

***Etude et analyse des
conditions
favorables à
l'implantation de
centres de santé en
Ile-de-France***
*Agence régionale de
Santé d'Ile-de-France*

Juillet 2015

Résumé du rapport

Le développement, le soutien et la pérennisation des centres de santé, constitue un axe fort du **développement des soins de premier recours, tel que défini par le Projet Régional de Santé d'Ile-de-France**. Dans cette dynamique, l'Agence régionale de santé Ile-de-France et d'autres acteurs ont déjà consacré de nombreux travaux et rapports aux centres de santé, le plus souvent envisagés sous un angle organisationnel et économique.

Ainsi, en 2011, l'IRDES, missionnée par la Fédération Nationale des Centres de santé, démontrait par l'Etude « EPIDAURE » que les centres de santé accueillent une population en moyenne plus précaire que les autres structures de soins de premier recours.

En 2012, la Mutualité Française a confié à Coactis une étude sur « le Modèle économique des centres de santé ». **En 2013, l'IGAS publie un rapport historique « Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain » (Georges – Waquet)** qui fait état de la situation économique préoccupante des centres de santé et propose des axes de réforme pour favoriser le maintien de cette offre de premiers recours.

Plus récemment, en 2013 et 2014, l'Agence régionale de santé Ile-de-France, avec le cabinet Référis, a accompagné une trentaine de centres de santé de la petite couronne francilienne « dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique ». Ce travail mené sur deux ans a permis d'identifier 12 leviers d'amélioration permettant d'améliorer parfois de manière significative l'équilibre économique d'un centre de santé, sans diminuer la qualité de la prise en charge.

Enfin, en 2014, le Pr Vigneron publie pour la FEHAP « Les centres de santé, une géographie **rétro-prospective** », **une étude importante qui retrace l'historique du développement des centres de santé et dresse des perspectives de développement de ce modèle aussi ancien que prometteur.**

Pour autant, ces nombreux travaux restent pour la plupart cantonnés à la dimension économique des centres de santé. Pour mieux appréhender les projets de création de centres de santé et aider les porteurs de projets à se poser les bonnes questions lors de la genèse du projet, **l'Agence régionale de santé a voulu travailler sur les critères favorisant l'implantation d'un centre de santé sur un territoire.**

Ce rapport se propose donc d'apporter aux porteurs de projet une aide à la réflexion et à la définition du projet et de ses caractéristiques, en fonction du but recherché et du territoire d'implantation envisagé.

Ce travail s'appuie bien sûr sur l'analyse des travaux précédemment évoqués, ainsi l'analyse de données territoriales et sociologiques et sur des entretiens avec des acteurs de terrain, qu'ils soient directeurs ou professionnels de santé ou qu'ils constituent l'écosystème des centres de santé.

Il ressort de cette étude la nécessité d'aborder différemment son projet selon la « vocation » identifiée du centre. La définition de l'offre et de l'organisation du centre de santé ne sera pas la même selon que le centre bénéficie d'un soutien financier ou qu'il doit être autonome, et selon ce qui a motivé la création du centre. Ce là découlent 3 vocations distinctes, identifiées lors de l'étude :

- Les centres de santé de proximité : ils visent essentiellement à répondre à une carence de l'offre de soins et proposer à la population une offre de premiers recours accessible financièrement et géographiquement. Le plus souvent, il s'agit de centres portés par des collectivités territoriales ;
- Les centres de santé polyvalents avec une expertise forte : ces centres se sont souvent développés en proposant une expertise particulière pour répondre à un besoin précis. Ils sont ouverts à tous mais proposent une offre adaptée, soit à une pathologie particulière, soit à une population visée (personnes âgées, personnes en situation de handicap, travailleurs salariés...) ;
- Les centres de santé polyvalents autonomes : ces centres ne bénéficient pas d'un soutien financier et proposent une offre de soins diversifiée, souvent médicale et dentaire.

L'identification de la vocation du Centre de Santé apparaît nécessaire dès l'origine du projet ; elle impacte fortement par la suite les décisions prises tout au long du projet de la création et à la mise en œuvre opérationnelle d'un centre de santé.

Bien sur cette trinité est caricaturale et la plupart des centres se situent au confluent de deux vocations. La notion de soutien économique est elle aussi relative puisqu'aucun gestionnaire ne gère un centre de santé « à fonds perdus », mais certains décident d'investir dans des programmes particuliers ou d'offrir gratuitement à la population une offre sociale et sanitaire accessible.

L'étude identifie 12 facteurs d'influence (démographiques, territoriaux, économiques, sociaux ou structurels), plus ou moins importants en fonction de la vocation du projet de centre de santé, qui contribuent à évaluer la pertinence d'un projet d'implantation d'un Centre de Santé au sein d'un territoire, tout en tenant compte des divergences entre chaque vocation. Ils permettent de suivre une progression en 3 temps : Evaluer la pertinence de son projet, conforter la décision initiale et enfin évaluer la cohérence entre le projet de centre et la vocation initiale.

Le rapport d'étude propose enfin une grille d'analyse, mettant en perspective les différents facteurs et les caractéristiques du territoire choisi et de la population, afin de valider la cohérence du projet.

Les éléments de ce **rapport doivent permettre d'étayer la réflexion des porteurs de projet dans leur démarche de création d'un centre de santé en** leur fournissant un outil pour apprécier les **conditions d'implantation d'un centre de santé.**

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| 1. Contexte d'étude | 6 |
| 2. Objectifs de l'étude | 8 |
| 3. Méthodologie | 10 |
| 3.1. Sélection d'un échantillon d'acteurs | 10 |
| 3.2. Entretiens avec les acteurs du terrain | 12 |
| 3.3. Analyse des territoires et mise en perspective | 13 |
| 3.4. Construction de la grille d'analyse | 14 |
| 3.5. Limites de l'étude | 15 |
| 4. L'importance de déterminer la vocation d'un centre de santé | 16 |
| 4.1. Les centres de santé, des structures singulières dans l'offre de soins | 17 |
| 4.2. Utilité et intégration, deux critères déterminants dans la réussite du projet | 20 |
| 4.3. Des critères perçus différemment par les acteurs | 22 |
| 4.3.1. Des interprétations divergentes | 22 |
| 4.3.2. Des écarts d'appréciation qui s'expliquent également par des différences dès l'origine du projet | 25 |
| 4.4. L'émergence de trois vocations distinctes | 26 |
| 5. L'identification de 12 facteurs d'influence variable | 31 |
| 5.1. Douze facteurs déterminant dans l'orientation d'un projet | 31 |
| 5.2. Un niveau d'impact variable | 34 |
| 6. Une construction progressive en trois temps | 36 |
| 7. Evaluer la pertinence de son projet | 38 |
| 7.1. Conforter la décision initiale | 39 |
| 7.2. Evaluer la cohérence entre le projet et la 'vocation' identifiée | 40 |
| 7.3. Appuyer la mise en œuvre du projet | 42 |
| 8. Ce qu'il faut retenir | 43 |
| 9. Annexes | 45 |
| 9.1. Annexe 1. – liste des membres du comité de pilotage | 45 |
| 9.2. Annexe 2. – guide d'entretien – Centres de santé | 46 |
| 9.3. Annexe 3. – guide d'entretien - écosystème | 54 |
| 9.4. Annexe 4. – outils d'entretien | 55 |

1. Contexte d'étude

La région Ile-de-France est caractérisée par de fortes inégalités d'accès aux soins et une évolution constante des besoins de la population qui appellent à repenser l'organisation de l'offre de soins et à développer l'offre de soins de premier recours.

En effet, on peut lire à travers le Schéma Régional d'Organisation de Soins sur le volet ambulatoire, l'impact de l'augmentation des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer) et du vieillissement de la population sur les modes de prise en charge. Ces évolutions renforcent le besoin de coopération et de coordination entre les acteurs, si bien que des adaptations permanentes deviennent nécessaires pour maintenir l'accès aux soins et améliorer le suivi des patients chroniques.

A cela s'ajoutent les fortes disparités entre les territoires de la région, qui touchent l'ensemble du corps médical et s'observent à travers divers indicateurs (densité des professionnels de santé, temps de trajet/ accessibilité, délai de prise en charge). Le vieillissement de la population, confronté à une diminution des effectifs médicaux, laisse également présager des difficultés persistantes d'accès aux soins dans les cinq années à venir.

Depuis quelques années, au regard de ces constats, diverses actions sont déployées afin de lutter contre la désertification médicale et les inégalités entre les territoires. Le développement de l'offre de soins de premier recours constitue un des leviers adaptés pour répondre à ces besoins.

Les aides et incitations se multiplient à l'égard des jeunes professionnels de santé pour promouvoir l'exercice libéral et faciliter leur installation, notamment dans les zones fragiles.

Parallèlement, des expérimentations sont engagées afin de favoriser l'implantation et le maintien des structures d'exercice collectif. Ainsi, l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, menée entre 2008 et 2014, a débouché sur une généralisation du dispositif à l'ensemble des structures d'exercice regroupé et coordonné (Maisons de santé et centres de santé). De la même manière, la modification des décrets de compétence a permis d'accélérer le développement des transferts de tâches (art. 51 HPST).

Garantir une meilleure homogénéité de l'accès aux soins ambulatoires sur l'ensemble du territoire, y compris dans les zones isolées, reste encore un enjeu important malgré la mise en œuvre de mesures facilitant les consultations avancées de médecins hospitaliers au sein des maisons et centres de santé et les financements visant à favoriser le déploiement de la télémédecine.

Le modèle du centre de santé, en contribuant à la coordination des acteurs de soins de premiers recours, à la prévention et à l'éducation pour la santé, représente parmi d'autres, une piste particulièrement adaptée pour répondre à ces enjeux.

Face aux difficultés de coordination qui existent entre les secteurs sanitaires, le médico-social et le social, les centres de santé apparaissent comme des structures sanitaires de proximité qui favorisent une meilleure coopération entre les professionnels de santé, à la fois au sein de la structure et vis-à-vis des structures extérieures, en assurant des activités de soins de premiers recours et en menant des actions :

- de santé publique ;
- de prévention ;
- d'éducation pour la santé ;
- et d'éducation thérapeutique des patients.

Ce positionnement confère aux centres de santé un rôle social fort, renforcé par la pratique des tarifs opposables (secteur 1) et du tiers payant.

Les centres de santé représentent également une opportunité intéressante pour repenser les modes de prise en charge des maladies chroniques et **permettent d'**envisager davantage de coordination et de continuité entre les différents acteurs du parcours du patient.

2. Objectifs de l'étude

Dans le cadre de la poursuite de la promotion et du soutien des centres de santé, l'Agence régionale de Santé d'Ile-de-France a souhaité être accompagnée pour la réalisation d'une étude portant sur **les conditions démographiques, territoriales, économiques, sociales ou structurelles favorables à l'implantation de centres de santé sur un territoire.**

L'étude s'inscrit dans la continuité, mais surtout en complémentarité des travaux engagés précédemment par l'ARS Ile-de-France et par d'autres acteurs fortement impliqués dans le développement des centres de santé :

- L'étude EPIDAURE, de l'IRDES (FNCS, 2011), qui offre une estimation de la précarité des patients recourant à la médecine générale en centres de santé ;
- L'étude COACTIS pour la Mutualité Française (2012), qui s'est traduite par le développement d'un outil de simulation d'un modèle économique de centre de santé en fonction de son offre de soins et de ses ressources internes ;
- Le rapport REFERIS (2012), synthèse des résultats de l'étude et de l'accompagnement mené auprès de 30 centres de santé d'Ile-de-France (à l'initiative de l'ARS Ile-de-France) dans le but d'améliorer la viabilité économique de ceux-ci ;
- Le rapport IGAS de 2013, qui dresse un portrait de la situation économique des centres de santé en France et de leur place dans l'offre de soins ;
- Le rapport Vigneron pour la FEHAP (2014), qui propose une réflexion historique et géographique sur les centres de santé français, et identifie des zones pertinentes pour l'implantation de centres de santé.

Ces travaux, de natures et de portées différentes, ont permis de réaliser une analyse, de mettre en exergue des leviers d'amélioration et de développer des outils d'appui aux centres de santé, principalement sur les aspects économiques et propres à l'organisation interne des centres.

L'attention portée aux centres de santé et les différentes actions menées auprès d'eux ont mis en avant l'idée d'un effort pour nécessaire pour pérenniser le modèle des centres de santé sans aller l'encontre de la vocation sociale et préventive primaire d'un centre de santé.

Ces différents travaux s'accordent sur le constat d'une autonomie financière difficilement atteignable en raison de l'histoire, de la culture et de l'organisation des centres de santé qui occupent un positionnement social.

Cette problématique de financement et de gestion des centres de santé ayant déjà été maintes fois abordée dans les précédents rapports précités, l'ARS Ile-de-France a souhaité aborder la question de la pertinence de l'implantation d'un centre de santé sous un angle différent.

En l'absence consensus sur le moyen d'apprécier la « pertinence » d'un territoire pour la création d'un nouveau centre de santé, l'étude doit faire émerger une méthodologie pour l'analyse des conditions favorables à l'implantation d'un nouveau centre. L'étude poursuit un double objectif, qui est de fournir un support :

- pour l'analyse des dossiers des porteurs de projet, notamment dans le cadre des procédures d'appel à projets menées par les ARS ;
- pour la définition d'un projet d'implantation, à destination des porteurs de projet.

Il s'agit dans un premier temps d'identifier les différents facteurs démographiques, territoriaux, économiques, sociaux ou structurels qui contribuent à la pertinence d'un projet d'implantation d'un Centre de Santé au sein d'un territoire et, dans un second temps, de formaliser une grille de lecture pour permettre à l'ARS, à ses partenaires et à des porteurs de projet, de mieux apprécier le caractère adapté ou non du territoire à la création d'un centre, ainsi que l'adéquation entre le projet et le territoire ciblé.

Cette étude n'a pas vocation à circonscrire les territoires d'implantation de nouveaux centres de santé par la définition de critères intangibles ; mais davantage à affiner la perception de l'ARS pour des projets de créations de centre, plutôt qu'à fournir des éléments quantitatifs ou statistiques pour calculer l'emplacement optimum d'un centre.

Ainsi, les travaux n'ont pas porté sur la construction d'un modèle prédictif, mais plutôt sur l'élaboration d'une démarche d'analyse des projets de centres qui pourraient être présentés à l'ARS, assortie d'éléments d'appréciation qualitatifs.

3. Méthodologie

L'étude s'est déroulée entre les mois de février et juin 2015 et la démarche suivie a été construite conjointement avec l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France au cours d'une première étape de cadrage.

La méthodologie utilisée combine une étude bibliographique, une enquête de terrain fondée sur des entretiens avec les acteurs de terrain, et une analyse des territoires des centres à partir de données tangibles.

3.1. Sélection d'un échantillon d'acteurs

Objectifs

- Garantir la diversité des centres impliqués
- **Impliquer les acteurs de l'écosystème des centres**

La sélection des centres de santé a été réalisée conjointement avec les équipes du siège de l'ARS Ile-de-France et les délégations territoriales de chaque département et a été validée par les membres du comité de pilotage (cf. annexe 1). Les centres de santé impliqués dans l'étude ont été sélectionnés de manière à assurer :

- la couverture de l'ensemble des départements d'Ile-de-France ;
- la représentation des différents modes de gestion ;
- la représentation de diverses tailles d'activité, en considérant exclusivement des centres polyvalents ;
- la participation d'acteurs identifiés par l'ARS ou les délégations territoriales comme moteurs et engagés dans la réflexion sur le modèle des centres de santé ;

Ainsi, sur la base de ces critères, quinze équipes de direction ont été rencontrées dans le cadre de l'étude, représentant au total dix-neuf centres de santé d'Ile-de-France dont :

- 14 centres municipaux ;
- 3 centres associatifs ;
- 2 centres mutualistes.

Comme l'IGAS en faisait le constat dans son rapport de 2013¹, les centres de santé « *forment un monde éclaté de par la variété de leurs activités [...] et se traduit par des différences de culture : certains centres de santé implantés dans des quartiers très déshérités sont attachés à lier leur intervention à celle d'acteurs sociaux, tandis que d'autres développent, sur la base de l'attrait du tiers payant, une pratique de niche sur des segments d'activité dégageant des marges financières (par exemple prothèse dentaire). D'autres enfin préfèrent se fondre dans l'offre de soins pour tous* ».

Cette hétérogénéité se retrouve également au sein du sous-groupe des centres polyvalents. De par leur taille, leur histoire, leur culture, leurs choix de gestion ou encore leur offre, les centres polyvalents visités dans le cadre de l'étude dessinent une mosaïque variée qui permet, à défaut d'avoir une représentativité statistique des centres de santé d'Ile-de-France, de tirer des conclusions à partir d'une forte diversité des points de vue.

¹ « Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain », IGAS, Georges et Waquet (2013)

Liste des centres impliqués :

| Centre | Département | Ville | Mode de gestion |
|--|-------------------|--------------------------|-----------------|
| Centre Square de la Mutualité | Paris | Paris | Mutualiste |
| Centre Jack Senet (la Mutuelle générale) | Paris | Paris | Mutualiste |
| Institut Alfred Fournier | Paris | Paris | Associatif |
| CMS du Gâtinais | Seine-et-Marne | Saint-Fargeau-Ponthierry | Municipal |
| CMS Yves Farges | Yvelines | Trappes | Municipal |
| CMS de Conflans-Sainte-Honorine | Yvelines | Conflans-Sainte-Honorine | Municipal |
| CMS des Epinettes | Essonne | Evry | Municipal |
| CMS Etienne Gatineau-Sailliant | Hauts-de-Seine | Gennevilliers | Municipal |
| CMS Daniel Timsit | Hauts-de-Seine | Gennevilliers | Municipal |
| Centre médical et dentaire de la CRF | Hauts-de-Seine | Villeneuve-la-Garenne | Associatif |
| CMS Henri Barbusse | Seine-Saint-Denis | Saint-Ouen | Municipal |
| CMS Saint-Denis | Seine-Saint-Denis | Saint-Ouen | Municipal |
| CMS Bauer | Seine-Saint-Denis | Saint-Ouen | Municipal |
| CMS Docteur Pesqué | Seine-Saint-Denis | Aubervilliers | Municipal |
| Centre de santé des Halles | Val-de-Marne | Rungis | Associatif |
| CMS Fanny Dewerpe | Val-de-Marne | Ivry-sur-Seine | Municipal |
| CMS Pierre Rouques | Val-de-Marne | Vitry-sur-Seine | Municipal |
| CMS Fernand Goulène | Val d'Oise | Argenteuil | Municipal |
| CMS Irène Lézine | Val d'Oise | Argenteuil | Municipal |

Note : les équipes de direction de Gennevilliers, Saint-Ouen et Argenteuil, gèrent plusieurs centres municipaux ; ces trois villes disposent d'un centre principal et d'annexes localisées sur les territoires les plus défavorisés, et créés en fonction d'opportunités, notamment immobilières.

Des entretiens ont également été menés avec des acteurs appartenant à « l'écosystème » des centres de santé impliqués. Il s'agit de professionnels des secteurs sanitaire, médico-social ou social (établissements hospitaliers, réseaux associatifs, etc.) impliqués ou impactés par la présence d'un centre de santé implanté sur le territoire d'attractivité de la structure pour laquelle ils travaillent.

Ces acteurs ont été en grande majorité identifiés par l'intermédiaire des échanges avec les équipes de direction des différents centres impliqués dans l'étude. L'intervention des responsables projet de l'ARS Ile-de-France a permis par ailleurs de rencontrer le service en charge du développement des collaborations entre hôpitaux et acteurs de ville au sein de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris.

Liste des acteurs de l'écosystème interviewés

| Acteur interviewé | | Département | Origine du contact |
|---|--|----------------|---------------------------------|
| APHP – Service Parcours Patient, organisations médicales innovantes | <ul style="list-style-type: none"> • Responsable du Département Parcours Patient – Organisations médicales innovantes • Chargée de Mission à la direction de la politique médicale | Paris | ARS Ile-de-France |
| Mairie de Saint-Fargeau-Ponthierry | Elue locale : Adjointe au maire, déléguée à la santé, aux Relations Publiques et aux Associations | Seine-et-Marne | CMS de Saint-Fargeau-Ponthierry |
| CCAS de Trappes | Directrice | Yvelines | CMS de Trappes |
| Hôpital privé de l'ouest parisien | Médecin hospitalier | Yvelines | CMS de Trappes |
| Réseau périnatif sud | Médecin gynécologue | Essonne | CMS d'Evry |
| Centre hospitalier Louis-Mourier | Directeur | Hauts-de-Seine | CMS de Gennevilliers |
| Centre hospitalier d'Argenteuil | Médecin hospitalier | Val d'Oise | CMS d'Argenteuil |

3.2. Entretiens avec les acteurs du terrain

Objectifs

- Valider ou infirmer l'influence des différents facteurs prédéfinis
- Qualifier les facteurs et leur influence (intensité, type d'impact)
- Construire des indicateurs permettant d'évaluer ces facteurs

Les entretiens avec les acteurs de terrain ont été **préparés par l'analyse** du fond documentaire existant (**documents publics ou mis à disposition par l'ARS Ile-de-France**), ainsi que des articles et de documentation publique, permettant de comprendre le contexte spécifique de chaque centre de santé impliqué (histoire, mode de gestion, caractéristiques).

Cette **étape d'analyse** a également permis de construire les premières hypothèses concernant les facteurs **impactant la pertinence d'un projet d'implantation d'un centre et les conditions favorables à cette implantation** et de formaliser les **questionnaires et supports d'entretien** (Cf. Annexe 4).

Après une phase introductive visant à comprendre les caractéristiques du centre rencontré, son contexte, son histoire, son activité, sa patientèle, et son écosystème, les entretiens ont été structurés en trois temps, selon les trois questions, suivantes :

1. Comment caractériser la pertinence d'un projet d'implantation d'un centre de santé ?

Dans un premier temps, les acteurs ont été invités à apporter leur vision de l'appréciation de la pertinence d'un projet d'implantation d'un centre de santé :

- *Hypothèse de départ: la pertinence d'un projet d'implantation d'un centre de santé au sein de son territoire repose sur 5 critères : l'utilité, l'attractivité, la viabilité économique, l'intégration au sein de l'écosystème et la visibilité.*
- Comment définir la pertinence d'un projet d'implantation d'un centre de santé (discussion libre sur la notion de pertinence appliquée aux centres de santé) ;

- Hiérarchisation de l'impact de chacun des critères listés sur la pertinence d'un projet de centre (fort, moyen ou faible).

2. Quels sont les facteurs et conditions favorables impactant la pertinence d'un projet d'implantation d'un centre de santé ?

Ensuite, à partir de la définition (propre aux acteurs rencontrés), chaque acteur rencontré a pu identifier les facteurs et les conditions considérées comme favorables à **un projet d'implantation d'un centre de santé** :

- *Hypothèse de départ : 12 facteurs pré-identifiés comme impactant la pertinence d'un projet d'implantation d'un Centre de Santé*
- Discussion et commentaires sur la contribution de chaque facteur à l'appréciation la pertinence d'un projet d'implantation d'un centre de santé ;
- Hiérarchisation de l'impact des facteurs identifiés sur la pertinence d'un projet de centre (note de 1 à 5) par l'interviewé.

3. Quels peuvent être les éléments d'appréciation de ces facteurs et conditions favorables

La dernière étape, à partir des facteurs apparaissant comme prioritaire, a consisté en l'évaluation des signaux ou indicateurs permettant d'apprécier les conditions favorables à l'implantation d'un centre de santé :

- *Hypothèse de départ: pour chaque facteur une liste d'indicateurs a été définie et proposée (Cf. Annexe 2).*
- Pour les facteurs jugés prioritaires, l'opinion des interviewés a été recueillie sur les propositions d'indicateurs et de signaux.

Les entretiens avec les acteurs de l'écosystème se sont organisés différemment. Il s'agissait notamment d'apprécier les relations existantes ou envisagées par l'acteur considéré, d'identifier les motivations et les freins, et de faire émerger des leviers permettant de favoriser cette collaboration.

3.3. Analyse des territoires et mise en perspective

Objectif

- Analyser les territoires d'implantation des centres de santé impliqués afin de mettre en perspective les éléments recueillis au cours des entretiens et les conditions d'exercice des centres

L'analyse des territoires des centres visités s'est appuyée en grande partie sur les données contenues dans l'application **InfraTerritoires** développée par l'Agence régionale de Santé d'Ile-de-France, et sur les éléments recueillis au cours des entretiens avec les centres et sur les bases de données nationales.

Ce chantier a permis de mettre en perspective les éléments transmis par les équipes des centres, leurs opinions sur les conditions favorables d'implantation d'un centre de santé avec les différents éléments de contexte dans lesquels leurs actions se déploient.

3.4. Construction de la grille d'analyse

La grille d'analyse proposée pour évaluer les conditions favorables à l'implantation d'un centre de santé en Ile-de-France a été construite à partir des éléments transmis par les centres de santé, mis en perspective par rapport aux données fournies par l'analyse des territoires et éclairés par la littérature disponible sur les centres de santé.

L'objectif était, d'une part, d'établir une correspondance entre les facteurs (ou conditions) favorables à l'implantation d'un centre de santé et la vision de la pertinence perçue par les porteurs de projet d'implantation. Et d'autre part, d'associer des signaux et indicateurs à chacun des facteurs. Le déroulement des entretiens a mis en exergue un autre élément qui rentre également en compte dans la construction de la grille, il s'agit du caractère temporel associé aux différentes étapes de décisions qui marquent le processus de création d'un centre de santé jusqu'à sa mise en œuvre.

La grille d'analyse, détaillée dans le chapitre 7, est structurée en deux dimensions :

- L'identification de la « vocation » du centre, explicitée dans le chapitre 4, et correspondant aux différentes visions de la pertinence d'un projet d'implantation
- Une dimension temporelle, correspondant aux étapes du processus de création d'un centre de santé.

Ainsi, pour chaque étape du processus et pour chaque « vocation », la grille présente les facteurs (ou conditions favorables d'implantation), ordonnés selon leur niveau d'impact sur la pertinence du projet d'implantation ainsi que les signaux, qui permettent de donner des éléments d'appréciation pour chacun des facteurs visés. Cette grille peut être lue selon deux critères.

Figure 1 : Mode de lecture de la grille d'analyse

| | Etapes | Facteurs | Vocation 1 | Vocation 2 | Vocation 3 |
|---|---------|-------------|------------|------------|------------|
| ↓ | Etape 1 | Facteur 1.1 | SIGNAUX | | |
| | | Facteur 1.2 | | | |
| | ... | | | | |
| | Etape 2 | ... | | | |
| | Etape 3 | ... | | | |

3.5. Limites de l'étude

La majorité des centres impliqués dans cette étude ont été créés il y a plusieurs décennies, pour certains au début du XX^{ème} siècle. **Le contexte n'était alors pas le même, ni les motivations qui pouvaient pousser des gestionnaires à développer un centre de santé.** Pour apprécier les **conditions favorables à l'implantation d'un nouveau centre de santé aujourd'hui, il faut donc interpréter les conclusions de cette étude avec rigueur, à la lumière du contexte et de l'environnement sanitaire et social actuels.**

Pour autant, parmi les centres étudiés, une demi-douzaine a été récemment confrontée à des problématiques proches **de celles d'une ouverture** : réouverture du centre, déménagement, **ouverture d'une annexe**, etc. Ces centres nous apportent un éclairage sur le défi de l'adaptation du centre aux caractéristiques et aux besoins d'un territoire.

Par ailleurs, l'étude reposant sur une analyse empirique fondée sur la perception d'un nombre d'acteurs opérationnels limité - **même enrichi des échanges avec l'écosystème des centres de santé** - il apparaît difficile de garantir la généralisation des résultats à l'ensemble des centres de santé franciliens.

Néanmoins, une attention particulière a été portée sur la définition du périmètre d'étude afin d'assurer la représentativité de différents modes de gestion et d'organisation des centres de santé.

4. L'importance de déterminer la vocation d'un centre de santé

La création d'un centre de santé polyvalent est généralement suscitée par l'identification d'un besoin sanitaire sur un territoire dans un contexte budgétaire souvent tendu. Cette solution, mise en perspective avec le coût qu'elle représente, reste pour beaucoup tributaire de la nature et des objectifs du gestionnaire. Ainsi, le centre de santé ne sera pas organisé de la même manière selon qu'il résulte de la volonté politique d'une commune souhaitant développer l'accès aux soins sur son territoire ; ou d'une association qui entend simplement salarier des professionnels de santé.

Comme le soulignait en préambule d'entretien l'équipe d'un des centres impliqués :

« Un centre de santé a un coût de gestion important, et les centres municipaux sont structurellement déficitaires. Il s'agit, lors de la création d'un centre, de trouver le bon rapport entre le coût (déficit) et l'utilité supposée du centre ».

Ainsi ces deux dimensions (coût et besoin) constituent à *priori* des champs d'investigation prioritaires pour la création d'un centre de santé ; néanmoins, l'instruction d'un projet de création d'un nouveau centre de santé ne peut s'y limiter. Trois éléments invitent à élargir le champ d'analyse :

- **Le centre de santé n'est pas le seul modèle envisageable** : plusieurs options s'offrent à un porteur de projet (exécutif local, associatif, mutualiste, etc.) qui souhaite répondre à une carence sanitaire identifiée sur son territoire : soit il peut favoriser l'installation de professionnels libéraux – isolés ou regroupés – soit il peut créer un centre de santé.
Or, les centres de santé sont des structures particulières qui se distinguent autant par leurs fonctions que par leur mode d'organisation, et la décision d'en créer un relève donc d'un choix que les seuls critères sanitaires et économiques ne sauraient complètement justifier ;
- **Le modèle de centre de santé a démontré sa pertinence** : dans un contexte où se conjuguent une pénurie médicale généralisée, en particulier de secteur 1 et des restrictions budgétaires qui touchent autant les pouvoirs publics que les acteurs privés ou associatifs, les centres de santé représentent un modèle à l'efficacité sanitaire prouvée, mais dont le modèle économique encore fragile fait peser un poids sur la collectivité, dans le cas des CMS², et sur les porteurs de projets dans les autres cas ;
- **Le territoire d'implantation est déterminant** : les facteurs qui influencent la vie d'un centre sont nombreux et interdépendants. Les caractéristiques de leurs territoires d'implantation influencent largement la capacité des centres, d'une part à remplir les missions qui leur sont confiées, et d'autre part à se pérenniser, notamment grâce à l'appui de partenaires de leurs écosystèmes.

Ces trois propositions nous incitent d'une part à réfléchir à la pertinence du choix du modèle de centre de santé, et d'autre part à analyser les conditions d'implantation d'un centre avec un prisme élargi afin que le territoire soit adapté à l'installation d'un centre de santé (étape 1) et que l'offre du centre soit dimensionnée de manière adaptée au territoire d'implantation et aux objectifs poursuivis par le gestionnaire (étape 2).

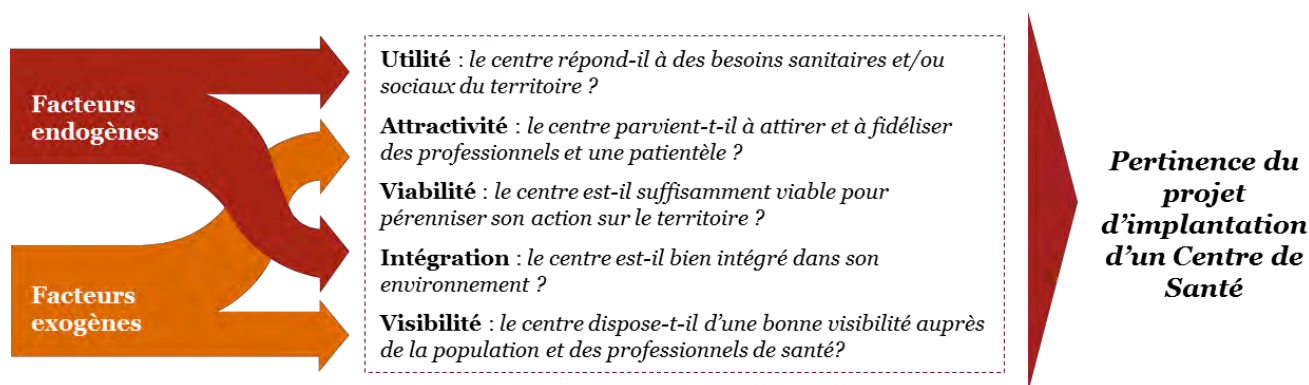
Dans ce cadre, la notion de pertinence d'un projet de centre doit être interprétée comme le résultat d'un juste rapport entre les caractéristiques intrinsèques au modèle des centres de santé, les spécificités du projet du

² CMS : Centres Municipaux de Santé

centre et de son gestionnaire et les caractéristiques de son futur écosystème (besoins sanitaires et structures environnantes en premier lieu).

Dès lors, les conditions **favorables d'implantation** sont autant de facteurs exogènes ou endogènes qui **contribuent à assurer la cohérence d'ensemble d'un** projet de centre et le rendent pertinent. Comme figuré dans le schéma ci-dessous, la première hypothèse consiste à considérer ces facteurs comme influençant les différents critères de pertinence, décrits dans la suite du document.

Figure 2 : la pertinence d'un projet de centre de santé



4.1. Les centres de santé, des structures singulières dans l'offre de soins

Les centres de santé sont **des structures particulières dans l'offre de soins** de ville. Le rôle sanitaire et social qu'ils jouent et leur mode d'organisation les distinguent des autres acteurs. Néanmoins, la diversité des centres rencontrés dans le cadre de l'étude rejoint les constats faits par les inspecteurs de l'IGAS et le professeur Vignerot, missionné par la FEHAP, et interrogent sur la possibilité de parler d'un modèle unique de centre de santé.

UN ROLE A PART

L'article L6323-1 du Code de la Santé publique (CSP) définit les centres de santé comme : « **des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers** ».

L'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé définit un centre de santé comme³ :

« un lieu de soins de proximité où se soignent tous ceux qui le souhaitent. Y exerce une équipe pluriprofessionnelle rassemblant, selon le site, des médecins généralistes, des médecins spécialistes, des dentistes, des infirmiers, des kinésithérapeutes, des diététiciens, des psychothérapeutes et/ou des assistants sociaux.

³ <http://www.lescentresdesante.com/rubrique30.html>

L'objectif des centres de santé est d'être un lieu accessible à tous sur des horaires élargis et de dispenser des soins coordonnés permettant une prise en charge globale de la santé des patients, incluant l'éducation thérapeutique et sanitaire, la prévention, le dépistage et la lutte contre les inégalités sociales de santé » (lescentresdesanté.com)

1. Un rôle double

La première spécificité du rôle d'un centre de santé tient à sa dualité : il revêt à la fois une dimension sanitaire et une dimension sociale. Comme le relève l'IGAS dans son rapport de 2013 : *« ils [les centres de santé] assurent une offre de soins précieuse dans des quartiers à faible densité de professionnels libéraux et répondent aux préoccupations financières d'accès aux soins grâce aux tarifs opposables et à la pratique de la dispense d'avance de frais »*. Cette dualité est pleinement assumée par la plupart des équipes des centres rencontrés ; dans cette veine, un médecin directeur exprimait :

« Un centre de santé, c'est un groupe pluridisciplinaire proche des gens avec un accès en tiers payant ».

Les actions de santé publique (éducation thérapeutique du patient, prévention, vaccination, etc.) sont assurées par les centres, parfois *« sans que leur financement ait été recherché (pour cause de lourdeur de l'exercice) ou sans qu'il couvre l'entièreté de la dépense »* (IGAS 2013). Néanmoins, ces missions font partie intégrante du modèle des centres de santé, et s'inscrivent dans une réflexion globale sur la pratique de la médecine portée par les équipes des centres.

2. Une patientèle fragile ?

Bien que les centres de santé s'adressent à tous, comme cela a été mentionné au cours de plusieurs entretiens, une étude de l'IRDES de décembre 2014⁴ menée sur un échantillon de centres de santé polyvalents a montré que *« les patients recourant à la médecine générale dans les centres de santé de l'échantillon sont socio-économiquement plus défavorisés et déclarent un état de santé plus dégradé que l'ensemble de la population qui recourt à la médecine générale »*.

L'étude IRDES portait certes sur un échantillon non représentatif de l'ensemble des centres de santé ; néanmoins, l'hypothèse selon laquelle les centres polyvalents visent une patientèle fragile semble corroborée par les discours de plusieurs équipes interviewées dans le cadre de l'étude. Cette spécificité de la patientèle des centres de santé peut s'expliquer à priori par deux raisons :

- La pratique de tarifs opposables et la dispense d'avance de frais constituent des leviers d'attraction pour les populations fragiles ;
- L'histoire des centres de santé et leur filiation avec les dispensaires font que, d'une part ils sont souvent localisés à proximité de populations fragiles, et d'autre part leur image auprès de populations moins fragiles reste peu attractive.

Au-delà des considérations financières, la valeur ajoutée du modèle des centres de santé pour les personnes fragiles a été clairement identifiée par les personnes rencontrées. La possibilité de bénéficier de consultations plus longues qu'en libéral pour certains patients et la prise en charge coordonnée, entre autres, maximisent l'utilité de ces structures auprès de populations défavorisées :

« Les centres de santé sont ouverts à tous, mais s'adressent avant tout aux personnes vulnérables »⁵.

⁴ « Etude Epidaure », FNCS / IRDES (2014)

⁵ Selon un médecin directeur d'un centre impliqué dans l'étude

UN MODELE AMBITIEUX MAIS FRAGILE

L'article L6323-1 du Code de la Santé publique (CSP) précise le fonctionnement des centres de santé :

- « Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé ;
- Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique ;
- Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés. »

1. Un fonctionnement axé sur la pluridisciplinarité et la coordination

Le mode de fonctionnement des centres de santé est fondé sur une ambition de pluridisciplinarité et de coordination, et **s'inscrit dans une vision de la santé** propre au contexte des centres que le professeur Vigneron (2014) résume ainsi :

« Le médecin n'est pas isolé. La pluridisciplinarité est nécessaire au plein accomplissement des buts de l'action sanitaire qui est aussi sociale ».

Cette ambition **constitue l'une des** particularités des centres de santé dans la médecine de ville, et se traduit par des choix de fonctionnement qui impactent autant la pratique médicale que la prise en charge du patient :

- Le salariat, la décharge administrative et les actions de coordination rendent, selon les équipes interrogées, la pratique de la médecine plus riche, et constitue un argument important pour recruter de jeunes médecins ;
- La fluidité des parcours, et la possibilité de mener des actions ciblées sur une patientèle spécifique renforcent la qualité de la prise en charge.

Par la spécificité de leur mode de fonctionnement, les équipes des centres de santé se veulent les pionnières **d'une forme de médecine moderne, qui apporte « une réponse réelle aux attentes des patients, des professionnels de santé et aux impératifs de la médecine moderne »** (IGAS 2013).

2. Un modèle économique fragile

Les centres de santé se caractérisent **aujourd'hui** également par **une difficulté à atteindre l'équilibre financier** de manière autonome. De nombreux travaux ont été menés à ce sujet **que l'IGAS résume** :

« La plupart des centres de santé n'équilibrent pas leurs comptes avec les seules ressources de l'assurance maladie et ceux qui y parviennent reconnaissent la fragilité de leur situation. C'est le gestionnaire qui, au final, boucle le budget par une subvention ». (IGAS 2013).

Cette fragilité tient à la fois à la gestion des centres, et à une déficience structurelle de leur modèle économique et financier, au plan microéconomique et au plan macroéconomique (IGAS 2013). **En moyenne, selon l'IGAS, les centres médicaux et polyvalents ont besoin d'un complément de ressources qui représente 14% de leur budget.**

Néanmoins, ces difficultés financières sont à mettre en perspective avec le projet politique que le centre représente. Les centres de santé remplissent bien souvent un rôle de service public, qui peut seul justifier la **création d'un centre de santé municipal, selon un directeur de centre** :

« A moins d'avoir un portage politique, une ville n'a pas les moyens de créer un nouveau centre de santé ».

UN MONDE FRAGMENTE AUTOUR D'UNE AMBITION COMMUNE

Si leur ambition commune est **de favoriser l'accès aux soins pour tous**, les centres de santé forment néanmoins une mosaïque assez riche que le Professeur Vigneron décrit comme suit :

« *La géographie des centres de santé est très liée à l'Histoire, et, concrètement, des histoires particulières à chaque type de centre et à chaque organisme gestionnaire.*

Au cours de ces histoires, et quelles que soient ces histoires, l'implantation des centres de santé n'a eu pour objet que de répondre à des besoins de santé qui n'étaient pas couverts autrement ou de répondre à une demande qui n'était pas ou peu solvable » (Vigneron 2014).

Dans son rapport, 127 centres de santé médicaux et 483 centres de santé polyvalents sont recensés en France en 2014 qui **forment, selon l'IGAS, un « monde fragmenté, méconnu et fragile »** (2013).

A une moindre échelle, les dix-neuf centres de santé **impliqués dans l'étude** présentent, certains traits communs pour certains **d'entre eux, et** des caractéristiques (activité, taille, localisation, gouvernance, culture, règles de gestion) diverses qui sont les résultats de différences dès la création (histoire), dans le mode de gestion (association, municipalités, mutuelles), en matière de besoins **locaux et d'opportunités de développement de partenariats.**

UN MODELE OU DES MODELES DE CENTRES DE SANTE ?

Les centres de santé occupent **une place à part** dans l'offre de santé, qu'ils doivent à des principes, un fonctionnement et un cadre juridique communs qui en font « *une forme particulière d'exercice regroupé de la médecine ambulatoire* » (IGAS 2013).

Néanmoins, la diversité des situations et des profils de centres invite à s'interroger sur la notion de modèle des centres de santé. Les entretiens menés à l'occasion de la présente étude ont permis de dégager des lignes de démarcation entre différents modèles de centres de santé qui, comme présenté dans la suite du document, ont des visions différentes de la pertinence d'un projet d'implantation d'un centre de santé et, partant, des conditions qui lui sont favorables.

4.2. Utilité et intégration, deux critères déterminants dans la réussite du projet

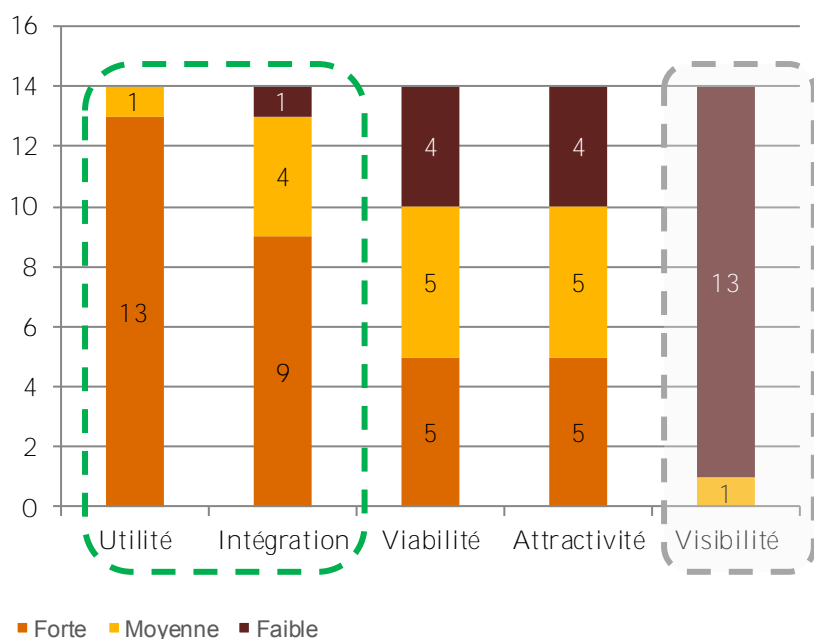
L'analyse bibliographique effectuée en début de mission a permis de poser une première hypothèse concernant la définition de la notion de pertinence : un projet de création de centre est pertinent si les ambitions de celui-ci permettent de garantir que le centre de santé résultant réponde à cinq critères:

- **Utilité** : capacité du centre à répondre aux besoins sanitaires et / ou sociaux identifiés sur le territoire
- **Capacité d'intégration dans un écosystème dynamique** : capacité du centre à nouer des partenariats de tous types avec différents acteurs localisés à proximité, qu'ils appartiennent au monde médico-social ou non
- **Attractivité** : capacité du centre à attirer ou à fidéliser des professionnels de santé et une patientèle
- **Viabilité économique** : capacité du centre à pérenniser son action sur le territoire
- **Visibilité** : capacité du centre à disposer d'une bonne visibilité auprès des patients, des professionnels de santé et d'éventuels partenaires pour communiquer sur ses actions

Malgré des caractéristiques communes liées aux spécificités du modèle de centre de santé, les équipes interrogées ont porté un regard différent sur la définition des critères et leur contribution à définir la pertinence **d'un projet d'implantation d'un centre de santé**. Les résultats des échanges avec les acteurs sur le volet de la pertinence sont détaillés infra

L'analyse des résultats fait néanmoins émerger deux critères prioritaires.

Figure 3 : Appréciation de la contribution des critères à la pertinence d'un projet de centre



Les équipes des centres de santé rencontrées étaient invitées à évaluer la contribution (**forte, moyenne ou faible**) de chacun des cinq critères proposés pour définir la pertinence d'un projet d'implantation d'un centre de santé.

L'utilité, un critère spontanément mis en avant pour définir la pertinence d'un centre de santé : un centre doit répondre à un besoin clairement identifié sur le territoire et s'inscrire en complémentarité de l'offre existante ; il peut aussi avoir un rôle social à jouer. Néanmoins, l'interprétation et le niveau de sophistication pour ce critère varient fortement en fonction du centre :

« Un centre pertinent répond à la demande de soins du territoire de manière quantitative et qualitative. Il participe à la préservation de l'offre de soin sur le territoire et permet de créer des synergies entre les acteurs du territoire »

« Des structures de soin de type centre médical permettent de pallier la fermeture des cabinets libéraux »

« Un centre pertinent doit compléter l'offre de soins existante de secteur 1, et répondre aux besoins de la population. Il faut également s'intéresser au niveau socio-économique de la population »

« Un projet pertinent est viable, prend en compte l'offre environnante, et correspond à un besoin de la population »

Le second critère mis en avant par les équipes des centres est celui de la **capacité d'intégration dans un écosystème dynamique** : un centre a un rôle de coordinateur des soins de premier niveau ; il est l'un des

animateurs du parcours de soin du patient, ce qui implique une volonté prononcée d'intégration et est favorisé par une implantation sur un territoire propice aux partenariats.

« L'intégration à l'écosystème est une condition sine qua non, un centre ne peut faire sans ses partenaires »

Deux critères font débat. En effet, certains interviewés considèrent qu'il serait impensable de créer un centre auquel manquerait un horizon de **viabilité économique**, quand d'autres mettent en avant l'impossibilité structurelle pour les centres, notamment municipaux, d'atteindre par eux-mêmes l'équilibre financier pour rejeter ce critère.

« On peut pallier la non-viabilité économique par un choix politique. L'important c'est que la gestion soit rationnelle »

« Il est normal que certaines structures ne soient pas viables, mais il faut le dire, et assumer que les déficits soient pris en charge par la collectivité »

« Le premier objectif c'est d'être à l'équilibre »

En ce qui concerne **l'attractivité**, certains centres considèrent ce critère comme une donnée essentielle du centre, tant pour les patients que pour les professionnels de santé, tandis que d'autres font part de leur difficulté à recruter certains spécialistes pour justifier l'importance accordée à ce critère.

Un consensus apparaît sur la **visibilité**, qui n'est pas considérée comme un critère de pertinence par les équipes des centres de santé. En effet, il s'agit davantage d'un moyen qui permettra d'assurer au centre une capacité à pérenniser son action sur le territoire.

« La visibilité est un faux débat dans une situation de pénurie des soins de secteur 1 »

L'exclusion du critère « visibilité » doit néanmoins être modérée par deux arguments :

- Certaines équipes concèdent qu'un centre en création peut avoir besoins de relais de communication à son lancement, notamment pour attirer des professionnels de santé ;
- A plus long terme, le manque de visibilité peut représenter un handicap important pour des centres de santé.

4.3. Des critères perçus différemment par les acteurs

4.3.1. Des interprétations divergentes

La hiérarchisation des critères masque néanmoins des différences d'interprétation pour chacun des critères ; celles-ci sont liées à des contextes, des histoires et des choix qui varient selon les centres.

UNE VISION GLOBALEMENT CONSENSUELLE DE L'UTILITE

Si l'ensemble des centres s'accorde pour considérer l'utilité comme le critère premier de pertinence d'un projet d'implantation d'un centre de santé, le niveau de l'interprétation donnée à ce critère varie.

La plupart des équipes considèrent qu'un centre doit avant tout répondre à une pénurie médicale, quelle que soit la patientèle visée. Cette pénurie médicale, particulièrement de secteur 1, doit être analysée de manière dynamique. L'implantation de nouveaux centres devrait donc se concentrer sur les endroits où la désertification médicale est en cours.

« L'important c'est la pénurie [...] il faut pallier la disparition à court terme de l'offre médicale de secteur 1 sur le territoire »

Certaines équipes pensent que les centres de santé s'adressent davantage à une population défavorisée ou vulnérable. A cet égard, la définition retenue pour désigner une population vulnérable est clé. Plusieurs équipes en revanche se refusent à cibler une catégorie de population, arguant du fait que la pénurie médicale est généralisée.

« Le centre s'adresse à une population de proximité, en particulier des CMU/AME, et propose une prise en charge plus attentive du patient »

Enfin, quelques personnes interrogées mettent en avant le rôle que peut jouer un centre de santé dans le repeuplement médical d'un territoire en déshérence. En s'implantant, le centre drainerait de la demande et attirerait mécaniquement des médecins libéraux.

« Il faut regarder l'équipement et la démographie médicale environnante du centre de santé. Le centre peut apporter des médecins et faire un appel d'air ».

LA CAPACITE D'INTEGRATION, ADN OU CONDITION DE SURVIE DU CENTRE ?

La capacité d'intégration du centre dans son écosystème est un critère légèrement moins consensuel que l'utilité. Alors que la majorité des interviewés le désigne comme un élément constitutif de l'ADN d'un centre de santé, correspondant à sa mission de coordination des parcours de soins, d'autres estiment simplement qu'un centre de santé ne dispose pas des moyens de pérenniser son action sans s'appuyer sur des partenaires issus de son écosystème. Deux visions se distinguent donc sans s'opposer : la première correspond à la recherche de partenaires dans une optique d'amélioration du service rendu, alors que la deuxième met davantage l'accent sur la viabilisation du centre.

« Un centre de santé n'a pas besoin d'être intégré à l'écosystème pour fonctionner, mais cela correspond à un modèle de santé, qui impacte la qualité du service rendu »

Dans les deux cas, les équipes interrogées jugent nécessaire que le projet du centre identifie au préalable les partenaires sur lesquels il pourra s'appuyer, sans que cela constitue une condition sine qua non.

« Il est intéressant de regarder quelles sont les forces mobilisables sur le terrain, s'il existe un fort tissu associatif sur lequel le centre pourra s'appuyer »

« Dans la définition du projet, le CDS doit avoir pour projet de trouver des modalités opératoires pérennes de travail avec les structures existantes »

Ce dernier principe doit cependant être modéré par le fait qu'un centre de santé garderait toute sa pertinence dans un désert médical, en assurant un rôle primaire d'amélioration de l'accès aux soins.

D'autre part, d'un point de vue hospitalier, la possibilité de mettre en place des partenariats avec des centres de santé représente une opportunité non négligeable à plusieurs niveaux :

- Au niveau financier d'abord, le partenariat permet à l'hôpital d'augmenter le volume de patients en recrutant dans le centre de santé ; par ailleurs, les consultations, moins rémunératrices, peuvent être réalisées au centre de santé dans le cadre de la mise en place de consultations avancées ;
- Au niveau du parcours de soin, le partenariat permet de mieux organiser les parcours des patients et de désengorger les urgences de l'hôpital ;

- En matière de santé publique enfin, la mise en place de partenariats autour de thématiques ciblées permet de « travailler en santé publique » **selon les mots d'un directeur de centre. C'est par la mise en place d'un réseau** autour du patient que certaines pathologies (diabète, obésité, autres ALD) et populations peuvent être prises en charge.

DES VISIONS DIVERGENTES DE L'ATTRACTIVITE SELON LES CENTRES

La capacité à attirer et à fidéliser des patients ne semble pas dans l'ensemble constituer une préoccupation pour les équipes des centres de santé, à partir du moment où le centre est situé dans une zone déficitaire en soins.

Cependant, deux visions se distinguent **en ce qui concerne l'attractivité** pour les professionnels de santé.

Un centre de santé apparaît comme un modèle fortement attractif, notamment pour les jeunes professionnels. Le travail en équipe, le salariat, la flexibilité des horaires et la décharge administrative permettant de se **concentrer sur la pratique médicale sont autant d'avantages** intrinsèques au modèle de centre de santé et qui rendent l'attractivité secondaire.

« Fidéliser la patientèle n'est pas un souci. Le besoin en santé n'est pas compliqué. Il est plus difficile de fidéliser des professionnels. »

« Le modèle de centre est naturellement attractif pour les professionnels, en raison du salariat, de la qualité du travail en équipe, etc. »

« Pour les praticiens, le centre de santé est financièrement plus intéressant que le libéral. Beaucoup de médecins du centre ont une culture de la santé publique. »

D'un autre côté, l'observation des difficultés que présentent certains centres à attirer des professionnels et notamment des spécialistes (pour lesquels les rémunérations proposées en centre de santé sont plus faibles qu'en secteur libéral) et la nécessité pour certains de mettre en place des actions spécifiques modèrent l'attractivité du modèle de centre de santé.

Ces difficultés s'expliquent en partie par un déficit généralisé, ressenti également en libéral, sur certaines spécialités.

DES VISIONS DIVERGENTES DE LA VIABILITE ECONOMIQUE SELON LES CENTRES

Enfin, la notion de viabilité économique divise fortement les centres de santé, à la fois en matière d'interprétation et d'appréciation de la contribution de la viabilité économique à la pertinence d'un projet d'implantation d'un centre.

Cette opposition traduit en grande partie des vocations différentes à l'origine des projets de centres et une séparation entre des centres soutenus financièrement et des centres autonomes.

« La viabilité économique est contradictoire avec les besoins de la population et la démographie médicale, car les quartiers populaires ont besoin de médecins généraux, qui sont très déficitaires »

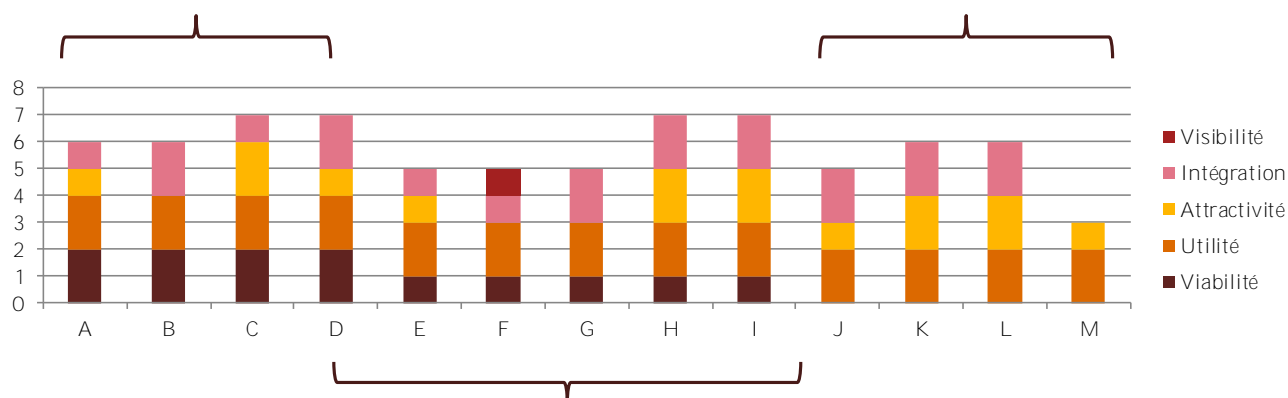
« Si la viabilité économique est une condition d'ouverture, c'est plus un projet de centre de santé »

4.3.2. Des écarts d'appréciation qui s'expliquent également par des différences dès l'origine du projet

Le graphique ci-dessous représente la synthèse de l'appréciation des différents critères par les équipes de centre. L'observation de ces résultats permet de classer les réponses en trois grandes catégories :

- Des centres visant l'équilibre financier, et qui placent la viabilité économique comme une composante incontournable de l'appréciation de la pertinence (réponses de gauche sur le graphique) : le critère viabilité économique est aussi important que le critère utilité ;
- Des centres conscients du fait que la vocation de santé publique d'un centre de santé n'est pas contradictoire avec la recherche d'une meilleure gestion et qui identifient la viabilité économique comme un critère à prendre en considération mais de manière moindre (réponses du centre sur le graphique) ;
- Des centres qui ne perçoivent pas la viabilité économique comme un critère de la pertinence du projet et pour qui l'offre de soins proposée est prioritaire. La différence entre les recettes générées par le centre et ses coûts de fonctionnement doit ici être comprise comme un investissement du gestionnaire qui souhaite développer un accès aux soins sur son territoire.

Figure 4 : des rapports différents à la viabilité économique selon les centres



Des **centres soutenus financièrement** majoritairement conscients du *Pour chaque centre, le graphique représente l'appréciation des différents critères par le centre, sur une échelle de 0 à 2 (faible = 0, fort = 2).*

DES CENTRES QUI VISENT L'AUTONOMIE FINANCIERE

Les réponses placées à gauche sur le graphique, intégrant la viabilité économique comme un critère important, correspondent à la vision de centres mutualistes ou associatifs **impliqués dans l'étude** qui ont comme objectif **l'atteinte d'une situation d'autofinancement** (dépenses d'investissement comprises), nécessaire à leur maintien. Cet autofinancement leur confère une autonomie de gestion, leur assure une plus grande pérennité, et correspond à une condition indispensable pour les organismes gestionnaires.

Il est intéressant de noter à ce titre un élément historique qui a fortement orienté le positionnement des centres **mutualistes vers un objectif d'autofinancement**. A l'origine, les centres de santé mutualistes bénéficiaient d'un soutien financier de la part des mutuelles gestionnaires et adaptaient donc leur gestion financière interne en conséquence. Au début des années 2000, afin de se soumettre aux directives européennes d'assurance, le mouvement mutualiste a adopté un nouveau code de la mutualité (adopté le 19 avril 2001) composé de 6 livres.

Ce découpage visait notamment à séparer les activités d'assurance (Livre II) des activités à caractère sanitaire ou social (Livre III) et a rendu impossible tout équilibre des comptes entre les activités dites « sociales » des mutuelles et les cotisations des assurés, qui dépendent des cotisations d'assurance.

L'adoption de ce nouveau code a poussé les centres de santé mutualistes à revoir leur mode de gestion interne (comme la généralisation du paiement incitatif au pourcentage des actes réalisés), non sans difficultés vis-à-vis des syndicats de professionnels de santé. Cette évolution a eu pour conséquence une vraie transformation de philosophie qui se traduit dans une gestion interne très proche d'une gestion entrepreneuriale sans volonté de profit.

DES CENTRES QUI BENEFICIENT D'UN SOUTIEN FINANCIER

Les réponses centrales et à gauche du graphique représentent la vision des centres municipaux ou associatifs, impliqués dans l'étude, qui considèrent que la pertinence d'un projet d'implantation d'un nouveau centre de santé relève d'un rapport coût/bénéfice avec une mise en perspective de plusieurs options. Ainsi, l'équipe d'un centre municipal visité exprimait sa position en des termes univoques :

« La viabilité économique est un élément fondamental dans l'idée de créer un CMS, car si le projet n'est pas viable, la mairie va chercher des solutions alternatives (location de locaux à bas prix, etc.) »

Le rapport coût/bénéfice introduit la notion d'efficacité et d'optimisation de la gestion, sur lesquels plusieurs travaux récents ont porté (Referis 2012, COACTIS). Pour ces centres, non seulement il n'existe pas d'incompatibilité entre efforts de gestion et qualité du service, mais leur attachement à une gestion saine est encore renforcée par le fait que ces centres sont, pour la plupart, financés par l'argent public.

L'expression d'un sentiment de crainte de voir le débat sur la viabilité économique occulter la valeur réelle, sanitaire et sociale créée par les centres de santé, s'observe dans les réponses à droite du graphique. Un centre de santé reste avant tout un projet médical et politique, fondé sur des valeurs. Ainsi, ces centres ne voient pas la différence entre les recettes issues de l'assurance maladie et les charges du centre comme un déficit, mais plutôt comme le reflet d'un service supplémentaire financé par la commune à destination des habitants.

Dans ces cas, la viabilité économique ne peut être considérée un critère discriminant pour l'implantation d'un centre de santé.

4.4. L'émergence de trois vocations distinctes

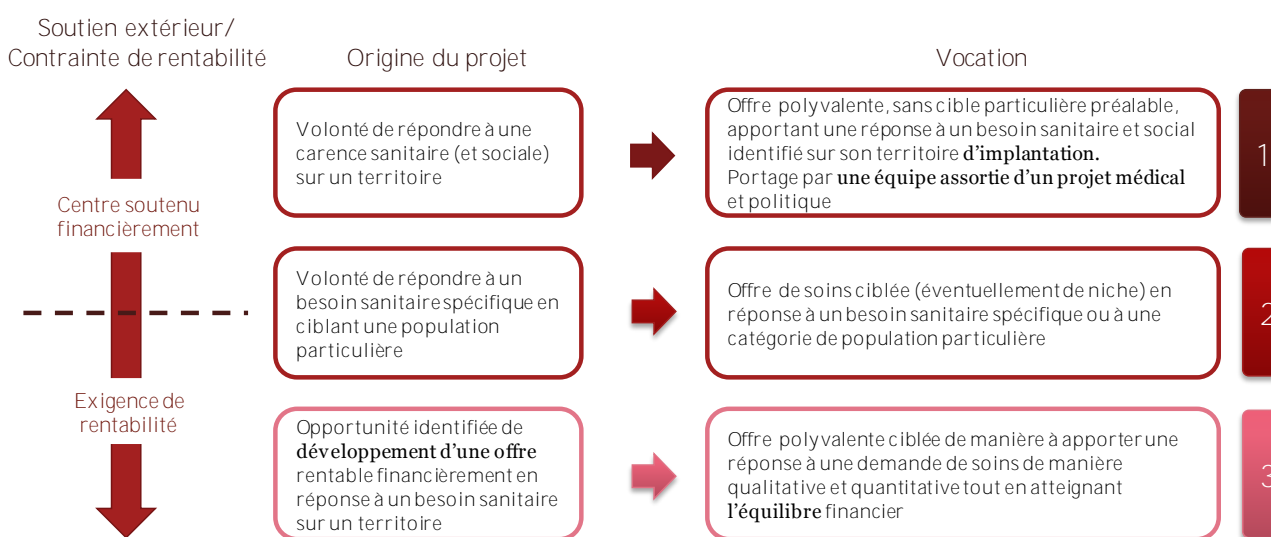
Les discours portés par les équipes des centres de santé visités dans le cadre de l'étude dessinent des visions assez différentes de la pertinence d'un projet d'implantation d'un nouveau centre. Si la fracture la plus nette apparaît au niveau de l'appréciation de la viabilité économique c'est, avant tout, parce que ces centres n'ont pas le même rapport à la problématique financière. Certains sont en effet soumis à une exigence d'autonomie financière stricte, tandis que d'autres sont soutenus financièrement et tenus à un « déficit raisonnable » ou financés par la municipalité pour réaliser des actions de prévention ou de soins qui ne seraient pas financées par les ressources propres du centre.

Le croisement des éléments de réponse obtenus avec les données tangibles caractérisant le contexte de chaque centre relevées dans le cadre de l'analyse des territoires, permet de constater que les différences de vision sont liées à des vocations qui varient selon les centres.

Ces vocations, identifiable dès l'origine du projet d'implantation, sont en outre fortement dépendantes du niveau de contrainte financière pesant sur le centre. En tenant compte des limites évoquées en début de document et donc sans présager d'une généralisation à l'ensemble des centres de santé français, trois vocations apparaissent à l'analyse des éléments recueillis, portant néanmoins des ambitions communes d'amélioration de l'accès aux soins et mettant en avant l'importance de disposer d'un « projet médical » solide.

La vocation d'un projet de centre est une donnée clé dans la compréhension et dans l'appréciation de la pertinence du projet ; elle induit des changements profonds en matière de gestion et de fonctionnement.

Figure 5 : trois vocations distinctes en fonction de l'origine du projet de centre



VOCATION N°1 : DES CENTRES POLYVALENTS DE PROXIMITE

« Le centre de santé est un modèle de proximité »

La première vocation identifiée correspond à des centres qui cherchent à répondre à une carence de l'offre de secteur 1 de proximité, notamment en médecine générale mais également en médecine de spécialité, voire dans le domaine paramédical, identifiée sur le territoire d'implantation. La dimension sociale est également fortement présente, le centre de santé étant considéré comme un instrument au service d'une plus grande démocratie sanitaire dans les territoires. Le centre est alors implanté à proximité immédiate de sa patientèle, et peut orienter ses actions vers des populations fragiles.

Les centres répondant à cette vocation sont généralement le fruit d'une volonté politique, portée par l'exécutif local ou éventuellement par des associations, et sont soutenus financièrement. La plupart du temps, le but recherché n'étant pas d'atteindre l'équilibre économique, soit le gestionnaire tolère une marge de déficit, comblé par une subvention annuelle, soit il s'agit d'un choix délibéré que de proposer – au travers du centre de santé – une offre allant au-delà de ce que peuvent financer les consultations, au motif qu'ils représentent un service public et remplissent une fonction qu'aucune autre structure ne pourrait remplir. Cette surcharge de travail – non autofinancée – est donc financée par le gestionnaire, parfois dans une proportion significative de l'activité totale du centre de santé.

« La pertinence d'un centre est fondée sur des valeurs : il faut un projet politique croisé à un projet professionnel, avec le sens du service public »

A titre d'exemple, les centres implantés dans les banlieues historiquement ouvrières de la région parisienne, dont les pouvoirs publics locaux ont toujours considéré l'accès aux soins comme un moteur d'intégration sociale, répondent à une vocation de « centres polyvalents de proximité », avec un fort tropisme social.

Les équipes de direction de ces centres affirment leur attachement à une culture de la santé publique, et à des valeurs fortes qui surdéterminent les activités et le fonctionnement du centre. Ainsi, l'équipe d'un centre polyvalent de proximité visité affirmait :

« Un centre qui ne soigne pas les enfants, qui ne fait pas de soins infirmiers et pas de kiné : ce n'est pas un centre de santé »

Cette vocation appelle néanmoins deux remarques :

- Dans un contexte de pression accrue sur les budgets, l'avenir des centres de santé de proximité reste incertain comme le soulignait le rapport de l'IGAS (2013) : *« pour des raisons propres à chaque type de gestionnaire, la raréfaction des financements extérieurs – réductions des subventions dans le secteur associatif, normes prudentielles dans l'assurance complémentaire, limite de la pression fiscale dans les communes – ne permet plus de croire à la pérennité de cette manière de sortir de l'impasse »* ; d'autant plus que la santé ne correspond pas à une compétence obligatoire des collectivités territoriales. La création ou le maintien d'un centre de santé de proximité sur un territoire est donc, dans la plupart des cas, dépendant de l'arbitraire des élus locaux ;

« A moins d'avoir un portage politique, il n'y a pas les moyens économiques pour une ville d'avoir de nouveaux centres de santé »

« C'est un fil conducteur de la municipalité depuis toujours (PCF et Front de Gauche) qui a toujours considéré l'accès aux soins comme un moteur de l'intégration sociale »

- La notion de proximité résiste finalement assez mal à l'épreuve des faits ; la contraction de l'offre médicale de secteur 1, et la désertification sanitaire sur certains territoires poussent des populations à fréquenter des centres de communes, voire de départements différents des leurs. Cette situation engendre des complications que plusieurs centres ont relevées, certains ne parvenant plus à répondre à la demande sanitaire de la population de leur commune d'appartenance, qui finance pourtant le centre par ses impôts.

« Le fait que des personnes d'autres agglomérations viennent se faire soigner à [...] pose un gros problème »

VOCATION N°2 : DES CENTRES POLYVALENTS DEVELOPPANT UNE EXPERTISE FORTE

La deuxième vocation observée correspond à des centres polyvalents dont le souhait à l'origine est de développer une expertise en réponse à un besoin particulier identifié, lié à une pathologie ou à une population spécifique. Ces centres utilisent leur expertise comme un levier de développement, tout en conservant une offre médicale et paramédicale diversifiée et en restant ouverts à tous. Deux centres répondant à cette vocation ont été visités dans le cadre de l'étude, le premier possédant une expertise médicale reconnue, le second s'appuyant sur sa proximité avec une demande aux caractéristiques particulières :

- A l'origine dispensaire vénérien, l'Institut Alfred Fournier a conservé une expertise forte sur les infections sexuellement transmissibles, et possède un rayonnement qui dépasse de loin les frontières de son arrondissement. Cette expertise lui permet aujourd'hui de disposer d'une bonne visibilité auprès de la population, et de recruter des patients pour ses activités hors IST. Le centre propose de nombreuses spécialités médicales et des soins infirmiers, et assure des missions de santé publique ;

« L'institut de l'avenue saint Jacques, qui date de 1923, était au départ un dispensaire antivénérien. L'institut garde un côté spécialisé en IST, ce n'est pas un centre de santé classique »

- Bien qu'ouvert à tous comme n'importe quel centre de santé, le Centre médical et dentaire des Halles, à Chevilly-Larue reste fortement lié au **marché de Rungis qu'il jouxte, et qui fût à l'origine de sa création**. Les horaires du centre sont adaptés à la population qui y travaille (ouverture à sept heures du matin), et le centre a développé une expertise en traumatologie et autour des accidents du travail.

« Le centre est très lié au marché des halles, qui paye 90% des subventions »

« Le centre réserve des créneaux pour les accidents du travail. Le centre a aussi adapté ses horaires par rapport à l'activité du marché de Rungis (ouverture à 7h) »

Le mode de gestion associatif semble se prêter particulièrement à la vocation des centres polyvalents développant une expertise forte. En effet, **l'identification d'un besoin spécifique (élément motivant la création d'un tel centre) est facilitée** par une expertise préalable (association de médecins spécialistes) ou par un intérêt potentiel (association de patients ou de travailleurs). **Si l'étude n'a permis d'identifier** que des centres de santé associatifs répondant à cette vocation il ne faut cependant pas en déduire que cette vocation leur est réservée. Il **serait parfaitement envisageable, par exemple, qu'une municipalité fortement touchée par une ALD (ex. le diabète), et présentant une forte pénurie médicale par ailleurs, décide d'ouvrir un centre de santé avec une expertise sur l'ALD en question**. En plus d'assurer les missions attendues d'un centre de santé *classique*, ces centres sont investis d'une mission supplémentaire, un devoir que leur confère leur expertise, et qui justifie des subventions.

VOCATION N°3 : DES CENTRES POLYVALENTS VISANT L'EQUILIBRE FINANCIER

La troisième vocation répond à l'opportunité d'apporter une solution à une carence sanitaire observée sur un territoire tout en maintenant un équilibre financier nécessaire à la pérennité de la structure. Pour ces centres non-soutenus financièrement, la dimension sociale apparaît en deuxième plan, **dans la mesure où l'équipe du centre va d'abord rechercher à atteindre un double équilibre pour assurer sa viabilité économique :**

- Le bon mix entre des activités peu rémunératrices ou déficitaires (médecine générale, soins paramédicaux), et **des activités dont les excédents permettront d'équilibrer le compte de résultat (imagerie, dentaire, etc.)**. Cette problématique a constitué le cœur des travaux menés par la société COACTIS pour la Mutualité Française ;

« Il faut assurer un mix d'activités pertinentes médicalement et économiquement »

« Il est impossible de faire des soins infirmiers, des kinés, etc. dans un centre »

- La possibilité de recruter **une population consommatrice d'actes plus rémunérateurs, en plus de sa patientèle spontanée**.

« On souhaite aussi viser une patientèle à plus hauts revenus »

Cette double recherche d'équilibre porte des implications importantes en matière de zone d'implantation, d'activités, de choix de gestion et de culture. En particulier, le mode de rémunération des professionnels (en pourcentage de l'activité réalisée par le praticien) est une marque forte des centres visant l'équilibre financier.

« Ce type d'organisation est pertinent à condition d'être économiquement viable et articulé avec un établissement hospitalier »

TROIS VOCATIONS EGALEMENT PERTINENTES

Chaque vocation correspond à une appréciation singulière de la pertinence **d'un projet de centre** et influence fortement le mode de gestion et le fonctionnement du centre. A la question « quand est-il **pertinent d'implanter** un centre de santé ? », **on peut d'ores et déjà apporter des pistes de réflexion, à défaut de fournir une réponse définitive** :

- Tous les centres sont, dans une certaine mesure, pertinents, à partir du moment où ils répondent à une carence sanitaire, en particulier de secteur 1, identifiée sur le territoire ;
- La pertinence est une notion sensible au contexte, qui ne peut être totalement objectivée ; elle est tributaire, **d'une part des objectifs initiaux et de la vocation donnée au centre de santé, et d'autre part des conditions d'implantation** ;
- A ce titre, l'appréciation de la pertinence d'un projet de centre de santé s'inscrit dans une démarche empirique et ne saurait relever d'un exercice prédictif.

5. L'identification de 12 facteurs d'influence variable

Après avoir fait le constat de visions variées de la pertinence, correspondant à des vocations différentes pour les centres visités, l'étude s'est attachée à comprendre les facteurs qui impactent les différents critères de pertinence précédemment évoqués, afin de construire une démarche pour apprécier les conditions d'implantation d'un nouveau centre de santé.

Un double constat apparaît : d'une part les facteurs pressentis sont de natures différentes et leur niveau d'impact sur la pertinence et leur importance est fortement variable ; C'est sur la base de ce constat que la démarche d'appréciation des conditions d'implantation d'un centre de santé a été fondée.

5.1. Douze facteurs déterminant dans l'orientation d'un projet

Si un projet de centre de santé trouve en général à son origine une opportunité identifiée sur le territoire de répondre à un besoin de soins, plusieurs facteurs peuvent influencer le processus de décision dans le cadre de l'implantation d'un nouveau centre de santé. Chacun de ces facteurs appelle un questionnement dont la réponse permet d'enrichir l'appréciation de la pertinence du projet.

DOUZE FACTEURS PRESENTIS QUI IMPACTENT DIFFEREMMENT LA PERTINENCE

De manière assez implicite les facteurs pressentis n'impactent pas le même aspect de la pertinence. A titre d'exemple, c'est notamment en fonction de l'état de l'offre médicale environnante que l'on va pouvoir déterminer l'utilité future du centre (réponse à une pénurie), mais également sa viabilité économique (possibilité de s'appuyer sur des partenariats avec d'autres structures) et sa capacité à s'intégrer dans un écosystème dynamique (identification de partenaires hospitaliers par exemple). L'état de l'offre médicale environnante, en particulier de secteur 1, constitue donc un facteur de pertinence à partir duquel on va apprécier ces trois critères.

Le tableau ci-dessous présente les douze critères pressentis et proposés aux acteurs rencontrés tels qu'ils ont été présentés à ces derniers.

| Facteur | Questionnement associé | Critère(s) impacté(s) | | | | |
|--|--|-----------------------|-------------|--------------|----------------------|------------|
| | | Utilité | Intégration | Attractivité | Viabilité économique | Visibilité |
| Etat de l'offre médicale environnante | L'offre médicale environnante est-elle insuffisante, à risque ou peu accessible pour une population défavorisée, justifiant la création d'un centre de santé ? | X | X | | X | |
| Importance des besoins sanitaires de la population | La population ciblée présente-t-elle des caractéristiques et des besoins sanitaires auxquels un centre de santé pourrait apporter une réponse adaptée, au regard des spécificités de ce modèle ? | X | | | X | |
| Missions de santé | Les missions de santé publique sont-elles | X | X | X | | X |

| Facteur | Questionnement associé | Critère(s) impacté(s) | | | | |
|---|--|-----------------------|-------------|--------------|----------------------|------------|
| | | Utilité | Intégration | Attractivité | Viabilité économique | Visibilité |
| publique réalisées sur le territoire | assurées de manière dynamique par les acteurs en place (prévention, éducation thérapeutique du patient, vaccinations, etc.) ? | | | | | |
| Possibilité d'intégration dans l'écosystème sanitaire et social | En s'implantant sur ce territoire, le centre de santé pourrait-il s'insérer dans un écosystème dynamique et s'appuyer sur un travail en réseau avec les acteurs en place ? | X | X | X | X | X |
| Cohérence entre l'offre proposée et les besoins du territoire | L'offre médicale proposée répond-elle aux spécificités de la population et du territoire ciblés ? | X | | X | X | |
| Crédibilité des porteurs de projet | La légitimité et la crédibilité des porteurs du projet seront-elles suffisantes pour nouer des partenariats avec d'autres acteurs ? | | X | X | | |
| Soutien politique au projet d'implantation | Les élus locaux joueront-ils un rôle de facilitateur du projet ? | | X | | X | X |
| Accessibilité des locaux | Le centre est-il suffisamment accessible pour une population défavorisée se déplaçant en transports ? | X | | X | | X |
| Opportunité de l'emplacement | L'emplacement choisi pour le centre permettra-t-il d'attirer des professionnels de santé et des patients ? | X | X | X | | X |
| Attractivité des conditions d'exercice | Les conditions d'exercice proposées par le centre permettront-elles d'attirer des professionnels de santé ? | | | X | X | |
| Qualité de l'accueil | Le centre se donne-t-il un vrai projet d'accueil qui permette de faciliter le parcours des patients et la gestion interne ? | | | X | | |
| Modernité de la structure | La structure (locaux, équipements, systèmes d'information) sera-t-elle suffisamment moderne pour attirer et fidéliser des professionnels de santé et des patients ? | | | X | | |

DES FACTEURS QUI IMPACTENT LA PRISE DE DECISION A DIFFERENTS NIVEAUX

Le premier constat qui émerge des échanges au cours des entretiens porte sur la nature des facteurs présentés. En effet, il apparaît que ceux-ci impactent la prise de décision à différents niveaux, ce qui rend la comparaison finalement plus complexe et rajoute une dimension temporelle.

« Les facteurs ne sont pas au même niveau. [...] Il faut distinguer : le concept, le projet et la mise en œuvre »

Le **premier niveau concerne la décision primaire de création du centre** et constitue la première étape. Cette première étape est soumise à l'observation de trois facteurs parmi les douze qui semblent déterminer fortement le besoin de créer ou non un centre de santé :

- L'état de l'offre médicale environnante, en particulier de secteur 1 ;
- L'importance des besoins sanitaires de la population ;
- Les missions de santé publique assurées sur le territoire.

« *[Sur certains territoires], il y a des professionnels de santé qui sont de bons techniciens, mais qui n'ont pas de volonté d'action de santé publique, pas d'envie de travailler ensemble ; ce manque de dynamique et de coordination des acteurs pourrait justifier la mise en place d'un centre de santé* »

Ensuite, si la décision est prise de créer un centre de santé, le **second niveau concerne la définition du concept du centre**. Il s'agit de déterminer un modèle de centre et les six facteurs suivants impactent ce niveau de décision :

- La possibilité et la volonté d'intégration dans un écosystème dynamique ;
- La cohérence entre l'offre proposée et les besoins du territoire ;
- La crédibilité des porteurs de projet ;
- Le soutien politique au projet d'implantation ;
- L'accessibilité des locaux ;
- L'opportunité de l'emplacement.

Dans un troisième temps, le **dernier niveau concerne les choix relatifs à la mise en œuvre opérationnelle**. Une fois le concept global du centre déterminé, le porteur de projet doit effectuer des choix de gestion. Trois facteurs, parmi les douze identifiés correspondent à ce niveau de décision :

- L'attractivité des conditions d'exercice ;
- La qualité de l'accueil ;
- La modernité de la structure.

« *[La modernité de la structure], on y réfléchit une fois que le centre est sorti de terre. C'est opérationnel, mais c'est quand même important* »

Cette classification appelle deux remarques :

- On peut noter qu'outre la qualité de l'accueil et la modernité de la structure, aucun des facteurs proposés n'impacte un unique critère. L'interdépendance des facteurs, et la dimension multifactorielle de chacun des critères empêchent de construire un modèle prédictif d'analyse de la pertinence d'un projet de centre de santé ;
- Par ailleurs, le profil d'impact de chaque facteur semble fortement lié à son niveau d'impact dans le processus de prise de décision ; on s'aperçoit par exemple que tous les facteurs influençant la décision de création du centre impactent l'utilité, mais dans une moindre mesure l'attractivité. A l'inverse, les facteurs influençant les choix de gestion ont un impact restreint sur l'utilité du centre, mais fort sur l'attractivité.

5.2. Un niveau d'impact variable

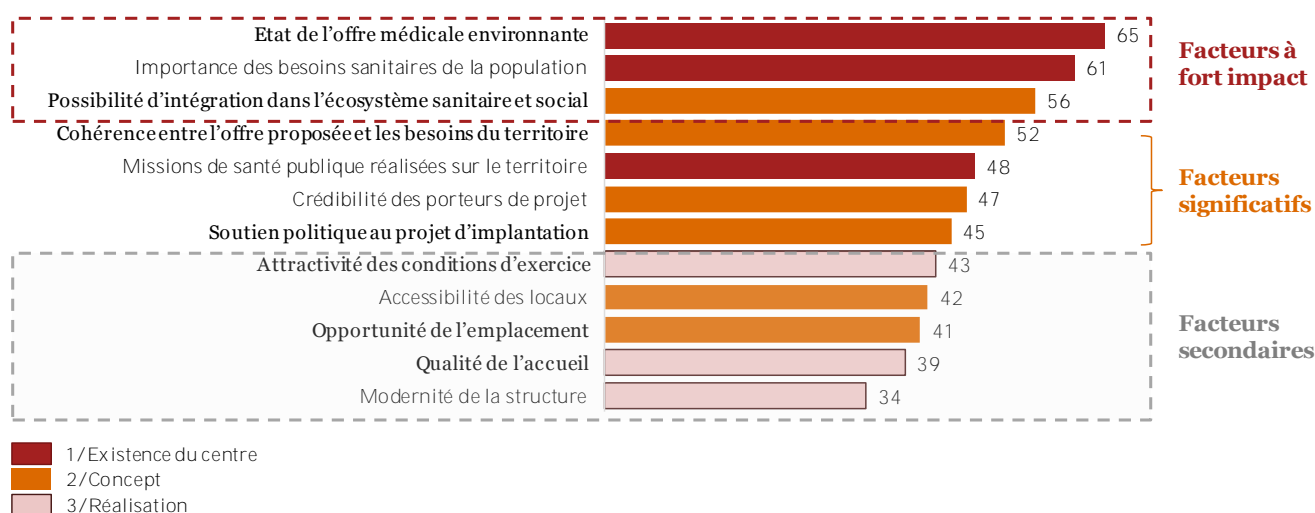
Si plusieurs équipes rencontrées ont rapporté que l'ensemble des facteurs identifiés joue un rôle important pour l'appréciation de la pertinence d'un projet de centre, l'importance de leur impact varie néanmoins.

L'analyse des résultats d'entretiens a permis d'identifier trois facteurs à fort impact, dont deux qui correspondent à des conditions indispensables pour l'implantation d'un centre de santé :

- Des besoins importants identifiés sur le territoire, éventuellement assortis d'une fragilité économique (indispensable) ;
- Une carence médicale ciblée ou généralisée, en particulier de secteur 1 (indispensable) ;
- Une possibilité d'intégration dans un écosystème sanitaire et social (fort impact).

Il est intéressant de noter à ce stade une coïncidence globale entre le niveau de décision impacté et la force d'impact du facteur sur la pertinence. Comme figuré dans le graphique ci-dessous, les facteurs impactant le niveau de décision primaire de la création du centre apparaissent en priorité et ceux impactant la mise en œuvre opérationnelle du projet, de manière générale, sont considérés comme secondaires.

Figure 6 : évaluation de l'impact des facteurs identifiés sur la pertinence d'un projet de centre



Les centres ont été invités à donner une note entre 1 et 5, correspondant à leur appréciation de l'impact de chaque facteur sur la pertinence du projet de centre (5 correspondant à une importance forte).

Quelques exemples de citations issues des entretiens :

« [La qualité d'accueil] est un facteur primordial, mais ne doit pas être un critère prioritaire lors de la création d'un centre »

« Il faut adapter les spécialités médicales aux besoins des territoires »

« [La possibilité d'intégration dans l'écosystème] est difficile à mesurer à l'avance, même si cela fait partie des choses importantes à mettre en place dès le départ »

« Si le projet est inaccessible, ça ne sert à rien. Le centre doit être intégré dans la vie de quartier »

« Le maillage des transports est très important, mais ne doit pas être le critère premier »

« [Les actions de santé publique et de prévention permettent] le recrutement de patients dans le centre, qui ne seraient pas venus sinon »

« Les praticiens ne veulent pas se déplacer en petite ou grande couronne »

« La proximité géographique avec les centres hospitaliers partenaires est très importante »

« [Crédibilité des porteurs de projet] : il faut un binôme administratif et médical à la tête du CMS, et bien désigner en avance qui est le chef entre les deux »

Les développements précédents permettent de tirer des conclusions importantes **pour l'analyse des conditions d'implantation d'un centre de santé**. Tout d'abord, plusieurs indices semblent corroborer les hypothèses du modèle proposé pour apprécier la pertinence d'un projet d'implantation d'un centre de santé :

- De manière générale, les facteurs identifiés comme prioritaires par les équipes des centres sont ceux qui impactent les critères prioritaires de pertinence (l'utilité et l'intégration) ;
- Les facteurs considérés comme secondaire sont ceux qui ont l'impact le plus limité, influençant surtout l'attractivité du centre ;
- Enfin, la hiérarchie des facteurs semble globalement en adéquation avec la classification de ces mêmes facteurs selon leur niveau d'impact sur le processus de décision (décision de création, définition du concept, choix de mise en œuvre).

D'autre part, il apparaît nécessaire de prendre en compte une dimension temporelle dans l'analyse. Certains facteurs vont être examinés « *en premier* », alors que d'autres sont renvoyés à « *un deuxième temps* ». Cette notion de temporalité est reprise par la suite dans la démarche proposée pour apprécier les conditions d'implantation d'un centre de santé.

6. Une construction progressive en trois temps

La mise en perspective des différents critères d'appréciation de la pertinence, par le truchement de centres aux vocations distinctes, permet de dégager une méthodologie d'évaluation de la pertinence d'un projet d'implantation qui repose sur deux principes clés et est structurée en trois étapes.

DEUX PRINCIPES A L'ORIGINE DE LA DEMARCHE

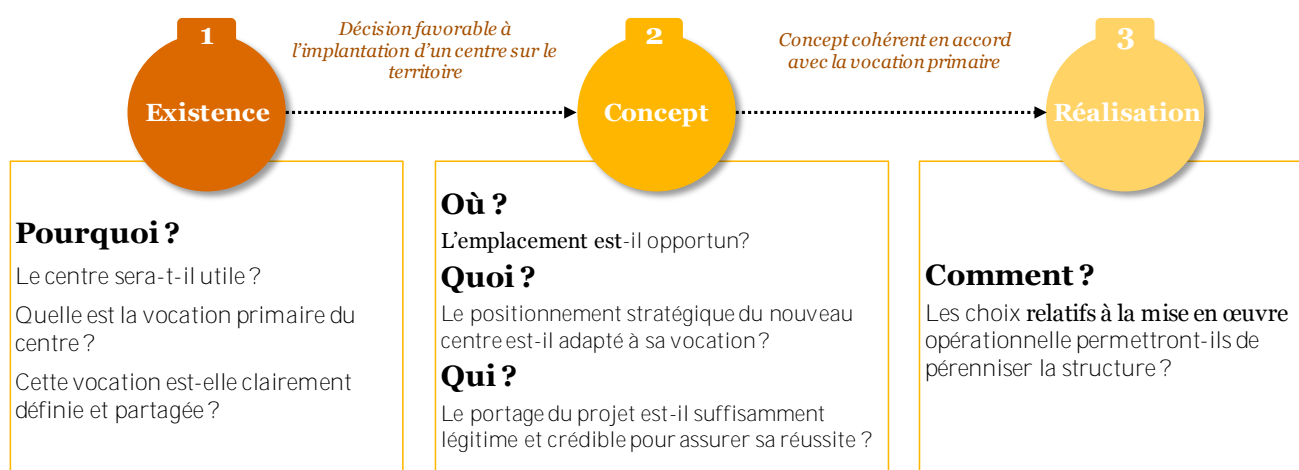
La diversité des centres de santé, et l'existence de visions distinctes imposent deux principes fondateurs pour apprécier la pertinence d'un projet de centre :

- Elle doit correspondre à un questionnement progressif tenant compte des spécificités du projet de centre et de son territoire d'implantation ;
- Elle doit rechercher une certaine cohérence entre le dimensionnement du projet, le but recherché par le gestionnaire et le territoire envisagé ; plutôt que de chercher à coller à un modèle théorique de centre de santé, si tant est qu'il en existe un.

UNE DEMARCHE STRUCTUREE EN TROIS ETAPES

A partir de ces deux principes, on peut structurer une démarche d'appréciation de la pertinence d'un projet de centre en trois étapes, chacune assortie d'une ou plusieurs questions génériques qui permettent de guider la réflexion. Ces trois étapes correspondent aux trois niveaux de décision identifiés précédemment.

Figure 7 : démarche progressive d'appréciation de la pertinence d'un projet de centre



1. L'existence : pourquoi ?



La première étape consiste à s'interroger sur la finalité du centre et sa raison d'être. Il s'agit à la fois de vérifier que le centre sera utile, en s'intéressant à la démographie médicale du territoire d'implantation, aux besoins de la population, aux actions de santé publique existantes, mais également de se demander quelle est sa vocation : le centre vise-t-il à assurer un besoin de proximité, à développer une expertise particulière ? La dimension sociale est-elle au cœur du projet de centre ? Le centre a-t-il une contrainte financière forte ?

Il est alors **nécessaire de vérifier que la vocation du centre est clairement définie et partagée par l'ensemble des porteurs du projet**, mais également que les caractéristiques socio-économiques et sanitaires du territoire ne sont pas en contradiction avec elle.

Par exemple, un centre de santé qui vise l'équilibre financier aura davantage de difficultés à s'implanter dans une zone à faible densité de population ; à l'inverse, un centre à forte dimension sociale ne choisira pas une zone d'implantation où les revenus médians de la population sont particulièrement élevés.

2. Le concept : ou ? Quoi ? Qui ?



La deuxième étape appelle à s'intéresser aux **choix stratégiques** composant le modèle du centre.

A titre d'exemple, il importe de vérifier que **l'accessibilité du centre ne sera pas un frein au recrutement de professionnels ou de patients**, que **l'emplacement choisi correspond bien, par exemple, à la dimension sociale** que le centre souhaite éventuellement couvrir, que le projet est soutenu par les élus locaux, etc. En outre, **l'examen des structures environnantes sur lesquelles le centre pourra s'appuyer constitue une partie importante de cette étape**. Enfin, il s'agit également d'évaluer le portage et la gouvernance du futur centre.

3. La réalisation : comment ?



Enfin, la troisième étape invite à analyser la déclinaison du concept du centre dans sa dimension gestionnaire. Ainsi, et toujours en fonction de la vocation première du centre, **il revient d'étudier dans quelle mesure les moyens affichés pour la mise en œuvre opérationnelle permettront de garantir des conditions d'exercice attractives pour les professionnels, et d'assurer une prise en charge dans les meilleures conditions**. D'une manière générale, les facteurs de pertinence ayant trait à la réalisation s'apprécient dans des dimensions sensiblement proches pour les trois vocations identifiées ci-dessus.

La question générique associée à cette dernière étape est : « comment ? ».

Finalement l'évaluation de la pertinence globale d'un projet découle de **l'alignement entre la vocation primaire** du centre (*pourquoi?*), la **définition de son concept** (*où? quoi? par qui?*) et les **choix relevant de la mise en œuvre** (*comment?*).

7. Evaluer la pertinence de son projet

La démarche détaillée ci-dessus propose d'examiner, à chaque étape, les facteurs correspondant pour s'assurer de la cohérence globale du projet et de l'alignement du concept et des choix de gestion avec la vocation primaire du centre.

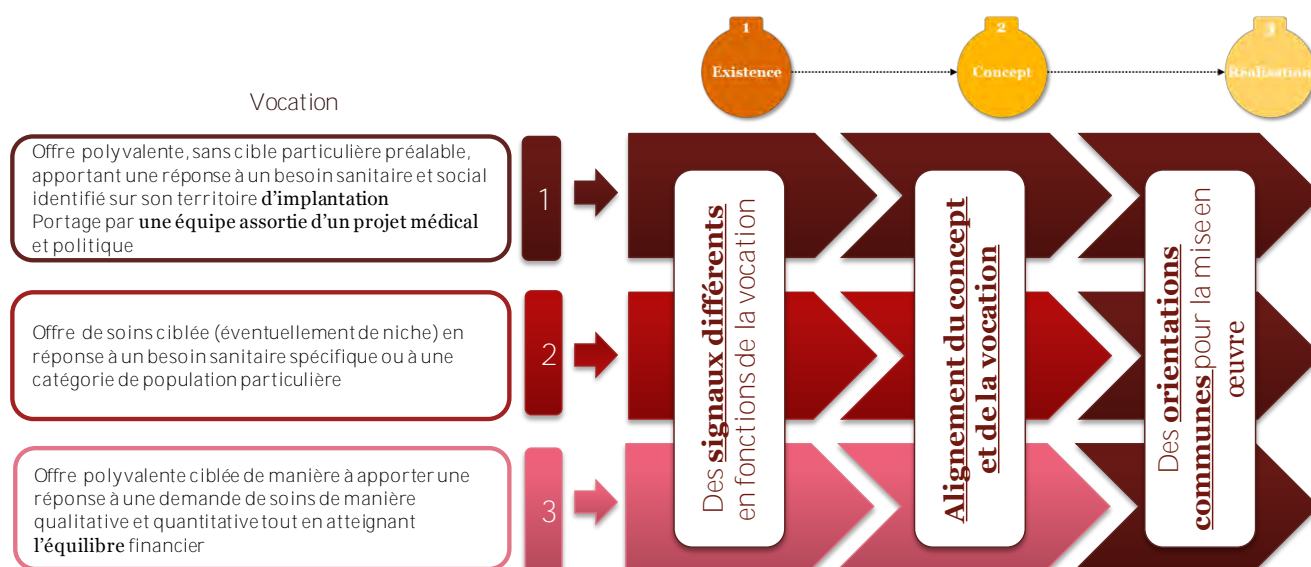
Pour chaque facteur, on recherche donc des éléments tangibles d'appréciation, qui permettront d'évaluer sa contribution à la pertinence du projet. Etant donnée la diversité des situations rencontrées sur le terrain, et les spécificités de chaque centre, liées à son territoire, à son histoire, etc., il paraît difficile de proposer des indicateurs unanimes et directement mesurables. A défaut, et en ligne avec l'objectif de l'étude – fournir une grille d'analyse plutôt qu'un modèle prédictif, les travaux menés ont permis de faire émerger des signaux de pertinence, que l'on définit comme des éléments qualitatifs d'appréciation de la contribution d'un facteur à la pertinence d'un projet de centre.

Compte tenu de l'influence que la vocation d'un centre a sur son concept et son mode de fonctionnement, les signaux considérés lors de l'évaluation de la pertinence d'un projet de centre ne sont pas les mêmes selon la vocation du centre.

En définitive la grille d'analyse, qui propose une combinaison de différents signaux permettant de donner une appréciation globale sur la pertinence du projet et de mettre en avant d'éventuels ajustements à apporter, comprend une dimension temporelle (correspondant aux différents niveaux de décisions) et une dimension « vocation ».

Si les niveaux de décision impactés, sont bien successifs, le processus tout entier doit néanmoins faire l'objet d'une analyse approfondie en amont de la création du centre ; à titre d'exemple, un projet de création d'un centre de santé dont le promoteur aurait pour principe l'équilibre économique ne saurait faire l'économie d'une étude de mise en œuvre opérationnelle pour vérifier la possibilité d'atteindre l'équilibre et éventuellement ajuster son mix d'activités (spécialités, mais également actions de santé publique, etc.) pour atteindre son objectif.

Figure 8 : des signaux de pertinence différents en fonction de la vocation primaire du centre



Dans les chapitres suivants, le code couleur utilisé pour les tableaux présentés est le suivant :

- Les lignes roses correspondent aux facteurs à fort impact (cf. figure n°8),
- Les lignes blanches correspondent aux facteurs significatifs,
- Les lignes grisées correspondent aux facteurs secondaires.

7.1. Conforter la décision initiale

Avant de décider de créer un centre de santé, il semble indispensable de **vérifier, d'une part que le futur centre aura une utilité suffisante pour justifier l'investissement nécessaire à sa création, et d'autre part que ce centre possède une vocation clairement définie et partagée.** Dans cette optique, ce sont **l'état de l'offre médicale** environnante, les besoins sanitaires et éventuellement sociaux de la population ciblée, ainsi que la couverture des missions de santé publique réalisées sur le territoire qui doivent être observés :

- **L'offre médicale environnante est-elle** insuffisante, à risque ou peu accessible pour la population?
- La population ciblée présente-t-elle des caractéristiques et des besoins sanitaires auxquels un centre de santé pourrait apporter une réponse adaptée ?
- Les missions de santé publique sont-elles réalisées de manière dynamique par les acteurs en place?

Le tableau ci-dessous présente les signaux **qui permettent d'apporter** des éléments de réponse aux questionnements associés à chacun des trois facteurs qui impactent la prise de décision initiale, en fonction de la vocation primaire du centre.

Rappel : Vocation n°1, des centres polyvalents de proximité ; Vocation n°2, des centres polyvalents ayant développé une expertise forte ; Vocation n°3, des centres polyvalents visant l'équilibre financier.

| | Vocation 1 | Vocation 2 | Vocation 3 |
|-----------------------------------|---|--|---|
| Etat de l'offre environnante | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Carence médicale de secteur 1 forte notamment en médecine générale</u> mais aussi sur des spécialités médicales ou disciplines paramédicales • La présence d'un établissement hospitalier est un plus mais pas un prérequis • <u>Absence de centre de santé dans la zone d'implantation</u> | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Carence médicale de secteur 1 sur une activité particulière (vaccination particulière, traitement de pathologie lourde)</u> sur une zone relativement large (département/ région) • L'existence d'une offre sanitaire environnante peut faciliter l'adressage spécifique de la patientèle ciblée | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Carence médicale de secteur 1 forte sur plusieurs spécialités et en médecine générale</u> • <u>Présence d'un établissement de santé</u> et de partenaires sanitaires et médico-sociaux potentiels • <u>Absence de centre de santé de même vocation dans la zone d'implantation</u> |
| Importance des besoins sanitaires | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Zones défavorisées (revenus moyens / médians, taux de chômage) comportant des populations fragiles (jeunes, familles monoparentales, personnes âgées)</u> • <u>Indicateurs sanitaires et maladies chroniques élevés</u> • Un fort % CMU peut être un signal favorable mais n'est | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Existence d'une population assez représentative présentant les caractéristiques ciblées</u> (activité particulière, pathologie particulière) dans une zone éventuellement élargie | <ul style="list-style-type: none"> • Zone présentant une <u>forte densité de population</u> • <u>Population mixte / Possibilité de capter une patientèle à plus fort revenu</u> • <u>Indicateurs sanitaires et maladies chroniques élevés</u> |

| | Vocation 1 | Vocation 2 | Vocation 3 |
|---|---|------------|------------|
| | pas un prérequis | | |
| Assurance des missions de santé publique | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Missions de santé publique partiellement réalisées sur la zone</u> (prévention, éducation thérapeutique du patient, vaccinations, etc.) • Ambitions affichées pour le développement de ses missions | | |

7.2. Evaluer la cohérence entre le projet et la ‘vocation’ identifiée

Une fois la décision prise de créer le centre, l’objectif consiste à contrôler l’alignement du concept avec la vocation du centre de santé. Dans cette perspective ce sont la possibilité pour le centre de s’insérer dans un écosystème dynamique, la cohérence entre l’offre proposée et les besoins du territoire, la crédibilité des porteurs de projet, le soutien politique au projet de centre, l’accessibilité des locaux et l’opportunité de l’emplacement qui sont étudiées :

- Le territoire d’implantation est-il propice au développement de partenariats ?
- L’offre médicale proposée répond-elle aux spécificités de la population et du territoire ciblés ?
- Le portage de projet est-il crédible ?
- Les élus locaux joueront ils un rôle de facilitateur du projet ?
- Le centre est-il suffisamment accessible pour une population défavorisée se déplaçant en transports
- L’emplacement choisi pour le centre permettra-t-il d’attirer des professionnels de santé et des patients ?

Le tableau ci-dessous présente les signaux qui permettent d’apporter des éléments de réponse aux questionnements associés à chacun des six facteurs qui impactent la définition du concept du centre, en fonction de la vocation primaire du centre.

Rappel : Vocation n°1, des centres polyvalents de proximité ; Vocation n°2, des centres polyvalents ayant développé une expertise forte ; Vocation n°3, des centres polyvalents visant l’équilibre financier.

| | Vocation 1 | Vocation 2 | Vocation 3 |
|--|---|---|---|
| Possibilité et volonté d’intégration dans | <ul style="list-style-type: none"> • Réflexion engagée sur les opportunités de collaboration (identification de partenaire, prise de | <ul style="list-style-type: none"> • Forte probabilité de portage par une association, gage de la création d’un tissu associatif local | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Tissu associatif local solide</u> • Réflexion engagée sur les opportunités de collaboration (identification de partenaire, prise de |

| | Vocation 1 | Vocation 2 | Vocation 3 |
|--|---|--|--|
| l'écosystème | contact) <ul style="list-style-type: none"> • La présence d'un tissu associatif de proximité est un plus mais pas un prérequis | <ul style="list-style-type: none"> • La présence d'un tissu associatif de proximité est un plus mais pas un prérequis | contact) |
| Cohérence entre l'offre proposée et les besoins | <ul style="list-style-type: none"> • Offre proposée en <u>accord avec les carences médicales</u> identifiées • Offre <u>pluridisciplinaire</u> et <u>permettant d'assurer une prise en charge globale de qualité</u> : <u>médecin généraliste</u> et <u>soins infirmiers</u> • La réalisation de visites à domicile est un plus • La prise en charge non programmée est un plus | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Adaptation de l'offre aux besoins de la population ciblée</u> (<i>horaires, mesures particulières de respect de la confidentialité, etc.</i>) • Si l'offre est ciblée médicalement : Moyens et équipements suffisants et cohérent avec la cible | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Modèle économique viable</u> |
| Crédibilité des porteurs de projet | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Binôme de direction</u> comportant une <u>représentativité médicale et des compétences de gestion</u> • <u>Répartition des rôles</u> identifiée • <u>Valeurs en cohérence avec la vocation du centre</u> | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Binôme de direction</u> présentant une <u>représentativité médicale et des compétences de gestion</u> | <ul style="list-style-type: none"> • <u>De fortes compétences de gestion</u> • <u>Expertise médicale en appui à la direction</u> |
| Soutien politique | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Soutien politique sur le long terme</u> (<i>Investissement de la mairie dans le projet</i>) • <u>L'existence d'un contrat local de santé est un plus</u> • <u>Présence du centre de santé dans le projet de mandat de l'élu</u> | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Pas de frein politique</u> | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Pas de frein politique</u> |
| Accessibilité des locaux | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Accessibilité à pied</u> (proche de la zone ciblée) ou <u>facilité d'accès en transports en commun</u> pour les patients • <u>La présence d'un parking est un plus</u> notamment lorsque le centre est implantée dans une zone fortement isolée | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Présence d'un parking est un plus</u> pour attirer des professionnels | |
| Opportunité de l'emplacement | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Emplacement relevant souvent d'une opportunité</u> : <u>emplacement central facilitant</u> • <u>La proximité de pharmacies, laboratoires et de structures</u> | <ul style="list-style-type: none"> • <u>La proximité de pharmacies, laboratoires et de structures disposant d'un plateau technique est un plus</u> | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Emplacement central</u> par rapport au territoire ciblé • <u>Zone d'activité et de passage</u> (présence de commerces, établissements éducatifs, etc.) |

| Vocation 1 | Vocation 2 | Vocation 3 |
|---|------------|--|
| <p>disposant d'un plateau technique est un plus</p> <ul style="list-style-type: none"> • La proximité de structures d'action sociale est également un plus | | <ul style="list-style-type: none"> • La proximité de pharmacies, laboratoires et de structures disposant d'un plateau technique est un plus |

7.3. Appuyer la mise en œuvre du projet

Enfin, la dernière étape consiste à évaluer les choix relatifs à la mise en œuvre du projet. De manière générale, les signaux recherchés au cours de cette étape sont relativement communs quelle que soit la vocation du centre. C'est donc au moment de la mise en œuvre que les conditions d'exercice, les efforts pour assurer la qualité de l'accueil (mais également plus largement la fluidité de la prise en charge), et les investissements concernant les conditions de la structure sont à déterminer :

- Les conditions d'exercice proposées par le centre permettront-elles d'attirer des professionnels de santé ?
- Le centre se donne-t-il un vrai projet d'accueil qui permette de faciliter le parcours des patients et la gestion interne ?
- La structure (locaux, équipements, systèmes d'information) sera-t-elle suffisamment moderne pour attirer et fidéliser des professionnels de santé et des patients ?

Le tableau ci-dessous présente les signaux qui permettent d'apporter des éléments de réponse aux questionnements associés à chacun des trois facteurs qui impactent la réalisation du projet.

Rappel : Vocation n°1, des centres polyvalents de proximité ; Vocation n°2, des centres polyvalents ayant développé une expertise forte ; Vocation n°3, des centres polyvalents visant l'équilibre financier.

| | Vocation 1 | Vocation 2 | Vocation 3 |
|---|------------|---|------------|
| Attractivité des conditions d'exercice | | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Actions de coordination formalisées (formalisation des staffs et réunions d'équipe, protocole de travail en équipe, etc.)</u> • <u>Plan de formation envisagé</u> • <u>Volonté d'être terrain de stage</u> | |
| Qualité de l'accueil | | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Projets d'accueil développés</u> (prise de rendez-vous dématérialisée, système de ticket file d'attente, rappel de RDV, etc.) • <u>Plan de formation continue pour les agents d'accueil</u> | |
| Modernité de la structure | | <ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un dossier patient informatisé • Modernité des locaux | |

8. Ce qu'il faut retenir

L'influence du mode de gestion sur la typologie des centres de santé était déjà largement admise, de même que la distinction de plusieurs modèles en fonction des activités développées par le centre. Cette étude fait ici émerger le caractère déterminant de la **'vocation' identifiée d'un centre de santé, laquelle caractérise l'appréciation de la pertinence d'un projet, et la définition de son périmètre.**

Face à un paysage de centres de santé relativement anciens, la réflexion sur la pertinence d'un projet d'implantation d'un centre de santé nécessite une certaine prise de recul et l'appui d'acteurs opérationnels à même de partager leur expérience et leur ressenti sur les critères qui favorisent l'implantation d'un centre de santé sur un territoire.

Ce travail, basé sur une analyse de la littérature, une étude empirique des expériences des centres de santé et la mise en perspective de l'opinion des acteurs de leur écosystème, avec les réserves qu'ils présentent, a conclu à l'existence de trois vocations à l'origine d'un projet de création d'un centre :

- Des centres visant l'équilibre financier, et qui placent la viabilité économique comme une condition indispensable de la pertinence (réponses de gauche sur le graphique) : le critère viabilité économique est aussi important que le critère utilité ;
- Des centres conscients du fait que la vocation de santé publique d'un centre de santé n'est pas contradictoire avec la recherche d'une meilleure gestion et qui identifient la viabilité économique comme un critère à prendre en considération mais de manière moindre (réponses du centre sur le graphique) ;
- Des centres qui ne perçoivent pas la viabilité économique comme un critère de la pertinence du projet et pour qui l'offre de soins proposée est prioritaire

Les événements déclencheurs à l'origine du projet et la vocation primaire des porteurs de projet déterminent ensuite le niveau de contrainte auquel devront faire face les gestionnaires du centre et les porteurs de projet. Les conditions à réunir pour assurer la réussite d'un projet d'implantation d'un centre de santé dépendent de cette vocation. C'est finalement l'adéquation entre le projet initial et la définition du concept de centre qui matérialise toute la pertinence d'un projet d'implantation.

Dans un contexte général marqué par une forte pénurie en médecins sur plusieurs disciplines médicales, et un déficit important d'offre en secteur 1 sur certains territoires, les centres de santé représentent une double opportunité. **Opportunité d'abord de développer** et de maintenir

une offre de premiers recours accessible ; et **opportunité également d'offrir aux professionnels de santé la possibilité d'exercer de manière regroupée et coordonnée, dans le cadre d'une pratique salariée.**

Le constat d'un besoin important d'offre de premier recours ne peut néanmoins être la seule **condition de réussite d'un centre** : les contraintes qui pèsent sur le modèle rendent nécessaire l'appréciation d'autres aspects et notamment **les opportunités de développement de partenariats pour garantir l'intégration du centre de santé dans un écosystème dynamique.**

Dans cette optique, l'étude a permis de mettre en place une méthodologie opérationnelle d'évaluation de la pertinence d'un projet de centre. Celle-ci, construite à partir des éléments fournis par les acteurs de terrain rencontrés, repose sur la recherche de critères qui permettent de vérifier l'adéquation du concept et de la réalisation du centre avec sa vocation primaire.

Ainsi, **un projet d'implantation bien construit doit tout d'abord afficher une vocation claire et partagée par tous les porteurs de projet, mais également assurer une cohérence entre son concept et ses choix de mise en œuvre d'une part, et la vocation et les caractéristiques de son territoire d'autre part.**

Ensuite, **les contraintes du modèle et l'exigence de l'autonomie financière plus ou moins forte** qui pèse sur le centre conditionneront le développement plus ou moins important de missions **de santé publique, de l'offre de soins et le caractère plus ou moins social du centre.**

L'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France souhaite, par la publication de ce rapport, fournir **des éléments pour étayer la réflexion des porteurs de projet dans leur démarche de création d'un centre de santé et encourager la création de nouveaux centres de santé. Il s'agit également de partager un outil d'appréciation des conditions d'implantation d'un centre de santé qui pourra constituer une base commune d'échange entre les porteurs de projet et l'ARS en vue d'un soutien à la création. Soutien qui reste lié à la cohérence du projet et des choix de mise en œuvre avec les caractéristiques du territoire.**

9. Annexes

9.1. Annexe 1. – liste des membres du comité de pilotage

Membres COPIL

| Nom | Prénom | Fonction |
|---------------------|-----------|---|
| Ouanhnon | Pierre | ARSIF - Directeur du Pôle Ambulatoire et service aux PS |
| Sevadjian | Beatrice | ARSIF - Responsable Département des structures d'exercice collectif (SEC) |
| Chapert | Bernard | ARSIF – SEC |
| Evain | Aldric | ARSIF - Chargé de mission SEC |
| Raffy-Pihan | Nadine | Mutualité française - directrice branche médicale et infirmière du RNCSM |
| Fourier | Julie | Région IdF - chargée de mission santé |
| Farnault | Alexandre | DT75 - responsable ambulatoire et innovation |
| Loyer | Guirec | FNCS - secrétaire général adjoint |
| Lefevre | Jean-Yves | FNCS - délégué général |
| De Poncins | Patrice | FNCS - trésorier |
| Bégué | Romain | Assurance Maladie IDF – sous-directeur Cellule DCGDR Ile-de-France |
| Jegou | Marie | DT78 - stagiaire |
| Brement-Marchesseau | Marilyne | DT78 - médecin, responsable département ambulatoire |

9.2. Annexe 2. – guide d’entretien – Centres de santé

Assistance à Maîtrise d’Ouvrage pour l’étude et l’analyse des conditions favorables à l’implantation des Centres de santé sur un territoire

Date :

Centre visité : Centres

Personnes rencontrées:

| Territoire | Nom Prénom | Fonction |
|------------|------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Déroulé de l’entretien (indicatif)

| | |
|---|-----|
| Introduction : | 5’ |
| Généralités sur le centre visité | 10’ |
| Critères permettant de définir la pertinence d’un projet d’implantation d’un centre de santé | 25’ |
| Facteurs favorables pour l’implantation d’un centre de santé | 25’ |
| Indicateurs permettant d’évaluer les facteurs favorables pour l’implantation d’un centre de santé | 25’ |
| Conclusion | 10’ |

Généralités sur le centre visité

- **Activité du centre**

- **Population visée**

- **Ecosystème**

- **Autre**

Comment définiriez-vous la pertinence d'un projet d'implantation d'un Centre de Santé sur un territoire ?

Carte pertinence + Cartes critères

Discussion libre

*Nous proposons de définir la pertinence d'un projet selon 5 critères : l'utilité du Centre de Santé au sein du territoire, son **attractivité**, sa **viabilité économique**, son **intégration au sein de l'écosystème** et sa **visibilité**.*

- Comment définiriez-vous ces cinq critères ?
- Quelle est leur contribution à la **pertinence** du projet d'implantation ?
- Quels autres critères permettraient de compléter cette liste ?

| Critère | Commentaires | Contribution <i>(faible, moyenne, forte)</i> |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Utilité | | |
| Attractivité | | |
| Viabilité économique | | |
| Intégration à l'écosystème | | |
| Visibilité | | |
| | | |
| | | |

- Quels seraient les leviers ou les freins à l'amélioration de ces critères dans votre centre ?

| Critère | Leviers / Freins |
|-----------------------------------|------------------|
| Utilité | |
| Attractivité | |
| Viabilité économique | |
| Intégration à l'écosystème | |
| Visibilité | |
| | |
| | |

Quels sont les facteurs impactant chacun des critères contribuant à la pertinence d'un projet d'implantation d'un Centre de Santé sur un territoire ?

Nous proposons la liste de facteurs ci-dessous.

Cartes facteurs

- **Quel est le niveau d'impact de chacun des facteurs? (Sur une échelle de 1 à 5, 5 étant le plus fort)**
- **Dans quelle mesure ce facteur contribue à la pertinence du projet d'implantation ?**
- **Quels sont les freins rencontrés par le Centre ?**

| Facteurs | Utilité | Attractivité économique | Intégration | Visibilité | Niveau d'impact (1 à 5) | Commentaires |
|---|---------|-------------------------|-------------|------------|-------------------------|--------------|
| Modernité de la structure (Aspects des locaux et du bâtiment, niveau d'équipement, informatisation, etc.) | | X | | | | |
| Crédibilité du projet (légitimité des porteurs de projet, crédibilité médicale, etc.) | | X | X | X | | |
| Qualité d'accueil (Organisation RH, Processus, horaires d'accueil, structure d'accueil) | | X | X | X | | |
| Accessibilité des locaux (Transports en commun, sortie d'autoroute, possibilité de stationnement, distance zone urbaine, etc.) | X | | | X | | |
| Attractivité des conditions d'exercice (Rémunération (ENMR ?), types de contrat (CESP, PTMG ?), Télémédecine, Actions de coordination internes, possibilité de formations, etc.) | | X | X | | | |
| Missions/actions de service public | X | X | X | X | | |
| Importance des besoins sanitaires de la population (Densité de population, Recours aux soins, Critères socio-économiques (classe d'âge, % d'étudiants, Revenues, % CMU, Catégorie socio-professionnelle), Besoins sanitaires particuliers (Maladies chroniques) Zonage ARS, etc.) | X | | | | | |
| Emplacement opportun (Activité (résidentielle, industrielle, bureaux, agricole), Proximité de zone culturelle, d'établissement d'éducation, de pharmacies/laboratoires, de structure d'exercice collectif, d'ESMS, etc.) | X | | X | X | | |
| Démographie médicale environnante (Offre libérale environnante, Offre libérale environnante secteur 1, Centre de santé à proximité, etc.) | X | | | | | |
| Cohérence offre/besoins (Horaires d'ouverture, Offre médicale, Offre paramédicale, etc.) | X | X | X | | | |
| Soutien politique (Actions de développement de la ville, Orientation de la ville, etc.) | | | X | X | | |
| Volonté d'intégration dans l'écosystème (Développement de conventions, recherche de subventions, réseaux et partenariats, programmes de recherche, etc.) | | | X | X | | |

En pratique, comment mesurer les impacts de ces facteurs ?

Discussion libre

Echanges sur les hypothèses et indicateurs ci-dessous :

- Quels indicateurs paraissent pertinents ?
- Existe-t-il des seuils critiques en dessous (ou dessus) desquels la pertinence du projet **d'implantation semble fortement compromise** ?

| Facteurs | Indicateurs usuels | Indicateurs retenus | Seuils critiques |
|---|--|---------------------|------------------|
| Modernité de la structure <i>(Aspects des locaux et du bâtiment, niveau d'équipement, informatisation, etc.)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Montant d'investissement/location alloués au bâtiment • Ancienneté du bâtiment • Structure des locaux • Montant d'investissement mobilier/aménagement des locaux • Montant d'investissement en équipement médical • Montant d'investissement informatique • % de dématérialisation des processus | | |
| Crédibilité du projet <i>(légitimité des porteurs de projet, crédibilité médicale, etc.)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Expérience/CV des porteurs de projets • Historique/réputation de l'organisme • Représentativité du corps médical • Orientation en accord avec le territoire • % financement privé/public | | |
| Qualité d'accueil <i>(Organisation RH, Processus, horaires d'accueil, structure d'accueil)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de ressources prévues • Compétences des ressources • Répartition des tâches • Promotion des BP d'accueil • Facturation avant/après la consultation • Séparation accueil/sortie • Système ticket file d'attente • Dispositif RDV tel/Messagerie/rappel de RDV • Plage horaire journalière • Ouverture le midi • Ouverture le samedi/dimanche • Ouverture le soir • Congés annuels • Accueil unique/multiple/spécialisé • Nombre et taille de salle d'attente • Présence/nombre de Sièges • Visibilité extérieure • Séparation enfants/adultes | | |
| Accessibilité des locaux <i>(Transports en commun, sortie d'autoroute, possibilité de stationnement, distance zone urbaine, etc.)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Distance du métro/tramway/gare • Distance arrêt de bus • Fréquence de desserte bus/train • Plage horaire de desserte bus/train • Distance sortie d'autoroute • Distance zone urbaine/ semi-urbaine • Présence d'un parking • Gratuité de stationnement alentour | | |
| Attractivité des conditions | <ul style="list-style-type: none"> • Taux de rémunération horaire | | |

| Facteurs | Indicateurs usuels | Indicateurs retenus | Seuils critiques |
|---|--|---------------------|------------------|
| d'exercice <i>(Rémunération (ENMR ?), types de contrat (CESP, PTMG ?), Télémedecine, Actions de coordination internes, possibilité de formations, etc.)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Autres avantages • Continuité des horaires de travail • Type de contrat (TP/Temps partiel) • Durée de contrat (CDD/CDI) • Conditions favorables à la mise en œuvre de CESP • Conditions favorables à la mise en œuvre des ENMR • Conditions favorables à la mise en œuvre de la Télémedecine • Actions de coordination, Formalisation des staffs/ réunions d'équipes • Plan de formation | | |
| Missions/actions de service public | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources dédiées • Locaux internes adaptés • Distance école | | |
| Importance des besoins sanitaires de la population <i>Densité de population, Recours aux soins, Critères socio-économiques (classe d'âge, % d'étudiants, Revenues, % CMU, Catégorie socio-professionnelle), Besoins sanitaires particuliers (Maladies chroniques) Zonage ARS, etc.)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Densité de population/ densité médicale • % par tranche d'âge • % d'étudiants • Revenus moyens et médians • % CMU • Taux de chômage / Taux d'activité de la population • Population par type d'activité et Evolution moyenne • Indicateurs de santé moyens • Facteurs favorisant les maladies chroniques • Zonage ARS • Indice de ruralité | | |
| Emplacement opportun <i>(Activité (résidentielle, industrielle, bureaux, agricole), Proximité de zone culturelle, d'établissement d'éducation, de pharmacies/ laboratoires, de structure d'exercice collectif, d'ESMS, etc.)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'équipement en commerces • Etablissements commerciaux selon l'activité • Salariés des établissements commerciaux • Indices de ruralité • Indices activité/économie • Patrimoine culturel de la ville • Equipements culturels subventionnés • Spectacle variété et musique • Equipements et exploitation cinéma • Licences sportives • Accueil des enfants d'âge périscolaire • Etablissements du 1er et 2nd degré • Effectifs scolarisés | | |

| Facteurs | Indicateurs usuels | Indicateurs retenus | Seuils critiques |
|---|---|---------------------|------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Formation d'apprentis • Etudiants enseignement supérieur • Nombre de Pharmacies et laboratoires • Nombre d'établissements de santé • Taux d'équipement en ES • Accueil de personnes âgées • Accueil enfance et jeunes handicapées • Accueil adultes handicapés • Proximité CDPS, CDAG, PMI, Planning familial, Associations départementales des maladies cancéreuses, etc.) | | |
| Démographie médicale environnante <i>(Offre libérale environnante, Offre libérale environnante secteur 1, Centre de santé à proximité, etc.)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Densité de professionnels médicaux par discipline • Densité de professionnels médicaux par discipline (secteur 1) • Nombre de Centres de santé dans la zone • Présence de maisons de santé • Présence d'établissements hospitaliers | | |
| Optimisation interne <i>(Mise en œuvre de leviers d'optimisation interne)</i> | - | | |
| Cohérence offre/besoins <i>(Horaires d'ouverture, Offre médicale, Offre paramédicale, etc.)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Plage horaire journalière au regard de la population (Ouverture le midi, samedi/dimanche, le soir) • Types de spécialités proposés • Nombre d'heures de spécialités • Nombre d'heures de MG • Types de disciplines paramédicales • Nombre d'heures paramédicales • Plateau technique | | |
| Soutien politique <i>(Actions de développement de la ville, Orientation de la ville, etc.)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Soutien affiché de la part des politiques (visite, communiqué) • ZUS / CUCS / Ateliers santé ville (ASV) | | |
| Volonté d'intégration dans l'écosystème <i>(Développement de conventions, recherche de subventions, réseaux et partenariats, programmes de recherche, etc.)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Négociations envisagées avec l'Assurance Maladie • Conventions envisagées avec les mutuelles • Eligibilité subvention ARS • Autres subventions | | |
| Communication | | | |

9.3. Annexe 3. – guide d’entretien - écosystème

Assistance à Maîtrise d’Ouvrage pour l’étude et l’analyse des conditions favorables à l’implantation des Centres de santé sur un territoire

Date :

Structure :

Personnes rencontrées:

| Territoire | Nom Prénom | Fonction |
|-------------------|-------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

1.1. Quelles sont vos relations avec les centres de santé de votre territoire ? Avez-vous noué des partenariats / coopérations ? Si oui, sous quelle forme ?

Discussion libre

1.2. Quelles sont les motivations pour un établissement de santé à conventionner avec un centre de santé ? Quels avantages en retire-t-il ?

Discussion libre

1.3. Qu’est-ce qui motive la collaboration / le partenariat / le conventionnement avec un centre de santé plutôt qu’avec un autre ?

Discussion libre

1.4. Selon vous, quels sont les freins à la coopération entre un centre de santé et ses parties prenantes

[Etablissements hospitaliers, réseaux associatifs, professionnels libéraux, collectivités] ?

Discussion libre

1.5. Quels leviers permettraient de davantage développer la collaboration entre les établissements hospitaliers et les centres de santé ? Comment actionner ces leviers ?

Discussion libre

| Levier | Commentaires |
|--|---------------------|
| Crédibilité du porteur de projet | |
| Missions / projets / actions de santé publique | |
| Emplacement, proximité | |
| Télé médecine | |
| Impulsion politique | |
| Autres | |

9.4. Annexe 4. – outils d’entretien

CARTES CRITERES

Utilité

Définition :
Capacité du centre à répondre de manière quantitative et qualitative à des besoins sanitaires et / ou sociaux identifiés sur le territoire

Qu'ajouteriez-vous / retireriez-vous à notre définition ?

En quoi l'utilité contribue-t-elle à la pertinence d'un projet d'implantation d'un centre de santé ?

Comment évalueriez-vous l'utilité d'un centre de santé ?

Quels seraient les leviers et les freins à l'amélioration (quantitative ou qualitative) de l'utilité de votre centre de santé ?

Leviers | Freins

Niveau de contribution

Attractivité

Définition :
Capacité du centre à attirer ou à fidéliser des professionnels de santé et une patientèle

Qu'ajouteriez-vous / retireriez-vous à notre définition ?

En quoi l'attractivité contribue-t-elle à la pertinence d'un projet d'implantation d'un centre de santé ?

Comment évalueriez-vous l'attractivité d'un centre de santé ?

Quels seraient les leviers et les freins à l'amélioration de l'attractivité de votre centre ?

Leviers | Freins

Niveau de contribution

Viabilité

Définition :
Capacité du centre à pérenniser son action sur le territoire

Qu'ajouteriez-vous / retireriez-vous à notre définition ?

En quoi la viabilité contribue-t-elle à la pertinence d'un projet d'implantation d'un centre de santé ?

Comment évalueriez-vous la viabilité d'un centre de santé ?

Quels seraient les leviers à l'amélioration de la viabilité de votre centre ?

Leviers | Freins

Niveau de contribution

Intégration dans l'écosystème

Définition :
Capacité du centre à nouer des partenariats de tous types avec différents acteurs localisés à proximité, qu'ils appartiennent au monde médico-social ou non

Qu'ajouteriez-vous / retireriez-vous à notre définition ?

En quoi l'intégration dans l'écosystème contribue-t-elle à la pertinence d'un projet d'implantation d'un centre de santé ?

Comment évalueriez-vous l'intégration d'un centre de santé dans son écosystème ?

Quels seraient les leviers et les freins pour une meilleure intégration du centre dans son écosystème ?

Leviers | Freins

Niveau de contribution

Visibilité

Définition :
Capacité du centre à disposer d'une bonne visibilité auprès des patients, des professionnels de santé et d'éventuels partenaires pour communiquer sur ses actions

Qu'ajouteriez-vous / retireriez-vous à notre définition ?

En quoi la visibilité contribue-t-elle à la pertinence d'un projet d'implantation d'un centre de santé ?

Comment évalueriez-vous la visibilité d'un centre de santé ?

Quels seraient les leviers et les freins à l'amélioration de la visibilité de votre centre ?

Leviers | Freins

Niveau de contribution

CARTES FACTEURS

Modernité de la structure

Indicateurs pressentis (rayer les indicateurs inutiles) :

- Montant d'investissement/location alloués au bâtiment
- Ancienneté du bâtiment
- Structure des locaux
- Montant d'investissement mobilier/aménagement des locaux
- Montant d'investissement en équipement médical
- Montant d'investissement informatique
- % de dématérialisation des processus

Modernité de la structure

Impact du facteur :



Composantes du facteur :

| Aspect des locaux | Niveau d'équipement | Informatisation |
|-------------------|---------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Crédibilité

Indicateurs pressentis (rayer les indicateurs inutiles) :

- Expérience/CV des porteurs de projets
- Historique/réputation de l'organisme
- Représentativité du corps médical
- Orientation en accord avec le territoire
- % financement privé/public

Crédibilité

Impact du facteur :



Composantes du facteur :

| Légitimité des porteurs de projet | Crédibilité médicale | |
|-----------------------------------|----------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |

Qualité d'accueil

Indicateurs pressentis (rayer les indicateurs inutiles) :

- Nombre de ressources prévues
- Compétences des ressources
- Répartition des tâches
- Promotion des BP d'accueil
- Facturation avant/après la consultation
- Séparation accueil/sortie
- Système ticket/file d'attente
- Dispositif RDV (et/Message/rappel de RDV)
- Plage horaire journalière
- Ouverture le midi
- Ouverture le samedi/dimanche
- Ouverture le soir
- Congés annuels
- Accueil unique/multiple/spécialisé
- Nombre et taille de salle d'attente
- Présence/nombre de Sièges
- Visibilité extérieure
- Séparation enfants/adultes

Qualité d'accueil

Impact du facteur :



Composantes du facteur :

| Organisation RH | Processus d'accueil | Horaires d'accueil |
|-----------------|---------------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

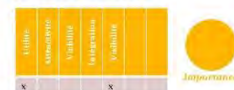
Accessibilité des locaux

Indicateurs pressentis (rayer les indicateurs inutiles) :

- Distance du métro/tramway/gare
- Distance arrêt de bus
- Fréquence de desserte bus/train
- Plage horaire de desserte bus/train
- Distance sortie d'autoroute
- Distance zone urbaine/semi-urbaine
- Présence d'un parking
- Gratuité de stationnement alentour

Accessibilité des locaux

Impact du facteur :



Composantes du facteur :

| Transports en commun | Possibilité de stationnement | Distance zone urbaine |
|----------------------|------------------------------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

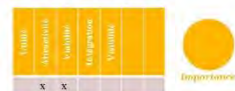
Attractivité des conditions d'exercice

Indicateurs pressentis (rayer les indicateurs inutiles) :

- Taux de rémunération horaire
- Autres avantages
- Continuité des horaires de travail
- Type de contrat (CDI/Temps partiel)
- Durée de contrat (CDD/CDDI)
- Conditions favorables à la prise en charge de CESP
- Conditions favorables à la prise en charge des ENSR
- Conditions favorables à la prise en charge de la Télé médecine
- Actions de coordination, Formalisation des staffs / réunions d'équipes
- Plan de formation

Attractivité des conditions d'exercice

Impact du facteur :



Composantes du facteur :

| Rémunération (ENSR) | Types de contrat | Télé médecine |
|---------------------|------------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Mission / actions de santé publique

Indicateurs pressentis (rayer les indicateurs inutiles) :

- Ressources dédiées
- Locaux internes adaptés
- Distance école

Mission / actions de santé publique

Impact du facteur :



Composantes du facteur :

| Campagnes de vaccination | Education thérapeutique du patient | Planification |
|--------------------------|------------------------------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |

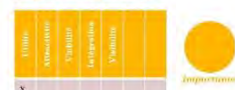
Besoins sanitaires de la population

Indicateurs pressentis (rayer les indicateurs inutiles) :

- Densité de population/ densité médicale
- % par tranche d'âge
- % d'étudiants
- Revenus moyens et médians
- % CMU
- Taux de chômage / Taux d'activité de la population
- Population par type d'activité et l'emploi moyen
- Indicateurs de santé inégués
- Facteurs favorisant les maladies chroniques
- Zonage ARS
- Indice de ruralité

Besoins sanitaires de la population

Impact du facteur :



Composantes du facteur :

| Densité de population | Recours aux soins | Critères socio-économiques |
|-----------------------|-------------------|----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

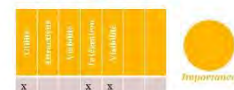
Opportunité de l'emplacement

Indicateurs pressentis (rayer les indicateurs inutiles) :

- Taux d'équipement en commerces
- Etablissements commerciaux selon l'activité
- Salaires des établissements commerciaux
- Indices de mobilité
- Indices activité/économie
- Patrimoine culturel de la ville
- Equipements culturels et récréatifs
- Spectacle variété et musique
- Equipements et exploitation cinéma
- Lieux sportifs
- Accueil des enfants et âge précoce
- Etablissements de services aux personnes âgées
- Difficultés scolaires
- Formation d'apprentis
- Etablissements enseignement supérieur
- Nombre de Pharmacies et laboratoires
- Nombre d'établissements de santé
- Taux d'équipement en ES
- Accueil de personnes âgées
- Accueil enfants et jeunes handicapés
- Accueil adultes handicapés
- Proximité GDS, CLAG, PMI, Planning familial, Associations de personnes atteintes de maladies chroniques, etc.

Opportunité de l'emplacement

Impact du facteur :



Composantes du facteur :

| Activité de la zone | Proximité d'une zone culturelle | Proximité ESMS |
|---------------------|---------------------------------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Démographie médicale de la zone

Indicateurs pressentis (rayer les indicateurs inutiles) :

- Densité de professionnels médicaux par discipline
- Densité de professionnels médicaux par discipline (secteur I)
- Nombre de Centres de santé dans la zone
- Présence de maisons de santé
- Présence d'établissements hospitaliers

Démographie médicale de la zone

Impact du facteur :



Composantes du facteur :

| Offre libérale environnement | Offre libérale environnement de secteur I | Centre de santé à proximité |
|---|---|-----------------------------|
| Etablissements hospitaliers à proximité | | |
| | | |
| | | |

Cohérence offre/besoins

Indicateurs pressentis (rayer les indicateurs inutiles) :

- Plage horaire journalière au regard de la population (Ouverture le midi, samedi/dimanche, le soir)
- Types de spécialités proposés
- Nombre d'heures de spécialités
- Nombre d'heures de MG
- Types de disciplines paraméd
- Nombre d'heures paraméd
- Plateau technique

Cohérence offre/besoins

Impact du facteur :



Composantes du facteur :

| Offre médicale du centre | Offre paramédicale du centre | Horaires d'ouverture |
|--------------------------|------------------------------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Soutien politique

Indicateurs pressentis (rayer les indicateurs inutiles) :

- Soutien affiché de la part des politiques (visite, communiqué)
- ZUS / CUCS / Ateliers santé ville (ASV)
- Contrats locaux de santé

Soutien politique

Impact du facteur :



Composantes du facteur :

| Actions de développement de la ville | | |
|--------------------------------------|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

Volonté d'intégration dans l'écosystème

Indicateurs pressentis (rayer les indicateurs inutiles) :

- Négociations envisagées avec l'Assurance Maladie
- Conventions envisagées avec les mutuelles
- Eligibilité subvention ARS
- Autres subventions

Volonté d'intégration dans l'écosystème

Impact du facteur :



Composantes du facteur :

| Développement de conventions | Réseaux et partenariats | Programmes de recherche |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |