d) Disponibilité

La disponibilité est la position de l'agent qui est placé temporairement hors de son administration d'origine, et cesse de bénéficier, dans cette position, de ses droits à l'avancement et à la retraite. Il n'est plus soumis aux règles statutaires. A l'issue de sa période disponibilité, l'agent peut être réintégré si son poste est toujours vacant (au-delà de 6 mois, sinon la réintégration est de droit).

La disponibilité des praticiens hospitaliers est régie par :

- Les articles R.6152-62 et suivants Csp pour les praticiens hospitaliers à temps plein,
- Les articles R.6152-242 et suivants Csp pour les praticiens hospitaliers à temps partiel.

La mise en disponibilité d'un praticien est accordée de droit ou sur demande, notamment pour convenance personnelle, pour formation ou encore pour études et recherches présentant un intérêt général.

Théoriquement, les personnels médicaux et odontologiques des établissements publics de santé pourraient demander à être placés en disponibilité afin d'exercer leur activité au sein du centre de santé géré par une association, notamment pour convenance personnelle.

### e) Le transfert du personnel

Il ne s'agit pas d'une position statutaire. Le transfert correspond à la reprise, de plein droit, d'agents publics par une personne morale de droit privé/public dans l'hypothèse où la personne publique qui les emploie renonce à exercer directement une activité.

Indépendamment du fait qu'un tel transfert de personnel n'est pas expressément prévu par les statuts des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé, il n'a pas vocation à s'appliquer à l'espèce.

En conclusion, hormis la position de disponibilité, les positions statutaires traditionnelles ne permettent pas aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé d'exercer leurs fonctions au sein d'un centre de santé, sauf à créer un GCS entre l'établissement et ledit centre.

Il convient donc de déterminer si des options alternatives prévues par les statuts des praticiens peuvent être envisagées.

#### o Alternatives :

##### a) Les deux- demi-journées d'activités d'intérêt général

Cette modalité d'intervention doit être réservée aux seuls praticiens hospitaliers à plein temps (R.6152-30 Csp).

L'article R. 6152-30 Csp prévoit que les praticiens hospitaliers à temps plein, nommés à titre permanent, peuvent consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation à condition que ces activités présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, auprès d'établissements privés habilités à assurer le service public hospitalier, auprès d'un hôpital des armées ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation.

Cette activité peut donner lieu à rémunération. Une convention entre l'établissement de santé et les organismes concernés définit les conditions d'exercice et de rémunération de cette activité et prévoit, le cas échéant, le remboursement, total ou partiel, des émoluments versés par l'établissement de santé.

A notre sens, un centre de santé relève incontestablement des organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation susceptibles d'accueillir des praticiens hospitaliers à temps plein deux demi-journées par semaine.

### b) Temps partiel

Cette modalité d'intervention ne vise par définition que les praticiens hospitaliers à plein partiel (R.6152-222 Csp).

Les praticiens des hôpitaux à temps partiel peuvent exercer une activité rémunérée en dehors de leurs obligations statutaires, qu'elle soit libérale ou salariée, dans le respect, pour les médecins, de l'article R 4127-98 Csp toutefois, aux termes duquel « *les médecins qui exercent dans un service privé ou public de soins ou de prévention ne peuvent user de leur fonction pour accroître leur clientèle*», Une réserve similaire est prévue par l'article R. 4127-251 pour les chirurgiens-dentistes

Les praticiens hospitaliers à temps partiel peuvent donc librement exercer une activité au sein d'un centre de santé, en dehors de leurs obligations statutaires.

- [Dans quelles conditions les personnels non médicaux d'un établissement public de santé ayant créé une association gestionnaire d'un centre de santé peuvent-ils exercer leurs fonctions au sein du centre de santé ?](#)

### a) Mise à disposition

Les agents publics peuvent être mis à disposition auprès d'un ou, pour certaines catégories d'agents, de plusieurs organismes, pour y effectuer tout ou partie de leur service.

- Les agents titularisés dans un grade de la hiérarchie<sup>5</sup> peuvent être mis à disposition des organismes contribuant à la mise en œuvre d'une politique de l'Etat, des collectivités territoriales ou de leurs établissements publics administratifs pour l'exercice des seules missions de service public confiées à ces organismes ( *Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 49-I*).
- En l'état de la réglementation, les agents contractuels ne peuvent être mis à disposition d'un centre de santé (*Décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 31-1*).

---

<sup>5</sup> Les agents stagiaires ne peuvent être mis à disposition : Article 8, Décret n°97-487 du 12 mai 1997 fixant les dispositions communes applicables aux agents stagiaires de la fonction publique hospitalière

En revanche, en cas de constitution d'un GCS entre l'établissement employeur et le centre de santé, les agents contractuels, comme les agents titulaires, pourraient faire l'objet d'une mise à disposition (*Loi, n°86-33 susvisée, article 49, Décret du 6 février 1991 susvisé, article 31-1 5°*).

### b) Détachement

- Les agents titularisés dans un grade de la hiérarchie peuvent être détachés auprès d'une entreprise ou d'un organisme privé assurant une mission d'intérêt général. Le nombre et la nature des emplois auxquels il est éventuellement pourvu par des fonctionnaires détachés doivent être précisés par une disposition des statuts de l'entreprise ou de l'organisme considéré approuvée par arrêté du ministre chargé de la santé (*Décret n°88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers, à l'intégration et à certaines modalités de mise à disposition, article 13 4°*).

Ils peuvent également être détachés auprès d'un GCS dans le cas où une telle structure serait constituée entre l'établissement employeur et le centre de santé (*Décret n°88-976 du 13 octobre 1988 précité, article 13 4° bis*).

- Les agents stagiaires peuvent être détachés « *par nécessité de service et seulement dans un emploi qui n'est pas, par la nature et les conditions d'exercice des fonctions qu'il comporte, incompatible avec sa situation de stagiaire* » (*Décret n°97-487 du 12 mai 1997 fixant les dispositions communes applicables aux agents stagiaires de la fonction publique hospitalière, article 8*).
- La procédure de détachement est, en tout état de cause, réservée aux agents titulaires.

### c) Disponibilité

Seuls les agents titularisés dans un grade de la hiérarchie peuvent être mis en disponibilité<sup>6</sup> (*Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 62*).

Rien ne s'oppose à ce que des fonctionnaires hospitaliers soient mis en disponibilité auprès d'un centre de santé.

#### 4. Quelles sont les règles applicables au personnel d'un centre de santé géré par un établissement de santé privé ou par une structure créée ad hoc ?

- Quelle convention collective est applicable dans les centres de santé, et à quels personnels?

Les conventions collectives nationales (ci-après « CCN ») qui s'appliquent aux établissements de santé privés à but non lucratifs sont susceptibles de s'appliquer aux centres de santé.

---

<sup>6</sup> Les stagiaires ne peuvent être placés dans cette position : Article 8, décret n°97-487 du 12 mai 1997 fixant les dispositions communes applicables aux agents stagiaires de la fonction publique hospitalière.

A titre d'illustration, on peut citer la CCN de l'hospitalisation privée à but non lucratif (FEHAP).

Sont en effet visés dans son champ d'application les consultations et les soins médicaux dispensés dans les établissements ou centres assurant les soins ambulatoires par des médecins généralistes, les médecins spécialistes et les chirurgiens.

Dans l'hypothèse où le centre serait géré par un établissement sans création d'une structure juridique autonome, la CCN de l'établissement de santé en question serait manifestement applicable.

Pour les médecins, il est précisé dans le champ d'application de la CCN FEHAP que « à défaut d'accords le prévoyant expressément, **la présente Convention ne s'applique pas** :

- **aux médecins**, pharmaciens, biologistes (à l'exception de ceux au titre 20)
- aux dentistes
- aux personnes de statut libéral honorées à l'acte. »

Le titre 20 de la CCN concerne « les médecins, pharmaciens et biologistes exerçant à titre permanent – à temps plein ou à temps partiel - :

- **dans les établissements ayant fait le choix de son application à l'ensemble des médecins salariés**
- dans les établissements, admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la Loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, suivants : sanatoriums, préventoriums, aériums, maisons d'enfants à caractère sanitaire, établissements de rééducation fonctionnelle et établissements psychiatriques. »

**Il est donc concevable que la CCN ne soit pas applicable aux médecins si le centre n'a pas fait le choix de leur appliquer ses dispositions.**

### ➤ [Quelles sont les règles d'aménagement du temps de travail ?](#)

Certaines conventions collectives ne permettent pas le recours au forfait en jours sans conclusion d'un accord collectif d'entreprise en ce sens.

Dans cette dernière hypothèse, le nombre de jours travaillés ne pourrait pas dépasser 207 jours par an (contre 218 jours prévus par la Loi).

En tout état de cause, le forfait en jours ne serait possible que pour les cadres qui disposent d'une autonomie dans l'organisation de leur emploi du temps et dont la nature des fonctions ne les conduit pas à suivre l'horaire collectif applicable ou pour les salariés dont la durée de travail ne peut pas être prédéterminée et qui disposent d'une réelle autonomie dans l'organisation de leur emploi du temps pour l'exercice des fonctions qui leur sont confiées.

Attention : ces impératifs légaux paraissent en contradiction avec l'organisation d'un centre de santé, notamment au regard des horaires d'ouvertures déterminés à l'avance qui font obstacle à une réelle autonomie en matière d'organisation du temps de travail des médecins.

- Il est possible d'envisager des conventions de forfait en heures. Par exemple, la CCN FEHAP prévoit, à ce titre, des forfaits sur une base de 38 heures par semaine ;

- Cette convention collective prévoit également la possibilité de mettre en place des gardes et astreintes pour les médecins ;
- Il demeure possible de rechercher au cas par cas les modalités d'aménagement du temps de travail les plus appropriées en fonction de l'organisation retenue dans le centre (plages horaires d'ouverture, ouverture ou non le samedi essentiellement).

Selon les modalités retenues, la conclusion d'un accord collectif d'entreprise pourrait s'avérer nécessaire. Il est, à ce titre possible de conclure un accord collectif même dans une structure dépourvue de délégué syndical. La Loi permet en effet des possibilités de conclusion d'accord avec des salariés mandatés par une organisation syndicale ou avec les représentants du personnel élus.

### ➤ Comment sont rémunérés les personnels du centre de santé ?

Les modalités de rémunération des personnels peuvent être envisagées par la convention collective applicable.

Ainsi, la CCN FEHAP prévoit très précisément les modalités de rémunération des salariés (notamment des médecins).

Elle est fonction d'un nombre de points déterminé selon le poste occupé et elle fait l'objet de majorations en fonction notamment de l'ancienneté dans la structure et dans le métier.

Une prime décentralisée correspondant à 5% de la masse salariale brute à répartir entre les salariés est également prévue.

L'article R.4127-97 du CSP dispose :

**« Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins. »**

La recherche de modalités de rémunération incitatives devra donc s'opérer dans le cadre du respect de cet impératif réglementaire.

En soi une partie variable de rémunération qui serait fondée sur le chiffre d'affaires réalisé par le centre ne serait pas nécessairement contraire aux dispositions du Csp, certains centres de santé adoptant manifestement d'ores et déjà cette politique de rémunération variable.

Toutefois, il est à noter que la masse salariale représente déjà une part très importante du chiffre d'affaires des centres, voire qu'elle excède parfois largement celui-ci.

Dans ces conditions, l'opportunité d'augmenter encore la masse salariale n'est pas évidente et il pourrait s'avérer préférable de s'orienter plutôt vers la mise en place d'un accord d'intéressement.

### ○ Focus : L'accord d'intéressement

Il est possible de mettre en place un accord d'intéressement, même dans une structure à but non lucratif.

De manière schématique :

- Le dispositif doit concerner l'ensemble des salariés ;

- La formule de calcul doit être aléatoire (et doit donc pouvoir aboutir à ne pas distribuer d'intéressement) et être liée aux résultats et/ou performances ;
- La période de référence pour le calcul de l'intéressement est l'année ou une période d'une durée inférieure, exprimée en mois entiers et au moins égale à 3 mois ;
- L'intéressement global est réparti entre les salariés selon 3 critères possibles (le choix est exprimé dans l'accord) : répartition uniforme, proportionnelle à la durée de présence au cours de l'exercice (ce qui peut être de nature à lutter contre l'absentéisme) ou proportionnelle aux salaires.
- Les sommes distribuées au titre de l'intéressement sont exonérées de charges sociales (patronales et salariales). Elles sont en revanche soumises au forfait social (contribution patronale) et à la CSG-CRDS (contributions salariales). Elles sont également imposables pour les salariés, sauf affectation à un plan d'épargne salariale ;
- L'accord peut être institué par accord collectif (avec des délégués syndicaux) ou au sein du comité d'entreprise ou ratifié par la majorité des 2/3 des salariés ;
- L'accord doit être conclu avant le premier jour de la deuxième moitié de la période de calcul suivant sa prise d'effet. Par exemple, un accord couvrant un exercice calé sur l'année civile doit être conclu avant le 1<sup>er</sup> juillet ;
- Des formalités de dépôt sont à respecter.

Il serait envisageable de mettre en place un accord d'intéressement au sein des centres de santé.

Pour que le dispositif présente un intérêt pour les centres, la formule de calcul devrait être établie sur des indicateurs de performances identifiés comme prioritaire pour améliorer la situation financière des centres.

Il pourrait à titre d'exemple être retenu la bonne utilisation des codages des actes, la baisse du nombre de rendez-vous non honorés par les patients, la réduction des impayés patients et organismes, l'optimisation du coût de traitement des factures etc...

Un seuil de déclenchement (par exemple une progression du chiffre d'affaires d'un exercice sur l'autre ou l'atteinte d'un montant déterminé de chiffre d'affaires) pourrait être prévu.

#### **IV. Comment est financé le Centre de santé géré par un établissement public de santé ?**

*La présentation du financement du centre de santé qui suit est illustrée par un tableau synthétique en annexe de ce document.*

##### **1. Quelles sont les règles de prise en charge des actes médicaux par la sécurité sociale ?**

Selon l'article L. 162-32-1 Css, « les rapports entre l'assurance maladie et les Centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à cinq ans par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmier, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires ou polyvalents ».

Le même texte précise que « cet accord détermine notamment... 2°Les conditions générales d'application des conventions [applicables aux] différents professionnels exerçant dans les centres de santé » et que « ces conditions ne peuvent pas modifier les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires déterminés par ces conventions ».

Ce ne sont donc pas les règles de prise en charge des prestations délivrées par les établissements de santé qui sont ici applicables. Celles-ci ne sont d'ailleurs pas adaptées.

- Les établissements publics et privés sous dotation globale peuvent certes facturer des actes et consultations externes en application de l'article L.162-26 Css :

*« Les consultations et actes externes, ainsi que ceux réalisés dans un service chargé des urgences d'un établissement de santé mentionné aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 [prise en charge soumise à la condition préalable d'inscription sur une liste des actes médicaux] et L. 162-14-1 [tarifs des honoraires fixés par conventions UNCAM-organisations représentatives] et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles. Les tarifs des consultations et des actes ainsi fixés servent de base au calcul de la participation de l'assuré, à la facturation de ces prestations aux patients non couverts par un régime de l'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers.*

*Pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie, la part prise en charge par l'assurance maladie des consultations et actes mentionnés à l'alinéa précédent est incluse dans la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1.*

*Un arrêté fixe le montant de la majoration appliquée aux patients qui, sans prescription préalable de leur médecin traitant, consultent un médecin spécialiste hospitalier. Cette majoration ne s'applique pas aux patients suivant un protocole de soins. Elle ne s'applique pas aux consultations et actes réalisés en cas d'urgence.*

*Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux consultations et actes réalisés par les praticiens hospitaliers dans le cadre de l'activité libérale définie à l'article L. 6154-2 du code de la santé publique »*

Ainsi pour ces établissements du secteur ex-dotation globale, c'est la soumission ou non au régime de la tarification à l'activité (ci-après « T2A ») qui détermine le régime de prise en charge des actes externes. C'est pour l'activité MCO des grands établissements (cf. infra) que la couverture des actes médicaux est alignée sur celle, conventionnelle, des honoraires. En pratique, le système est équivalent à celui de la prise en charge des actes médicaux dispensés en centres de santé, même si le fondement juridique diffère.

En revanche un tel régime ne s'applique pas « aux établissements et aux activités non tarifés à l'activité : hôpitaux locaux, activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation (ci-après « SSR »), établissements publics de santé de Fresnes, de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte, Institut national des invalides. Pour ces établissements, les dépenses engagées au titre des actes et consultations externes sont couvertes par la dotation annuelle de financement versée par l'assurance maladie » (Guide annexé à la circulaire DHOS/F4 n° 2009-319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé, BO Santé, Protection sociale, Solidarité n°2009/11 du 15 déc. 2009 p. 119, spécialement p.229).

Ce mode de financement est certes appelé à disparaître progressivement. En vertu de la Loi de financement de la sécurité sociale (ci-après « LFSS ») pour 2013 les 348 hôpitaux de proximités (ex-hôpitaux locaux) sont passés au régime de la T2A à compter du mois de mars 2015 et les établissements de SSR doivent y passer progressivement à partir de 2017 conformément à la LFSS 2016.

En tout état de cause les soins dispensés dans un centre de santé géré par un établissement soumis à une dotation annuelle de fonctionnement ne peuvent être financés par une fraction de celle-ci, qui est dédiée à l'activité hospitalière. La loi du 26 janvier 2016 a au demeurant modifié l'article L.6323-1 Csp en précisant que les centres pratiquent les « *tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 Css* », c'est-à-dire les tarifs conventionnels de professionnels sans dépassement d'honoraires : ceci ne correspond pas à la facturation d'actes externes en établissement sous dotation.

- Quant aux établissements de santé privés relevant du secteur ex-OQN, ils ne pouvaient pas percevoir, avant la loi HPST, les honoraires des médecins qu'ils employaient sous contrat de travail. La loi du 21 juillet 2009 y a certes remédié par l'insertion dans le code de la sécurité sociale, d'un article L.162-26-1, modifié par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 :

*« Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du présent code [paiement direct des honoraires] et de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique [interdiction pour toute personne non médecin de percevoir des honoraires médicaux] lorsqu'un établissement de santé prévu au d de l'article L. 162-22-6 du présent code emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié pour assurer des activités de soins, les honoraires afférents à ces activités peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles ».*

En l'absence de ce texte une clinique ne pourrait pas facturer d'honoraires. Mais cela ne la priverait nullement de la possibilité de le faire dans le cadre de la gestion d'un centre de santé qu'elle exploiterait comme l'une de ses unités, ceci sur le fondement de l'article L.162-32-1 Css et de l'accord national conclu entre l'assurance maladie et les représentants des centres de santé. Ce sont en effet ces dernières dispositions qui permettent à un centre de santé de se faire payer des honoraires et non celles de l'article L.162-32-26-1. Celui-ci vise au demeurant les établissements employant des médecins « *qui choisissent le mode d'exercice salarié* », ce qui ne correspond pas à la situation des centres de santé alors que selon l'article L.6323-1 alinéa 7 Csp, « *les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés* » sans autre choix possible.

Qu'il s'agisse d'établissements publics ou privés, les règles relatives à la facturation par les hôpitaux et les cliniques des actes médicaux effectués par leurs médecins salariés ne peuvent ainsi tenir lieu de fondement à des actes pratiqués par les médecins employés dans des centres de santé gérés par ces établissements.

### 2. Quelles sont les sources de financement du Centre de santé (hors prise en charge des actes médicaux) ?

Il a été précédemment vu que la prise en charge par l'assurance maladie des actes médicaux obéissait à ses propres règles. Mais les textes prévoient par ailleurs des ressources complémentaires telles que les subventions allouées au titre du Fonds d'Intervention Régional<sup>2</sup>(FIR) sur le fondement de l'article L.6323-5 Csp, soit sur une base juridique distincte de celle permettant un financement par le même FIR des établissements de santé. Les centres de santé perçoivent également une rémunération complémentaire dont le mécanisme est prévu par l'accord national du 8 juillet 2015.

Cette rémunération complémentaire par l'assurance maladie est fonction de plusieurs critères portant sur l'accessibilité, l'organisation et la coordination des soins.

Par ailleurs, un centre de santé peut bénéficier de subventions de l'ARS au titre du Fonds d'Investissement Régional ainsi que de subventions des collectivités territoriales

Il s'agit donc d'une activité dotée de recettes spécifiques. L'article R.6142-12 Csp et l'arrêté du 10 avril 2013 n'imposent toutefois pas que le budget d'un Centre de santé géré par un établissement fasse l'objet d'un compte prévisionnel annexe à l'état de prévision des recettes et de dépenses (EPRD) des établissements publics et des établissements privés d'intérêt collectif.

Cependant, le gestionnaire d'un centre de santé bénéficiant d'un financement FIR doit conclure un CPOM avec l'ARS (cf. supra). Il semble difficilement concevable que le budget propre à l'activité du centre ne soit pas identifié à cette occasion. Il devrait en être de même, au demeurant, d'un centre de santé géré par un établissement privé à but lucratif.

### 3. Quel est le régime du tiers payant en centre de santé ?

Selon l'article L.162-32 alinéa 3 Css, « *les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie* ».

Ceci signifie que la dispense d'avance de frais ne concerne pas, *a contrario*, la part prise en charge par les assurances complémentaires.

La loi de modernisation de notre système de santé, adoptée définitivement par le Parlement le 17 décembre 2015 prévoyait à son article 83 une généralisation du tiers payant à l'ensemble des frais médicaux, ce qui incluait la part couverte par les mutuelles.

Cependant le Conseil Constitutionnel dans sa décision du 21 janvier 2016 a déclaré que le tiers payant pour la part couverte par les assurances complémentaires était contraire à la Constitution dans la mesure où, « *sans assortir cette obligation des garanties assurant la protection des droits et obligations respectifs du professionnel de santé et de l'organisme d'assurance maladie complémentaire, le législateur a[vait] méconnu l'étendue de ses compétences* » (C.C., décision n°2015-727 DC du 21 janvier 2016).

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 n'impose donc le tiers payant que pour la partie remboursée par la sécurité sociale, selon un calendrier comprenant plusieurs étapes. La dispense d'avance de frais sera un droit pour les patients couverts à 100% par l'assurance maladie à compter du 31 décembre 2016. Elle deviendra un droit pour tous les français à partir du 30 novembre 2017, ce qui mettra un terme à la spécificité de la prise en charge par la sécurité sociale des soins en centres de santé.

ANNEXE : TABLEAU SYNTHETIQUE DES FINANCEMENTS

Financements communs à tous les centres de santé

	Désignation	Fondement	Observations
COLLECTIVITES TERRITORIALES.	Aides à l'installation ou au maintien de professionnels de santé dans les zones déficitaires en offre de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>L.1511-8 al. 1 CGCT aides pour des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante déterminées par le Directeur Général de l'ARS (L.1434-4 Csp)</li> <li>R.1511-44 CGCT : « .... peuvent consister dans :  1° La prise en charge, en tout ou en partie, des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins ;  2° La mise à disposition de locaux destinés à cette activité ;  ...  Les aides prévues aux 1° et 2° peuvent être attribuées aux organismes gérant les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du Csp. »</li> </ul>	<p>Les Régions sont les collectivités qui sont les plus dispensatrices de ces aides mais les Départements sont également actifs.</p> <p>En pratique, les collectivités définissent des territoires prioritaires dont les zones déterminées par le Directeur Général de l'ARS (L.1434-4 Csp) font partie mais de manière non exclusive. La Région Rhône-Alpes y inclut aussi des bassins à risque démographique définis par les URPS, ou des quartiers urbains relevant de la politique de la ville. Le dispositif se combine ainsi avec le suivant.</p>
COLLECTIVITES TERRITORIALES	Financement des centres de santé sur l'ensemble du territoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>L. 6323-1 al. 4 Csp précise que les CS « sont créés et gérés soit... par des collectivités territoriales ... ». Cette compétence générale mais non obligatoire pour créer et gérer un centre de santé, induit celle de le financer. Elle s'inscrit dans la lignée d'une compétence communale multiséculaire en matière de santé (gestion municipale des hôpitaux du XVI<sup>e</sup> siècle à 1958)</li> <li>L.1511-8 al. 1 CGCT précise que les aides en zones déficitaires (cf. supra) « ne sont pas exclusives des aides déjà attribuées par les collectivités territoriales aux centres de santé implantés sur l'ensemble du territoire »</li> </ul>	<p>Beaucoup de centres de santé municipaux structurellement déficitaires sont maintenus à l'équilibre grâce à un soutien financier conséquent des communes, soit directement par affectation budgétaire au centre de santé en régie directe, soit par subvention à la structure exploitante si le centre est géré par une association ou par le CCAS.</p>

## Conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé

ARS	<p><b>Fonds d'intervention régional (FIR)</b></p> <p>Enveloppe spécifique aux centres de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L.1435-8 Csp - définition FIR</li> <li>• L. 6323-5 Css: « <i>Les ... centres de santé ... signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 [CPOM] peuvent percevoir une dotation de financement du fonds d'intervention régional prévu à l'article L.1435-8. Cette dotation contribue à financer l'exercice coordonné des soins</i> »</li> <li>• R.1435-16 Csp : Nature des dépenses :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) conseil, accompagnement</li> <li>2) investissement</li> </ol> </li> </ul>	<p>Au titre du FIR 2015, des crédits sont notamment dédiés au déploiement de systèmes d'information dans les structures d'exercice coordonné (Circulaire n° SG/2015/152 du 28 avril 2015 sur les modalités de mise en œuvre du FIR, p. 9).</p> <p>A titre d'exemple, le cahier des charges de l'ARSIF pour le développement et la pérennisation des centres de santé en Île-de-France recense les dépenses éligibles à ce financement : étude architecturale, aide à l'acquisition d'un système d'information et à la formation des professionnels à son utilisation, aide à l'aménagement et à l'équipement collectif. Il précise que l'ARS « <i>ne peut en aucun cas financer de l'investissement immobilier ni du matériel à un professionnel de santé</i> » (Appel à projets – développement, soutien et pérennisation des centres de santé en Île-de-France – 1<sup>er</sup> juil.-30 sept. 2015)</p>
-----	--	---	--

	Désignation	Fondement	Observations
	<p><b>Subvention de l'assurance maladie égale à une partie des cotisations dues pour les salariés</b></p>	<p>L.162-32 al. 1 Css: « <i>Les CPAM versent aux centres de santé une subvention égale à une partie des cotisations dues par ces centres en application de l'article L. 241-1 pour les personnes qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux relevant des sections 1 et 2 du présent chapitre</i> »</p>	<p>Instituée pour la première fois par les décrets du 15 juillet 1991 qui ont permis le remboursement aux centres de santé d'une partie des charges sociales de leur personnel soignant, à l'instar de ce que les caisses consentaient déjà aux praticiens libéraux en secteur 1.</p>

SECURITE SOCIALE	<p><b>Rémunérations prise en charge par l'assurance maladie</b></p> <p><b>Remboursement des soins &amp; rémunérations complémentaires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans sa version issue de la loi du 26 janvier 2016, l'article L.6323-1 Csp précise que les centres pratiquent les « <i>tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 Css</i> », c'est-à-dire sans dépassement d'honoraires.</li> <li>• L. 162-32 al. 3 Css : tiers payant « <i>pour la part garantie par l'assurance maladie</i> ».</li> <li>• L. 162-32-1 Css : Les rapports assurance maladie – centres de santé sont définis par accord national de 5 ans qui détermine notamment: 1) obligations respectives de chacun 2) conditions générales d'application des conventions pro - 3) Modalités d'actions de prévention sanitaire 5) Mode de rémunération autres que paiement à l'acte et des activités non curatives 6) Conditions de participation à l'informatisation des centres de santé 8) Dispositifs visant à faciliter l'installation des centres de santé dans les zones 1437-4 9) Rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés</li> <li>• Accord national du 8 juil. 2015 :             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le Titre 1 institue notamment un nouveau dispositif de rémunération en contrepartie d'engagements pris en matière d'accessibilité, d'organisation et de coordination</li> <li>➤ Le Titre 2 (Modalités d'exercice conventionnel) précise que le centre de santé s'engage à respecter NGAP et CCAM (art. 28.1) et que « <i>les tarifs applicables ... sont ceux fixés pour chacune des professions de santé représentés dans les centres, dans les conditions prévues par le Css et les dispositions conventionnelles propres à chacune des catégories de profession concernée</i> » (art. 28.3).</li> </ul> </li> </ul>	<p>En plus du paiement des soins dispensés, rémunérés à l'acte, le centre de santé perçoit d'autres rémunérations de l'assurance maladie.</p> <p>Le nouveau dispositif de rémunération lié à l'accessibilité, l'organisation et la coordination s'inspire d'un système précédemment mis en place par un règlement arbitral. Il comprend un bloc commun principal (16 critères) et un bloc commun complémentaire (8 critères), la rémunération étant soit fixe, soit variable soit mixte. Basée sur un système de points par critère, à 7 € le point, cette rémunération peut atteindre au maximum 63.000 € si tous les objectifs sont remplis (cf. annexe)</p> <p>Elle s'ajoute à d'autres rémunération spécifiques déjà existantes: rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), rémunération pour l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées (MPA).</p> <p>Conformément à l'accord national, le centres de santé qui est retenu comme médecin traitant bénéficie alors des rémunérations à ce titre : Forfait médecin traitant (FMT, Rémunération médecin traitant (RMT) si ALD...</p> <p><u>Règles applicables = celles spécifiques aux centres de santé et non celles dont relève l'activité habituelle du gestionnaire</u></p>
PATIENT	<p><b>Reste à charge</b></p>	<p>Tiers payant limité à la « <i>part garantie par l'assurance maladie</i> » (L. 162-32 al. 3 Css) : le ticket modérateur reste à la charge du patient.</p>	<p>En pratique, le reste à charge ne concerne que l'assuré ne bénéficiant pas d'une prise en charge à 100% et sans mutuelle.</p>

Financements spécifiques aux centres gérés par un établissement de santé

	Désignation	Fondement	Observations
ETAT - Dotations nationales	<p><i>Fonctionnement</i></p> <p><b>MIGAC</b></p> <p>Financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation</p> <p>MIG K Dispositifs ayant pour objet de faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci</p> <p>K02 Mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des centres de prévention et de soins et des maisons médicales.</p>	<p>L.162-22-13 Css (définition dotation MIGAC)</p> <p>D.162-6 Css : « <i>Peuvent être financées...les dépenses correspondant aux missions d'intérêt général suivantes :</i></p> <p><i>...2°) La participation aux missions de santé publique mentionnées ci-dessous :</i></p> <p><i>...d) Les dispositifs ayant pour objet de favoriser le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci... »</i></p> <p>Nomenclature des MIG, répertoriée en annexe à chaque arrêté tarifaire annuel.</p>	<p>Utilisée de 2005 à 2012, essentiellement pour le financement des 18 centres de santé du CH de Guyane (bénéficiaire en 2012 de 12,37 M € sur 14,14 M€ de dotation nationale).</p> <p>N'est plus utilisée depuis 2013 mais figure toujours dans la nomenclature des MIG. Instrument financier pouvant être réactivé en l'état du droit mais relativement improbable depuis la création du FIR. A été employé essentiellement pour le financement d'une spécificité régionale.</p>
	<p><i>Investissement</i></p> <p><b>FMESPP</b></p> <p>Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés</p> <p>Finance des dépenses d'investissement, sous forme de subvention ou d'avances. Périmètre réduit par création FIR.</p>	<p>Art. 40 LFSS 2001 (version LFSS 2012) : Institution du Fonds, gestion par CDC, affectation à des dépenses d'investissement</p> <p>D. 2013-1217 du 23 déc. 2013 Art. 7 <i>Nature des dépenses :</i></p> <p><i>1° opérations d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation des établissements</i></p> <p><i>2° acquisition équipements lourds</i></p> <p><i>3° développement système information</i></p> <p><i>4° opérations concourant à la réorganisation de l'offre de soins</i></p>	<p>Dans le cadre d'une opération de restructuration d'un établissement de santé accueillant un Centre de Santé dans ces locaux, une partie du financement alloué sur le FMESPP pourrait être dédiée à la construction des locaux de ce centre, le cas échéant en combinaison avec un financement de la Région.</p> <p>En principe, sauf dérogation expresse du ministre de la santé, versement au fur et à mesure de l'engagement des dépenses, sur pièces. Engagements de l'établissement formalisés par avenant au CPOM.</p>
ARS	<p><b>Fond d'intervention régional (FIR)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L.1435-8 Csp - définition FIR</li> <li>• R.1435-16 Csp: Nature des dépenses :</li> </ul> <p>1) conseil, accompagnement      2) investissement</p>	<p>Le financement issu de cette enveloppe peut être dédié à un centre de santé.</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, CMS Bureau 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 Aldric EVAIN, Mme le Dr Béatrice SEVADJIAN, ARS Ile de France  
DOS – Pôle ambulatoire et services aux professionnels de santé – Département 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

