

LES CENTRES MUNICIPAUX DE SANTÉ : UN DISPOSITIF AU CŒUR DES POLITIQUES LOCALES DE SANTÉ ET DE LEURS TENSIONS

[Igor Martinache](#)

Presses de Sciences Po | « Sociologies pratiques »

2022/2 N° 45 | pages 41 à 51

ISSN 1295-9278

ISBN 9782724637595

DOI 10.3917/sopr.045.0041

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2022-2-page-41.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.

© Presses de Sciences Po. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les centres municipaux de santé : un dispositif au cœur des politiques locales de santé et de leurs tensions

Igor MARTINACHE¹

Résumé : Organisations à mi-chemin entre les secteurs hospitaliers et libéraux, les centres municipaux de santé (CMS) constituent un dispositif ancien mais permettant de répondre à certaines problématiques (ré)émergentes en termes de santé publique. S'appuyant sur une enquête menée dans deux municipalités de l'ancienne « banlieue rouge » parisienne, ce texte s'emploie ainsi à montrer comment ces derniers peuvent permettre une territorialisation des actions en même temps qu'une prise en charge globale des patients, dans le double sens d'un suivi dans la durée et d'une attention aux multiples dimensions des déterminants de santé. Ces lieux privilégiés de la coordination des soins et d'initiation d'expérimentations sont cependant également traversés par les contradictions plus générales des politiques de santé actuelles, qui tentent de faire mieux avec moins. Le renforcement et la coordination des équipes et partenariats externes exigent ainsi un travail important mais souvent invisibilisé et donc peu valorisé, qui se heurte du reste aux cultures professionnelles et routines de travail existantes. Le financement des actions passe quant à lui de manière croissante par la réponse à des appels à projets qui peuvent se faire au détriment de dispositifs structurels pourtant impliqués par la volonté de développer la prévention et l'éducation pour la santé au-delà de la seule approche curative.

MOTS CLÉS : SANTÉ, ORGANISATIONS, VILLES, GROUPES PROFESSIONNELS, ACTION PUBLIQUE

L'un des effets de la pandémie de Covid-19 a replacé l'organisation du système de santé français en haut de l'agenda politico-médiatique. Si le dévouement des personnels et l'importance des services de premier recours ont été mis en avant, certaines de ses limites ont également été rendues saillantes, telles que l'articulation entre soins hospitaliers et ambulatoires, ou entre les échelles nationales et locales (Marin, 2021). Cependant, l'opposition convenue entre un hôpital public de plus en plus exsangue et un secteur libéral non régulé tend à occulter l'existence de structures à l'interface entre ces deux mondes : les centres de santé. Parmi les quelques 2 000 structures recensées dans le pays, et qui présentent une forte hétérogénéité (IGAS, 2013), une centaine est administrée par des municipalités qui en font le bras armé de leur politique de santé, bien qu'il ne s'agisse pas de l'une de leurs compétences spécifiques (Martinache et Vezinat, 2022)².

1. Maître de conférences à l'Université Paris-Nanterre, Institut des sciences sociales du politique (ISP), UMR n° 7220.

2. La santé publique est en effet une compétence de l'État, mais les municipalités peuvent néanmoins y intervenir de manière facultative en vertu de la clause générale de compétence de 1884, confirmée pour

À partir d'une enquête combinant matériaux ethnographiques (entretiens auprès d'élus, responsables et personnels de centres municipaux de santé (CMS) et observations) et documentaires collectés dans deux municipalités franciliennes, cet article étudie les particularités, potentialités mais aussi limites de ces structures. Il s'agit ainsi de se demander jusqu'à quel point celles-ci peuvent constituer un remède à certains des maux dont souffre actuellement le système de santé hexagonal. Dans quelle mesure peuvent-elles notamment permettre de dépasser l'opposition hôpital-libéral et résorber les « déserts médicaux » tout en redonnant des marges de manœuvre aux collectivités locales pour adapter l'offre de soins à leur territoire, mais aussi y développer la prévention ?

Présentation des terrains

Les analyses développées ici s'appuient sur des matériaux recueillis au sein de deux communes de la petite couronne parisienne, de deux départements distincts, mais qui ont en commun d'appartenir à l'ancienne « banlieue rouge » et d'être toutes deux administrées par une équipe municipale à majorité communiste. Comptant respectivement autour de 110 000 et 50 000 habitants au dernier recensement, les deux villes font l'objet d'une certaine gentrification qui n'empêche pas cependant le maintien d'un nombre important de ménages populaires et immigrés. Plus de 25 % de la population de chacune des deux communes est ainsi en situation de pauvreté monétaire (contre 14,8 % pour la moyenne nationale), ce qui s'accompagne notamment d'une forte prévalence de diverses pathologies chroniques (obésité, diabète de type 2, etc.) et d'un taux de mortalité infantile et prématurée supérieur à la moyenne nationale. La plus grande des deux villes compte trois CMS dont l'un, nouvellement ouvert, a remplacé trois anciens CMS de quartier, fermés en raison de la vétusté de leurs locaux. Ces CMS emploient un effectif soignant correspondant à 45 équivalent temps plein (ETP) répartis dans près d'une vingtaine de spécialités médicales et paramédicales et traitant une file active d'environ 22 000 patients par an, dont plus de 80 % résident dans la localité et plus de 20 % bénéficient de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale d'État (AME). L'autre municipalité possède deux CMS affiliés à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), de taille également inégale, qui emploient une vingtaine d'ETP. Dans les deux cas, le directeur des CMS est un médecin qui occupe également la fonction de directeur du service de santé à la municipalité. Il va de soi que les spécificités de ces deux terrains invitent à certaines précautions dans le degré de généralité des considérations qui suivent.

Les cms, un tiers-lieu de la santé publique

Dans un premier temps, il s'agit d'examiner en quoi les cms constituent un outil proprement politique, tant parce qu'il permet d'incarner des choix et de déployer des

les seules communes par la loi du 7 août 2015 portant Nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRE).

expérimentations, mais aussi parce qu'il peut favoriser la coordination entre différents types d'institutions et d'acteurs locaux.

Des lieux d'impulsion d'une politique de santé locale

La loi du 15 février 1902 avait rendu le maire responsable des « conditions sanitaires » dans sa commune devant un Conseil départemental d'hygiène³ tout en le dotant de prérogatives en matière de prévention des épidémies. Cette dimension municipale de la santé publique s'est cependant estompée par la suite au profit de l'État sans pour autant disparaître (Barles, 2011). Parmi les diverses actions menées en la matière, certaines soignent directement leur population en finançant un ou plusieurs cms, dans la lignée des dispensaires développés parallèlement par les mouvements philanthropiques et ouvriers à la fin du xix^e siècle (Colin et Acker, 2009).

Ces cms ne se limitent pas à tenter de résorber les déficits et inégalités d'accès aux soins (Chambaud, 2018) sur leur territoire, mais permettant également de déployer diverses actions de prévention incarnant de véritables choix politiques. Ainsi, l'une des municipalités étudiées propose-t-elle dans l'un de ses cms un centre d'information et de dépistage gratuit et anonyme des infections sexuellement transmissibles, tandis que deux cms de l'autre commune abritent un centre de planification et d'éducation familiale. Leurs professionnels peuvent également intervenir dans d'autres structures municipales, voire directement auprès de publics plus ou moins ciblés dans une logique d'*aller vers*.

Cette approche de santé publique que revendiquent explicitement plusieurs responsables rencontrés implique de travailler avec différents services de la municipalité, comme l'explique ce directeur médical :

Mon rôle, c'est de mettre en articulation ces différents services pour que le chargé de mission santé mentale puisse travailler aussi bien avec le service communal d'hygiène et de santé qu'avec les psychiatres et les généralistes du cms. Je donne toujours en exemple le saturnisme : c'est une maladie organique, mais la question du logement est prépondérante puisque c'est son insalubrité qui fait qu'on se contamine par le plomb, et comme par hasard ça touche les populations les plus précaires. On est sur un carrefour médical, technique et social.

Reste qu'au-delà des discours, qui sonnent en l'état actuel des choses surtout comme des pétitions de principe, ce travail en intersectorialité (Sallé *et al.*, 2021) se heurte en pratique au cloisonnement et aux routines de travail qui président au sein des services municipaux, d'autant plus fortes que croît la taille de l'administration. Récurrenente en entretien, la question de la coordination constitue un enjeu particulièrement critique pour les cms, et ce à de multiples niveaux : celui de l'administration municipale, dans la relation entre les élus et les responsables des cms ; entre les professionnels exerçant au sein de chaque cms ; et enfin entre les différents cms lorsque la ville en compte plusieurs. Elle peut enfin également se décliner par rapport à l'offre de soins sur le territoire communal.

3. « La loi de santé publique de 1902 », *Les Tribunes de la santé*, 25 (4), 2009, p. 129.

Des lieux de coordination à l'échelle locale

La représentation traditionnelle d'un système de soins français divisé entre l'hôpital et les soins ambulatoires est battue en brèche depuis plusieurs années, par le biais des évolutions législatives et des pratiques. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a ainsi promu le développement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour lutter contre les *déserts médicaux* (de Fontgalland et Rouzaud-Cornabas, 2020). Impulsé par le biais d'incitations financières, leur déploiement implique certains changements culturels de la part de l'ensemble des acteurs concernés, comme le résume ce maire-adjoint en charge de la santé :

La grande question de l'ARS, où elle donne de l'argent, c'est les CPTS. Donc on travaille sur la CPTS avec les différents acteurs et on a des contacts réguliers avec l'amicale des médecins. Les choses se sont quand même relativement apaisées. C'est vrai que les médecins veulent surtout que l'on règle leurs problèmes de stationnement, mais bon !

À demi-mot, cet élu suggère que les soignants de ville sont peu enclins à voir la municipalité s'ingérer dans leurs affaires autrement qu'en leur accordant certaines facilités, comme la mise à disposition de locaux à des loyers avantageux ou le stationnement évoqué lors de l'entretien ci-dessus, mais que certains projets partenariaux développés à partir des CMS ont pu permettre de surmonter ces réticences. Ce rôle de pivot dans une coordination des soins que les pouvoirs publics cherchent actuellement à impulser (Le Cossec *et al.*, 2018) se déploie également vers l'hôpital, comme l'illustre la convention établie en 2018 par l'une des municipalités étudiées avec le Centre hospitalier intercommunal (CHI) présent sur son territoire, qui prévoit notamment le développement de modules de formations croisées pour les personnels, la participation des membres de chacune des structures à des staffs et réunions pluridisciplinaires communes, une politique de communication conjointe et la mise en place d'un partenariat entre les permanences d'accès aux soins (PASS) respectives du CHI et des CMS.

Enfin, la taille réduite des centres peut contribuer à réduire la défiance fréquente entre les différents groupes professionnels de santé, ainsi que l'explique ce directeur :

Les infirmières qui ont travaillé à l'hôpital, elles sont déjà dans un certain moule. Mais les médecins, c'est pareil ! Et leurs relations sont parfois tendues. [...] On a formalisé des groupes de travail : un staff de gynéco, où se retrouvent médecins, infirmières, conseillères conjugales [...]. Toutes les six semaines j'ai monté des réunions pluriprofessionnelles autour d'une thématique que les collègues choisissaient, et on faisait venir éventuellement un intervenant extérieur, pour débattre. Et là j'invite tout le monde : médecins, infirmiers, dentistes... Tous ceux qui peuvent venir viennent.

Si l'organisation de ce type de réunions et groupes de travail peut faire l'objet d'une rémunération spécifique dans le cadre de l'accord national des centres de santé de 2015, en pratique, dans la mesure où celle-ci est versée directement aux centres, elle ne suffit pas à assurer la participation de l'ensemble des personnels, en particulier des plus éloignés du cœur médical, de l'aveu même des responsables, qui semblent moins sensibles à l'utilité de telles réunions.

Des lieux d'initiative et d'expérimentation

Cette mise en réseau que les CMS peuvent impulser est elle-même indissociable d'une dynamique d'expérimentation. En effet, ces actions transversales impliquent elles-mêmes la mobilisation d'une diversité d'institutions, non sans bousculer leurs modalités d'intervention habituelles. Ainsi, dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS), l'une des villes a développé un vaste projet autour de l'alimentation dans lequel les CMS jouent un rôle central : ses diététiciennes participent ainsi à la composition des menus servis aux enfants des écoles et crèches municipales, tandis qu'un agent de prévention spécialement recruté se rend dans les écoles pour mesurer le poids et la taille de l'ensemble des élèves de CM1 et inviter ensuite les parents de ceux qui présentent un surpoids de venir consulter en CMS. Un dispositif de sport-santé a également été déployé dans les deux villes conformément à une tendance plus générale (Gasparini et Knobé, 2021). La présence de CMS permet de ne pas se limiter à la seule prescription d'activité physique, en permettant de formaliser un véritable parcours d'accompagnement des patients, destiné à dépasser certains obstacles à la pratique sportive d'ordre psycho-social, comme l'explique cette responsable du service de prévention-santé d'une des villes :

À X, il y a beaucoup de structures associatives et de lieux pour faire du sport, et tous les professionnels de santé recommandent aux personnes atteintes de maladie chronique de faire du sport et de bouger plus. Or, dans la pratique, on a pu constater qu'il y avait beaucoup de freins qui empêchent les personnes de faire du sport, pas que liés à leur maladie : « Si j'y vais, on va se moquer de moi. Ils sont trop dans la compétition, j'ai peur ». Du coup, dire qu'il faut faire du sport, c'est bien, mais ça ne suffit pas. Il faut les accompagner, et leur proposer des créneaux ou des sports adaptés à leurs capacités, à leur motivation, etc.

Lancé en 2017, le parcours sport-santé de l'une des villes étudiées implique ainsi les CMS, le réseau d'infirmières Asalée⁴ et le principal club omnisports de la ville, avec un financement de la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) qui permet d'assurer la gratuité des activités.

Orienté par son médecin traitant, le patient rencontre les infirmières Asalée et les diététiciennes du centre qui lui proposent, suivant sa situation et ses envies, une ou plusieurs activités, soit dans une association existante, soit spécifiquement mise en place : marche à pied, baignade à la piscine dans un créneau réservé ou cours collectifs encadrés par des éducateurs sportifs titulaires du certificat complémentaire sport-santé⁵. « Quand on est éducateur sportif dans ce parcours, on ne dispense pas simplement son activité : cela implique d'évaluer les gens, de venir en staff... », précise la coordinatrice du dispositif, ajoutant que se noue de ce fait « un lien étroit entre les éducateurs sportifs et le centre de santé ». En pratique, si ce « lien étroit » a effectivement pu être constaté sur le terrain, celui-ci semble également tenir à la relation de

4. Contraction d'Action de Santé Libérale En Équipe, ce dispositif créé en 2004 consiste pour des infirmières exerçant en structure d'exercice coordonné à accompagner collectivement des patients atteints de pathologies chroniques. C'est ce réseau et non le CMS qui salarie directement ces professionnelles.

5. Cette certification implique une cinquantaine d'heures de formation validées par une épreuve écrite et un entretien.

dépendance à l'égard de cet employeur qu'implique pour ces professionnels cette relative reconversion.

Face à l'augmentation des demandes, la responsable du dispositif exprime son souhait d'étendre quantitativement et qualitativement, en ouvrant davantage de créneaux, notamment en soirée pour les personnes en emploi, et en recrutant davantage d'éducateurs formés au sport-santé, ce qui implique cependant un travail de plaidoyer, tant vis-à-vis de la municipalité que des tutelles (Agence régionale de santé, CPAM, etc.). Cette double dépendance, décisionnaire et financière, caractérise en réalité plus largement toute l'activité des cms.

Des institutions traversées par de fortes tensions

Dispositif ancien, les cms apparaissent néanmoins adaptés pour faire face à un certain nombre d'enjeux du système de santé actuel. Il serait cependant illusoire de croire qu'ils seraient exempts des tensions et contradictions qui traversent ce dernier, auxquelles s'ajoutent un certain nombre d'autres qui leur sont spécifiques, de par leur structuration spécifique.

Des difficultés particulières de recrutement

En entretien, les responsables de cms s'empressent de dire que les véritables « patrons » sont les élus, maire en tête, auxquels ils doivent rendre des comptes. En pratique, cela peut générer certaines frictions, en cas de désaccords ou de manque d'affinités avec l' élu à la santé, ou d'alternance politique à la mairie. Ce directeur explique ainsi pourquoi il a quitté son poste précédent :

Quand en 2014 il y a eu un changement de municipalité, ça s'est très, très mal passé. [...] Il y a eu tout de suite une relation de défiance. [...] L' élu à la santé était un médecin qui travaillait dans une clinique privée et ne savait absolument pas comment fonctionnaient les centres de santé. [...] Le contrat local de santé, ils n'en avaient rien à faire, alors qu'on avait beaucoup travaillé dessus...

À cette première dépendance aux élus s'ajoute une autre, à l'égard des autres services administratifs de la municipalité, qui ne sont pas forcément acculturés à l'intersectorialité. Le même directeur raconte la réception glaciale des agents d'accueil de la mairie quand il a voulu observer comment ils travaillaient, et dénonce un fonctionnement « en silos ». Or, celui-ci peut aussi avoir des conséquences concrètes très problématiques. C'est le cas par exemple du recrutement des agents d'accueil dans l'une des municipalités étudiées. Comme les autres personnels non-soignants, ceux-ci sont en effet embauchés par la direction des ressources humaines de la mairie peu au fait des besoins spécifiques des cms, comme l'explique cette responsable administrative :

Je leur dis des fois : « Je voudrais recruter, j'ai des postes d'accueil vacants » ; mais ils m'envoient l'agent d'accueil qui a exercé chez MacDo ou je sais pas où. Dès qu'ils voient le mot « accueil », ils orientent vers moi. Ce n'est pas du tout ciblé, et la difficulté de recruter vient de ça : soit des annonces mal rédigées sur lesquelles on n'a pas la main, soit ce qui est transmis n'est pas forcément adapté.

S'agissant des personnels soignants, recrutés directement par la direction des cms, la situation est un peu différente. Si les médecins généralistes et les infirmières semblent attirés par des conditions de travail plus avantageuses⁶, ce n'est pas le cas des spécialistes que les cms peinent à recruter, comme l'explique ce directeur :

Un médecin temps plein, 36 heures par semaine, avec 6 voire 7 semaines de congés payés, gagne à peu près 4 800 euros nets par mois. Je considère que c'est un bon salaire. Un libéral va gagner plus du double mais va payer les frais de son cabinet, ses salariés, et puis va travailler le double ! [...] Les jeunes ne veulent plus travailler 72 heures par semaine et avoir du temps de concertation, d'échange avec leurs partenaires. Il n'y a pas un mois qui s'écoule sans que j'aie au moins deux candidatures spontanées en médecine générale. Les spécialistes c'est différent ! Proposer 4 800 euros par mois à un ophtalmo, on ne joue pas dans la même cour, c'est ce qu'il gagne dans la semaine !

À cela, s'ajoutent des besoins d'investissements spécifiques pour les spécialités qui nécessitent un plateau-technique, et la concurrence des centres privés, notamment dentaires, qui exerceraient une concurrence que certains considèrent « déloyale » au détriment de la qualité des soins, qui leur permet aussi d'offrir des rémunérations plus attractives. Enfin, la rotation du personnel qui peut résulter de départs à la retraite, de « motifs personnels » (comme un déménagement consécutif à la mutation du conjoint) ou de la démotivation engendre un travail spécifique de reconstruction des équipes, mais aussi une vigilance particulière de la part des directeurs pour prévenir les départs résultant d'un insuffisant sentiment d'intégration au collectif. Un travail d'autant plus délicat à déployer que les intéressés se montrent eux-mêmes ambivalents vis-à-vis des temps de réunion collectifs.

Un travail d'organisation invisibilisé

Si les responsables de cms rencontrés se montrent unanimement convaincus que l'intersectorialité, à toutes les échelles, constitue « l'avenir de la santé », ce n'est pas forcément le cas de leurs personnels qui peuvent avoir le sentiment d'une certaine tendance à la « réunionite » qui réduit le temps passé avec les patients, qu'ils considèrent comme leur « vrai boulot » (Bidet, 2010). Et cela pose de surcroît des problèmes pratiques résumés par cette responsable administrative :

Quand vous voulez réunir tous les accueils, soit vous le faites sur le temps du déjeuner, mais il y a des centres qui travaillent sur l'heure du déjeuner. Donc vous devez organiser des récupérations d'heures, ce qui après n'est pas évident en termes de gestion. Ou alors vous faites ça sur le temps de consultation, mais cela veut dire qu'il faut mobiliser des infirmières. Réunir des professionnels par catégorie en général gêne le fonctionnement des centres.

Les réticences parfois entendues vis-à-vis de ces temps de coordination pluriprofessionnelle, d'autant plus nécessaires quand la commune compte plusieurs cms, peuvent aussi s'interpréter comme une défense par les intéressés de leurs juridictions

6. En termes de temps de travail et d'organisation des tâches, dont une partie est prise en charge par le cms, ce qui compense largement aux yeux des intéressés la perte de rémunération associée.

professionnelles, menacées par l'empiétement d'autres groupes et la remise en cause de leurs routines et cultures professionnelles. Reste que certains peuvent *a contrario* y trouver une source d'enrichissement, à l'instar de ce médecin généraliste qui s'est spécialisé dans l'accueil des personnes sans-abri, en liaison avec la mission précarité d'une des villes étudiées, ou de cette infirmière formée au nouveau métier de conseillère médicale en environnement intérieur qui consiste à contrôler la qualité de l'air dans les logements. Ce travail de coordination s'avère également chronophage pour les responsables des centres, qui doivent de ce fait présenter une double compétence médicale et administrative : la première pour apparaître légitime face aux personnels – au risque de voir monter une défiance pouvant aller jusqu'à la grève, comme c'est arrivé sur l'un des terrains plusieurs années auparavant, et la seconde pour assurer des tâches de liaison spécifiques aux CMS. Si la formule d'un binôme médecin-cadre administratif à la tête des CMS semble concluante en la matière, elle implique néanmoins la construction d'une bonne entente interpersonnelle et une division des tâches clairement définie et pose le problème de la formation, comme le pointe la même enquêtée :

Il n'y a pas eu de formation universitaire ou autre jusqu'à très récemment. Moi, j'ai un profil de juriste et quand je suis arrivée dans les centres de santé, ce n'était vraiment pas un milieu et une culture que je connaissais. La Fédération des centres de santé a organisé avec l'Agence régionale de santé et l'École nationale de santé publique à Rennes une formation qui s'appelle « Coordinateurs de centres de santé ». Dans cette formation, vous aviez des personnes comme moi au profil plutôt administratif, mais aussi des médecins parachutés directeurs de centre sans avoir appris à piloter un projet ou à coordonner une équipe⁷.

Bien qu'« intéressante » à ses yeux, cette formation reposait néanmoins d'après elle sur le « partage d'expérience », suggérant qu'un travail de formalisation reste à faire. Autre problème : le partage du secret médical, en particulier vis-à-vis des personnels non médicaux. Une éducatrice sportive certifiée sport-santé raconte ainsi avoir été confrontée au cas d'une patiente ayant effectué des malaises à répétition jusqu'à ce qu'elle en vienne à appeler les secours :

Les pompiers sont arrivés, lui ont posé des questions, et là j'apprends qu'elle a deux stents, suite à deux arrêts cardiaques... Je suis tombée de haut !

La question de la coordination dans les CMS se pose donc avec une acuité toute particulière et à plusieurs échelles : intra et inter-groupes professionnels, inter-sites le cas échéant, et enfin entre intérieur et extérieur, car les actions de prévention et éducation impliquent également des conflits d'emploi du temps avec les consultations. Or, si ce travail est en partie reconnu par la CPAM par le biais de l'accord national sur les centres de santé qui prévoit des financements spécifiques dédiés, ceux-ci ne s'avèrent pas forcément suffisants et contribuent à pousser les responsables de CMS à répondre à divers appels à projets.

7. Cette remarque est confortée par les nombreux travaux consacrés à la socialisation des médecins, notamment généralistes, et à leur difficile insertion dans les politiques de santé publique, par exemple Bloy (2014).

Des organisations prises dans la « nouvelle gestion publique »

Les cms semblent ainsi bien répondre aux objectifs de santé publique inscrits dans la loi Santé de 2016 : promouvoir le « patient-citoyen » en renforçant la territorialisation dans une logique de subsidiarité, la prévention et l'éducation à (ou pour) la santé, la santé environnementale, l'aller vers, la prise en charge globale des patients, sans oublier la démocratie sanitaire et une réforme de la tarification (Lajarge *et al.*, 2017). Ces deux derniers points, affichés comme des objectifs dans les contrats locaux de santé des deux municipalités étudiées sont significativement restés jusqu'à présent lettre morte. On peut ainsi faire l'hypothèse que les cms révèlent également les contradictions d'un système de santé marqué par de telles ambitions et un souci de rationalisation des dépenses. Si comme on l'a vu, les cms lancent de nombreuses initiatives, cela ne tient pas seulement à la volonté politique de leurs responsables, mais aussi – et peut-être surtout – à la nécessité de diversifier leurs sources de financements comme le suggère ce directeur :

Financièrement parlant, c'est pas rentable puisqu'on est dans le paiement à l'acte. Ça vous pousse à faire des actes. Et quand on mène une action à l'extérieur, ou que j'ai une réunion de travail avec un inspecteur de la salubrité pour trouver une solution : je ne produis rien ! Si, de la qualité, mais elle n'est pas valorisée financièrement ! Dans les centres de santé, le budget c'est la production d'actes valorisés par l'Assurance maladie et les mutuelles. Pour le reste, on répond à des appels à projets : l'ARS, la CNAM, tout ce qui passe, pour apporter un financement.

Par leur structuration, les cms apparaissent ainsi de plus en plus ensermés dans la logique de la « nouvelle gestion publique » (Garcia et Pillon, 2021) qui s'emploie notamment à masquer la pénurie de moyens par le lancement d'appels à projet et la mise en réseau. La promotion des projets qui la sous-tend au détriment des structures pérennes peut en effet favoriser un certain dynamisme, mais au prix d'une précarité des actions allant à l'encontre d'une vision de long terme, pourtant nécessaire à l'accompagnement ambitionné des patients, surtout les plus précaires.

Conclusion

Loin d'être figés dans la posture des dispensaires dont ils s'estiment les héritiers, les cms de la petite couronne parisienne représentent des outils privilégiés pour le déploiement de politiques de santé à l'échelle locale. Opérateurs de coordination des professionnels de santé sur le territoire, ils contribuent également à déssectoriser les enjeux sanitaires et favoriser une approche pluriprofessionnelle dans et au-delà de leurs murs. Ils représentent aussi des foyers d'initiatives permettant de repenser la santé publique dans une logique en prise avec les contextes locaux et un suivi personnalisé des parcours. Mais ces structures se heurtent également à un certain nombre de difficultés qui apparaissent comme l'envers de ces atouts. Leur fonctionnement implique cependant un travail de coordination important et insuffisamment reconnu par leurs tutelles, mais aussi par leurs propres personnels. Ces temps, comme ceux de conception et mise en

œuvre de projets, entrent en concurrence avec celui des consultations, mais remettent également en question les territoires professionnels traditionnels. Plus largement, les cms s'avèrent aux premières loges des contradictions des politiques actuelles de santé, qui promeuvent un suivi global et personnalisé des patients d'une part, tout en cherchant d'autre part à rationaliser les dépenses, ce qui implique notamment une certaine standardisation des prises en charges. En découle une série de tensions en termes de temporalités, mais aussi de ciblage des publics : refusant d'exercer de « pauvres soins pour les pauvres », selon l'expression de l'un d'eux, les responsables des cms paraissent tiraillés entre le fait d'aller au contact des populations précaires et de développer une certaine « mixité sociale » dans leurs consultations. En fin de compte, si les cms apparaissent comme des outils à ne pas négliger pour aborder toute une série d'enjeux de santé publique, voire de « santé sociale » (Duvoux et Vezinat, 2022), ils restent dépendants de l'usage que l'on en fait, autrement dit de choix politiques dans ce domaine, tant à l'échelle locale que nationale. Reste néanmoins à savoir jusqu'à quel point les analyses développées ici à propos d'établissements de la petite couronne parisienne valent également pour d'autres territoires, plus favorisés ou moins urbains notamment, dans la mesure où la catégorie de « désert médical » recouvre en réalité une forte hétérogénéité de situations.

igor.martinache@parisnanterre.fr

Références bibliographiques

- BARLES S. (2011), « Les villes transformées par la santé, XVIII^e-XX^e siècles », *Les Tribunes de la santé*, 33, p. 31-37.
- BIDET A. (2010), « Qu'est-ce que le vrai boulot ? Le cas d'un groupe de techniciens », *Sociétés contemporaines*, 78 (2), p. 115-135.
- BLOY G. (2014), « À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions », *Revue française des affaires sociales*, 1-2, p. 169-191.
- CHAMBAUD L. (2018), « Accès aux soins : éléments de cadrage », *Regards*, 53, p. 19-28.
- COLIN M.-P., ACKER L. (2009), « Les centres de santé, une histoire, un avenir », *Santé publique*, 21 (1), p. 57-65.
- DE FONTGALLAND C., ROUZAUD-CORNABAS M. (2020), « De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé », *Santé publique*, 32 (2-3), p. 239-246.
- DUVOUX N., VEZINAT N. (dir.) (2022), *La Santé sociale*, Paris, PUF.
- GARCIA S., PILLON J.-M. (2021), « Pour une socio-économie de l'État en recomposition », *Revue française de socio-économie*, 27 (2), p. 33-51.
- GASPARINI W., KNOBÉ S. (dir.) (2021), *Le Sport-santé. De l'action publique aux acteurs sociaux*, Strasbourg, Presses de l'Université de Strasbourg.
- Inspection générale des affaires sociales (2013), « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain », rapport n° RM2013-119P.
- LAJARGE É., DEBIÈVE H., NICOLLET Z., PIOUS S. (2017), *Santé publique en 13 notions*, Paris, Dunod.

- LE COSSEC C., GIACOPELLI M., DE CHAMBINE L. (2018), « Coopération hospitalière avec des médecins et paramédicaux de ville », *Santé publique*, 30 (2), p. 213-224.
- MARIN P. (2021), « Les défis du système de santé face à la crise de la Covid-19 », *Administration & Éducation*, 169 (1), p. 63-69.
- MARTINACHE I., VEZINAT N. (2022), « La santé est-elle l'affaire des municipalités ? », dans DUVOUX N., VEZINAT N. (dir.), *La Santé sociale*, Paris, PUF, p. 43-57.
- SALLÉ L., HONTA M., HASCHAR-NOÉ N. (2021), « Les injonctions contradictoires à l'intersectorialité dans l'action publique sanitaire. L'exemple du Programme national nutrition santé », *Sciences sociales et santé*, 39 (3), p. 79-105.