

Observatoire des Finances
et de la Gestion publique Locales

Les centres de santé gérés par les collectivités locales

Mai 2026

Collection Cap sur...
Collecter, Analyser, Partager

« Cap sur les centres de santé gérés par des collectivités locales » - Mai 2026
Une publication de l'Observatoire des Finances et de la Gestion publique Locales

Directeur de la publication : Thomas Rougier
Auteurs : Clémence Legrand, Thomas Rougier

Les résultats présentés dans cette étude sont le fruit de traitements opérés par l'OFGL à partir des données des comptes de gestion de la DGFIP, ainsi que des données de la plateforme e-CDS transmises par le Ministère de la Santé.

L'OFGL remercie particulièrement, pour la transmission de ces données et pour leur accompagnement, Samuel Delafuys, Pierre-Antoine Mauro, et Marie Desplanques, de la Direction Générale de l'Offre de Soins du Ministère de la Santé.

L'OFGL remercie également les personnes et structures suivantes qui ont accepté de partager leurs retours d'expérience et leur expertise dans le cadre de cette étude : Jean Deysson et Lou Cornillère (France Urbaine), Nelly Jacquemot et Sarah Reilly (AMF), Marie Morvan (Intercommunalités de France), Clément Boutruche (APVF), Laura Lehmann et Mayline Gautron (Régions de France), Kim Robin (KPMG), Olivier Gille (DGA Ville de Châteaudun), Lucie Legros (médecin généraliste), Emeline Meilhac (région Occitanie), Edouard Guerreiro (GIP Ma Santé Ma Région Occitanie), Hélène Colombani et Léonore Millet (Fédération Nationale des Centres de Santé).

L'OFGL remercie les autres membres de son Conseil scientifique et technique qui ont participé à la construction de ces travaux : DGCL-DESL, SNDGCT, AMRF, Cour des Comptes, AATF, AFL.

L'OFGL reste seul responsable des résultats présentés.

Sommaire

Synthèse	4
Introduction.....	5
Les collectivités gestionnaires : un panel très divers de collectivités et de communes d'implantation	6
<i>Un modèle de gestion dont s'emparent tous les niveaux de collectivités surtout sur les années récentes</i>	6
<i>Des territoires très contrastés pour l'implantation des centres de santé.....</i>	7
<i>...mais avec des traits communs : la précarité des populations et la désertification médicale.....</i>	9
Quels budgets pour quels types de centres de santé dans le cas de collectivités locales gestionnaires ?	11
<i>Les caractéristiques des centres de santé et des professionnels salariés par les collectivités gestionnaires</i>	11
<i>Les budgets associés aux centres de santé et à leurs missions sur le territoire</i>	13
<i>Des dépenses de fonctionnement principalement portées par les frais de personnel</i>	14
<i>Des budgets variables en lien avec les niveaux d'activité des centres</i>	15
Le modèle de financement des centres de santé : un reste à charge pour les collectivités, en moyenne mais pas systématique	17
<i>Des ressources spécifiques portées par les remboursements à l'acte.....</i>	17
<i>Des recettes externes qui, dans l'ensemble, ne couvrent pas les charges de fonctionnement des centres</i>	18
<i>Les spécificités des collectivités en fonction de l'existence ou de l'absence d'un reste à charge..</i>	19
Précisions méthodologiques	22

Synthèse

Pourtant hors de leur cœur de compétence, certaines collectivités locales font le choix de porter des centres de santé, qui sont un modèle d'exercice salarié et collectif de la médecine, pour à la fois défendre l'accès aux soins pour tous et lutter contre la désertification médicale. Ces collectivités sont 225 en 2024, principalement des communes mais aussi des intercommunalités, des départements (20) voire des régions (3), par l'intermédiaire de GIP (groupement d'intérêt public) pour ces dernières.

Il ne s'agit que d'une mesure parmi un grand nombre d'autres prises par les acteurs locaux pour renforcer l'attractivité de leurs territoires auprès des professions médicales. Mais les centres de santé gérés par des collectivités connaissent un fort développement ces dernières années et leurs budgets de fonctionnement atteindraient **300 millions d'euros pour 324 centres de santé portés en 2024**, estimation faite à partir des comptes de gestion de la DGFIP et des données du Ministère de la Santé qui ont servi de base à cette étude.

Historiquement implantés dans la première couronne parisienne où les centres de santé ont aujourd'hui une envergure très importante en termes de budget et d'effectif, de plus en plus de centres de taille plus modeste se développent dans les territoires ruraux ; 34,5% des centres gérés par les collectivités s'y situent. La typologie des communes d'implantation présente des territoires parfois antinomiques du point de vue de la densité, de la taille en nombre d'habitants et de l'âge de la population, mais ils ont comme points communs, a minima, **une population plutôt précarisée et des difficultés d'accès aux soins.**

Si le budget global de ces centres de santé reste modeste par rapport aux autres champs d'intervention des collectivités locales, un centre de santé représente **un budget de fonctionnement médian de 675 500 euros en 2024**, ce qui peut localement peser sur le budget d'une collectivité. Pour celles du bloc communal gérant un centre de santé, celui-ci équivaut à **3,1% de leur budget de fonctionnement global**. Pour 10% d'entre elles, notamment dans les territoires ruraux, ce poids dépasse les 21%, signe d'un service public structurant.

Les recettes perçues de l'Assurance maladie, via le remboursement à l'acte ou les subventions de l'accord national des centres de santé, ou encore les subventions des agences régionales de santé (ARS) constituent le socle des sources de financement. Elles ne permettent pas, dans l'ensemble, de couvrir les dépenses de fonctionnement. **60% des collectivités présentent un reste à charge : pour elles, 32% des dépenses en moyenne ne sont pas couvertes par les recettes.**

Pour 40% des collectivités en revanche, les recettes dépassent de 16,5% le niveau des dépenses. Ces collectivités gèrent principalement de petits centres avec un poids important des médecins généralistes dans les effectifs.

Le reste à charge semble effectivement s'accroître à mesure que le centre s'agrandit et diversifie ses missions au-delà des consultations médicales, ce qui correspond à la définition et aux buts visés des centres de santé. Ce constat concerne cependant l'année 2024 uniquement, alors qu'un nouvel accord national a été signé en 2025 pour améliorer la rémunération des missions des centres de santé.

Introduction

Les centres de santé sont juridiquement définis comme des « **structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient** »¹. Ils se caractérisent principalement par une prise en charge pluriprofessionnelle des patients, et par le salariat des professionnels qui exercent au sein du centre. Ils doivent assurer l'accès au soin de toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant des compétences des professionnels du centre, ils constituent de ce fait une première porte d'entrée vers des parcours de soin plus larges. La réalisation de prestations principalement remboursables par l'assurance maladie et la pratique du tiers payant participent à favoriser cet accès au soin pour tous. Enfin, ces centres de santé peuvent être créés et gérés par des collectivités territoriales.

Les centres de santé sont donc à la fois un modèle d'exercice particulier de la médecine, avec une dimension sociale d'accès au soin, un ancrage dans le territoire en lien avec les autres acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé, mais aussi un **exercice collectif pour les professionnels de santé dans les conditions d'emploi du salariat**. Ils se distinguent ainsi de l'exercice en cabinet libéral, ou dans des regroupements de professionnels libéraux comme les maisons de santé ou pôles de santé.

Ces caractéristiques en font un **outil de lutte contre les déserts médicaux**, qui peut intéresser les collectivités pour attirer des professionnels de santé sur leur territoire, l'accès au soin étant une demande forte des administrés auprès des élus locaux.

Les collectivités locales ont, à tous les niveaux, pris nombre d'initiatives financières ou matérielles pour inciter à l'installation de médecins sur leurs territoires ces dernières années. La Cour des Comptes a publié un rapport en novembre 2025² sur les aides à l'installation des médecins libéraux, notant la multiplication des initiatives locales à toutes les échelles de collectivités mais aussi la difficulté d'objectiver financièrement ces mesures diverses. Les centres de santé, bien que ne représentant qu'une partie des modes d'intervention des collectivités, impactent durablement les **budgets de fonctionnement des collectivités** qui mettent en place ce système de salariat par rapport à d'autres systèmes d'aides plus ponctuels. C'est pourquoi cette étude analyse les collectivités ayant fait ce choix et les enjeux financiers que leurs centres de santé rencontrent.

L'analyse vise à donner des **éléments de référence sur le modèle de financement des centres de santé et les impacts financiers pour les collectivités concernées**, dans le but d'accompagner les décideurs locaux dans la construction de leurs politiques de santé et de mettre en lumière les collectivités déjà investies dans la gestion d'un centre de santé.

L'étude s'appuie sur les données des comptes de gestion publiées par la Direction générale des Finances publiques et sur des données financières et extra-financières communiquées par le Ministère de la Santé et issues de la plateforme e-CDS, pour l'année 2024. Ces données quantitatives ont été complétées par des entretiens avec des acteurs de l'écosystème des centres de santé. Les éléments méthodologiques sont précisés en annexe de l'étude.

¹ Article L6323-1 du Code de la Santé publique

² <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-11/20251112-Aides-installation-des-medecins-liberaux.pdf>

Les collectivités gestionnaires : un panel très divers de collectivités et de communes d'implantation

Un modèle de gestion dont s'emparent tous les niveaux de collectivités surtout sur les années récentes

Historiquement, les communes sont les collectivités qui ont été les plus précoces à gérer des centres de santé, notamment à travers les centres de santé municipaux dont certains ont été créés pendant la première moitié du 20^{ème} siècle. Ce modèle s'est développé d'abord en Ile-de-France, plus particulièrement en première couronne parisienne. 85% des centres de santé portés par des collectivités locales et créés avant 2009 sont situés dans cette région.

Mais au 31 décembre 2024, d'après les chiffres recueillis et transmis par le ministère de la Santé, tous les niveaux de collectivités locales se retrouvent parmi les gestionnaires de centres de santé localisés bien au-delà de l'Ile-de-France. **Le bloc communal**, très majoritairement des communes (à plus de 80%) mais aussi leurs centres communaux d'action sociale (CCAS) et des intercommunalités, reste prédominant, puisque celui-ci **porte près de 73% des centres de santé gérés par des collectivités locales**. Les départements, au nombre de 20, gèrent ensuite environ 14% des centres, et trois régions, par l'intermédiaire de groupements d'intérêt public (GIP), sont intervenues ces dernières années pour développer des centres de santé qui représentent aujourd'hui près de 13% des centres sous responsabilité des collectivités. Parce qu'elle représente deux niveaux de collectivités, et de par la grande spécificité de ses caractéristiques socio-démographiques, la Ville de Paris et ses centres de santé sont exclus de notre analyse.

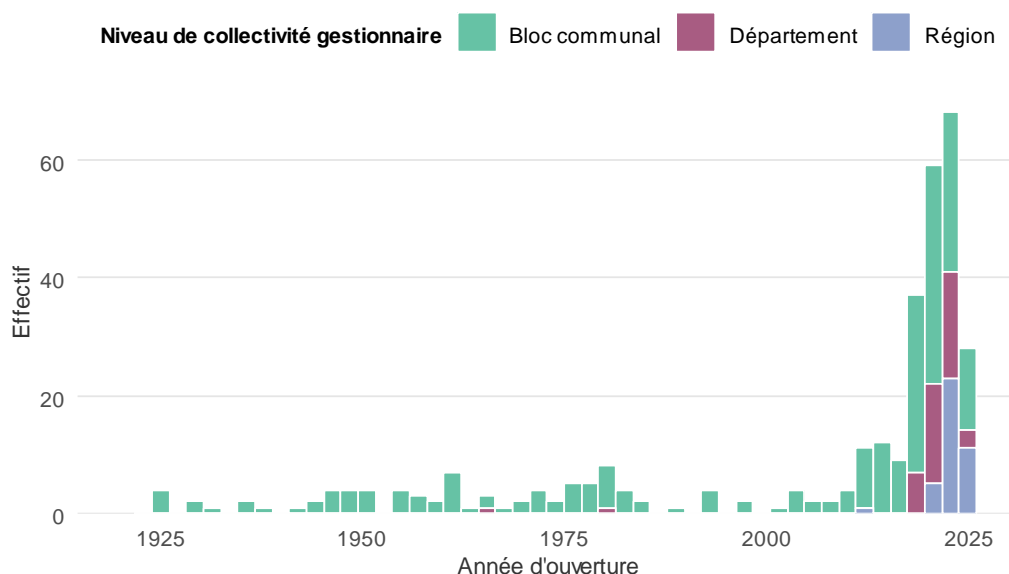
Le modèle des centres de santé gérés par des collectivités, et notamment celui des centres de santé municipaux, n'est pas un modèle récent, mais **son développement est particulièrement important sur ces dernières années**. La progression rapide du nombre de centres de santé est due au rôle grandissant des régions et départements qui ont créé un grand nombre de centres de santé ces dernières années. En effet, 89% des centres gérés par des départements ou des régions (via leurs GIP) ont été créés à partir de 2020. Mais le bloc communal a aussi connu un essor important du nombre de centres de santé, avec un tiers des centres créés ces 5 dernières années (2020-2024).

Tableau 1 : Répartition des centres de santé gérés par des collectivités locales selon le niveau de collectivité

	Nombre de collectivités	Nombre de centres de santé	Part des centres de santé gérés
Bloc communal	202	236	72,8 %
Département	20	47	14,5 %
Région (via leurs groupements d'intérêt public)	3	41	12,7 %
Total	225	324	100 %

Source : traitement OFGL, données Ministère de la Santé issues de la plateforme e-CDS, au 31 décembre 2024.

Graphique 1 : Distribution des centres de santé gérés par des collectivités locales selon leur année d'ouverture



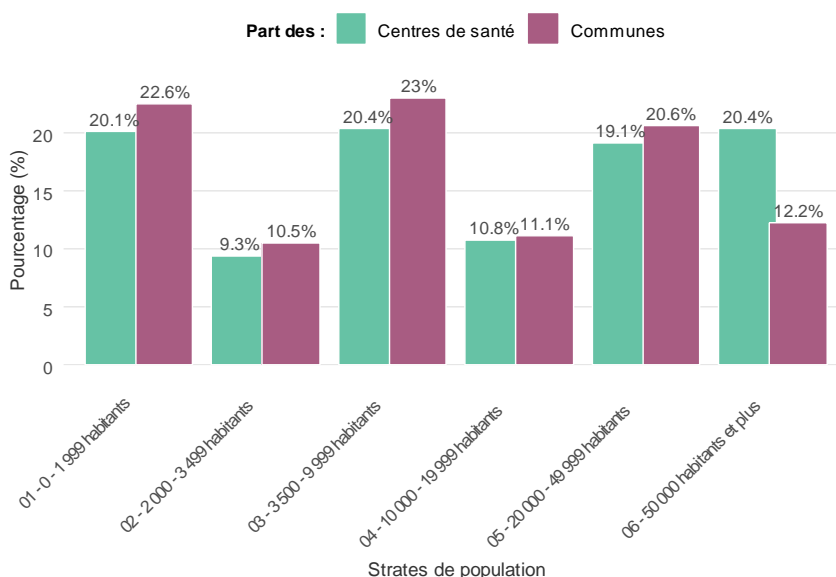
Source : traitement OFGL, données Ministère de la Santé issues de la plateforme e-CDS et de la base FINESS, au 31 décembre 2024.

Des territoires très contrastés pour l'implantation des centres de santé...

Les centres de santé ont pour mission d'être ouverts à tous les publics sans condition de résidence, mais ils restent un équipement de

proximité pour desservir la population locale. Il est donc intéressant, indépendamment du niveau de collectivité gestionnaire du centre, d'étudier les territoires dans lesquels ils sont implantés à travers les caractéristiques de leur commune d'implantation.

Graphique 2 : Répartition du nombre de centres de santé et du nombre de communes d'implantation en fonction des strates de population des communes

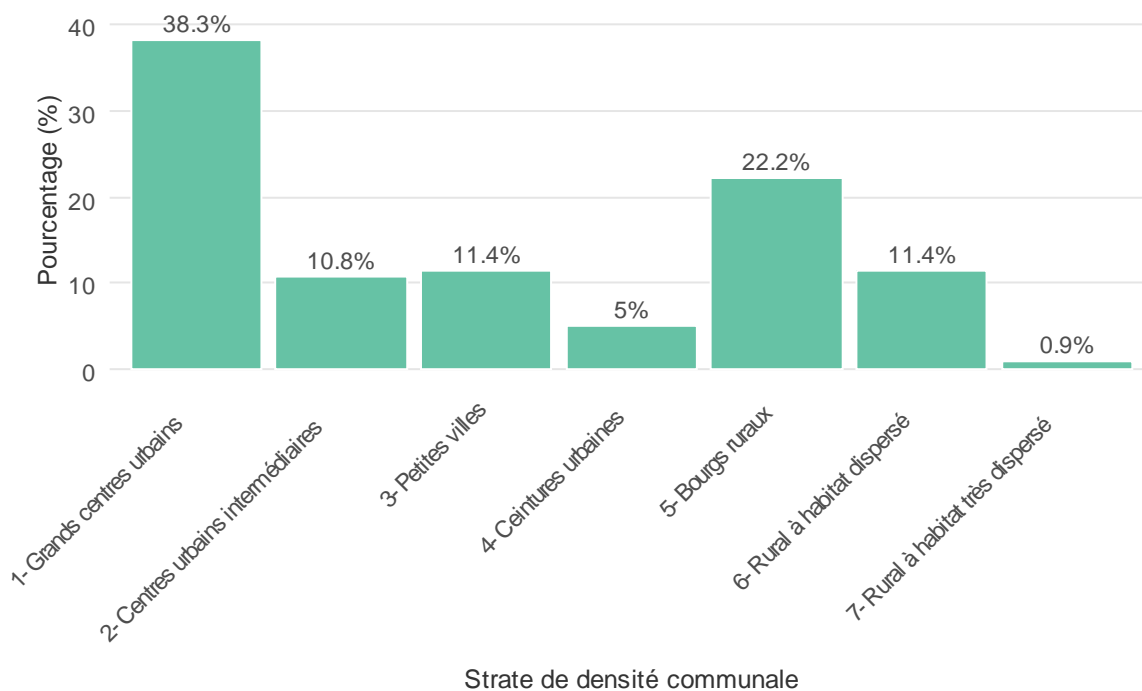


Source : traitement OFGL, données Ministère de la Santé issues de la plateforme e-CDS, au 31 décembre 2024, sur 324 centres de santé gérés par les collectivités.

Une des spécificités des centres de santé gérés par des collectivités locales est qu'ils sont implantés dans toutes les tailles de communes, les plus petites comme les plus grandes. **Un cinquième des centres de santé est installé dans des communes de moins de 2 000 habitants, tandis qu'un autre cinquième est localisé dans les grandes communes de plus de 50 000 habitants** où plusieurs centres de santé sont parfois sur la même commune d'implantation. Il s'agit de cas où la commune gère plusieurs centres de santé. Pour cette raison, ces communes de plus de 50 000 habitants ne représentent que 12 % des communes d'implantation.

En regardant du point de vue de la densité des communes, au sens de la grille de densité à 7 niveaux de l'INSEE³, les centres de santé concernent également tous les types de territoires. Selon cette grille, **38% des centres de santé sont situés dans les grands centres urbains**. Les origines franciliennes du développement des centres de santé participent à cette surreprésentation des territoires très denses dans les communes d'implantation des centres de santé. Mais à l'inverse, les collectivités gestionnaires installent aussi des centres dans les zones rurales particulièrement concernées par la désertification médicale. Ainsi, **les trois niveaux de territoires ruraux selon la grille de l'INSEE regroupent 34,5% des centres de santé**.

Graphique 3 : Répartition du nombre de centres de santé selon la densité de la commune d'implantation



Source : traitement OFGL, données INSEE issues de la grille de densité communale 2025, données Ministère de la Santé issues de la plateforme e-CDS, au 31 décembre 2024, sur 324 centres de santé.

³ Grille de densité 2025 de l'INSEE : <https://www.insee.fr/fr/information/8571524>

Les **forts contrastes entre territoires accueillant des centres de santé** rendent nécessaire une approche typologique, afin d'isoler différents profils de communes d'implantation des centres de santé au lieu d'en dégager un profil moyen.

A partir d'une méthode de classification détaillée en annexe, **quatre groupes de centres de santé peuvent être distingués principalement du fait de leur année d'ouverture, de la population de leur commune d'implantation mais aussi de l'indice de vieillissement de leur population⁴ ainsi que de la densité de population :**

- 40% des centres de santé sont situés sur des communes très urbaines, comptant en moyenne autour de 60 000 habitants en 2024, et 70% de ces centres ont été ouverts avant les années 2000. Ce groupe est fortement marqué par l'histoire des centres de santé municipaux en petite couronne parisienne (78% des centres du groupe implantés en IDF). Ces communes d'implantation se distinguent aussi par une population plus jeune, avec un indice de vieillissement moyen beaucoup plus faible que pour les autres communes d'implantation.
- 15% des centres gérés par les collectivités sont dans de plus petites villes, avec une moyenne de 16 500 habitants. Il s'agit quand même principalement de centres urbains intermédiaires au sens de la grille de densité de l'INSEE. Pour les deux tiers de ces centres, ils ont été créés depuis 2020.

Les 45% restant sont majoritairement situés sur des territoires plus ruraux :

- 30% des centres sont implantés dans des petites communes (en moyenne 2 360 habitants) et sont récents (75% après 2020), avec un vieillissement moyen très fort, et des revenus faibles (14 378 €/hab en moyenne en 2024).
- 15% restants sont aussi dans de petits bourgs ruraux (4 800 habitants en

moyenne), avec une population également très vieillissante, mais avec des revenus moyens (16 348 €/hab) plus élevés que dans les autres communes d'implantation des centres de santé et plus proches de la moyenne nationale.

Ce poids des territoires ruraux est une spécificité des centres de santé gérés par les collectivités locales. En effet, dans leur observatoire sur les centres de santé tous types de gestionnaire confondus, la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) note qu'en 2025, 92% des centres de santé sont implantés en zone urbaine⁵. Les collectivités locales portent donc ce modèle de santé dans les zones rurales.

...mais avec des traits communs : la précarité des populations et la désertification médicale

Les communes d'implantation ont tout de même deux caractéristiques communes : des revenus par habitant moyens faibles par rapport à la moyenne nationale et ils sont davantage présents dans des zones sous-dotées en médecins généralistes d'après les zonages de l'ARS.

Les populations des communes d'implantation sont plus précaires que la population nationale, au sens du revenu moyen par habitant. **Au sein de l'échantillon, ce revenu est de 15 070 € par habitant en moyenne, contre 16 960 € pour la moyenne nationale.** Il varie d'une commune d'implantation à l'autre, mais 81% des communes où se situent les centres de santé gérés par des collectivités connaissent un revenu par habitant inférieur à la moyenne nationale et 35% font même partie du quart des communes avec le revenu moyen le plus faible.

Le taux de pauvreté permet de compléter l'analyse sur la précarité de la population, mais les données ne sont pas disponibles pour toutes les communes, notamment pour les

⁴ Rapport entre la population âgée de 65 ans et plus sur celle de 15 ans et moins, calculé à partir des données de la population INSEE.

⁵ <https://www.fncs.org/2025-les-chiffres-nationaux-de-l-observatoire-des-cds>

plus petites⁶. Pour les communes disponibles, le taux de pauvreté moyen est de 14% à l'échelle nationale, contre 20% pour les communes accueillant un centre de santé géré par une collectivité locale.

Les communes d'implantation des centres de santé sont aussi majoritairement des communes classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) selon les Agences régionales de Santé (ARS) pour l'accès aux médecins généralistes : 70% des communes d'implantation sont en ZIP, alors que 48% de l'ensemble des communes sont concernées par ce zonage.

Tableau 2 : Répartition des communes dans le zonage conventionnel des médecins généralistes des ARS

Zonage conventionnel des médecins généralistes	Répartition des communes avec centre de santé géré par une collectivité	Répartition de l'ensemble des communes
1 - ZIP : Zones d'intervention prioritaires	70,3 %	47,9 %
2 - ZAC : Zones d'action complémentaires	23,8 %	39,6 %
3 - HZ : Hors zonage	5,6 %	10,1 %
4 - ZAR : Zones d'action régionales	0,3 %	2,4 %

Source : traitement OFGL, zonage ARS, données Ministère de la Santé issues de la plateforme e-CDS, au 31 décembre 2024.

⁶ Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi), 2021, Taux de pauvreté (seuil à 60% du revenu médian) 2021. Le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus appartenant à des ménages dont le niveau de vie (après transferts, impôts et prestations sociales)

est inférieur au seuil de 60 % de la médiane du revenu disponible de l'ensemble de la population. Le taux de pauvreté est diffusé sur les zones de plus de 1000 ménages ou plus de 2000 personnes dans lesquelles il y a au moins 200 personnes et 11 ménages pauvres, ainsi qu'au moins 200 personnes et 11 ménages au-dessus du seuil de pauvreté.

Quels budgets pour quels types de centres de santé dans le cas de collectivités locales gestionnaires ?

Les caractéristiques des centres de santé et des professionnels salariés par les collectivités gestionnaires

Les collectivités poursuivent plusieurs objectifs en créant des centres de santé et en développant des politiques publiques de santé associées. Elles cherchent à la fois à **assurer une médecine sociale en proposant un accès aux soins pour tous, mais aussi à lutter contre les déserts médicaux**. Les 324 centres de santé gérés par des collectivités locales recensés sont donc davantage axés sur la médecine générale que les centres de santé gérés par d'autres acteurs, notamment associatifs. Il y a ainsi très peu de centres de santé parmi ceux gérés par les collectivités dont les honoraires dépendent quasi-exclusivement de l'activité dentaire ou infirmière, alors que ces types de centres sont prépondérants (57%) dans l'ensemble des centres de santé en France d'après les chiffres de la FNCS⁷. **Les centres de santé gérés par des collectivités locales sont très majoritairement des centres médicaux et des centres de santé polyvalents.**

Tableau 3 : Types de centres de santé gérés par les collectivités locales

Type de centres de santé	Nombre	%
Centre de santé dentaire	5	1,5%
Centre de santé infirmier	13	4,0%
Centre de santé médical	155	47,8%
Centre de santé polyvalent	151	46,7%

Source : traitement OFGL, données Ministère de la Santé issues de la plateforme e-CDS, au 31 décembre 2024.

⁷ <https://www.fnsc.org/2025-les-chiffres-nationaux-de-l-observatoire-des-cds>

⁸ Le personnel médical est entendu dans le reste de l'étude comme l'ensemble des professionnels

L'accord national des centres de santé définit un centre de santé médical comme ayant une activité médicale exclusive ou quasi-exclusive (dont les recettes au titre de l'activité médicale des médecins généralistes et spécialistes représentent au moins 80 % des recettes totales du centre de santé). Tandis qu'un centre de santé polyvalent correspond soit à un centre de santé disposant à la fois d'une activité médicale et d'une activité d'auxiliaire médicale, soit à un centre combinant une activité médicale avec celle d'une autre profession médicale (chirurgien-dentiste ou sage-femme). Parmi les auxiliaires de santé les plus représentés dans les centres gérés par les collectivités figurent les aides-soignants, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens. Les centres de santé peuvent aussi accueillir d'autres professionnels ne faisant pas partie des professionnels de santé, comme les assistants sociaux ou les ostéopathes par exemple.

En ajoutant le personnel administratif, **la moitié des centres gérés par les collectivités comptent entre 4 agents en équivalents temps plein (ETP) et 12 agents ETP**. La moyenne se situe à 12 mais elle est tirée par de grands centres en petite couronne francilienne. **Le nombre médian d'ETP pour l'ensemble des centres est de 7.**

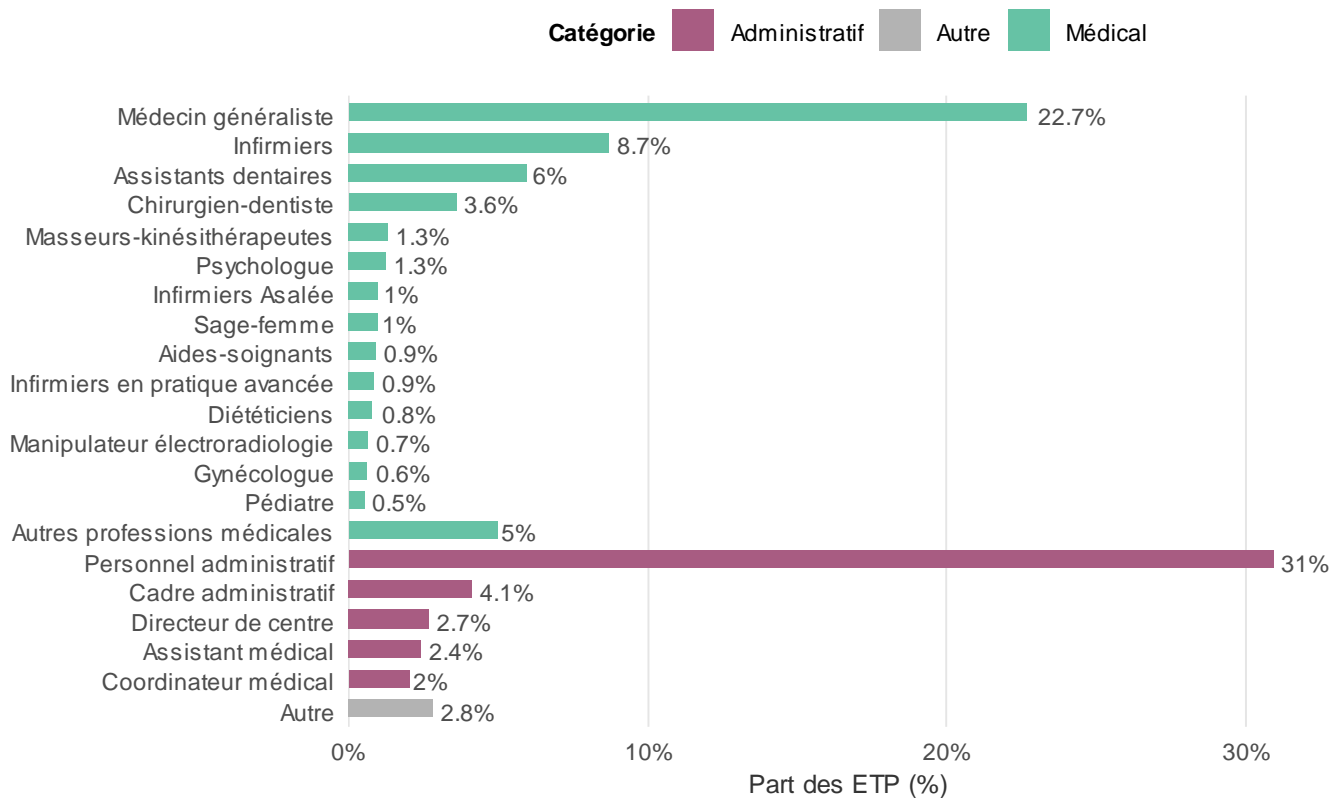
Le personnel administratif, catégorie qui peut parfois être poreuse avec celle du personnel médical⁸, joue un rôle important dans les centres de santé gérés par les collectivités locales en lien avec les missions spécifiques des centres de santé d'accès au soin, de prévention et de coordination avec les acteurs territoriaux, en plus de la gestion administrative des rendez-vous et des circuits de remboursements. Son poids est donc relativement important dans le

de santé et auxiliaires de santé, ainsi que les autres professions qui proposent des consultations dans les centres de santé.

nombre d'agents en ETP : en moyenne, 42% du personnel salarié relève du personnel administratif dans les centres. Cette proportion oscille entre 36% et 51% pour la moitié d'entre eux. Il s'agit

principalement de métiers comme secrétaire, chargé de mission, agent comptable, mais aussi cadre administratif et cadre de direction.

Graphique 4 : Proportion des professions dans le nombre d'agents en ETP des centres de santé gérés par les collectivités locales



Source : traitement OFGL, données Ministère de la Santé issues de la plateforme e-CDS, au 31 décembre 2024, sur 324 centres de santé gérés par les collectivités locales.

Les médecins généralistes représentent 23% des effectifs en ETP, les infirmiers près de 11%⁹, les assistants dentaire 6% et les chirurgiens-dentistes 4%. A noter que beaucoup d'autres professions de santé (on en dénombre près d'une soixantaine) sont représentées dans

les centres de santé gérés par des collectivités, mais n'excèdent pas 1% des effectifs en ETP en moyenne, signe d'une grande diversité dans les types de professionnels qui viennent compléter l'offre de médecine générale.

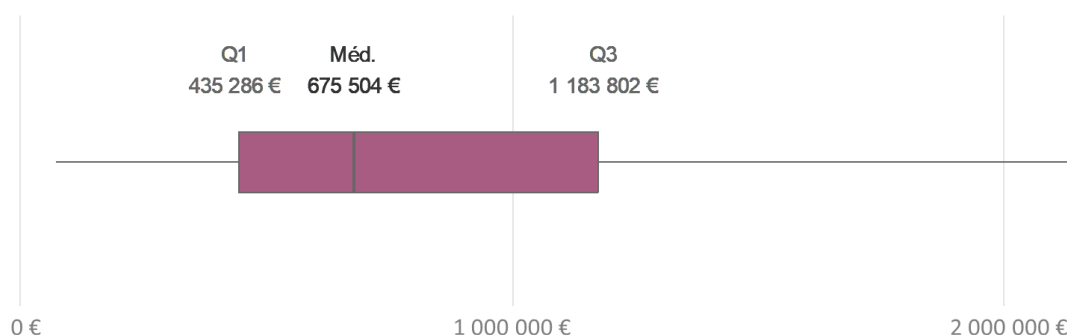
⁹ Y compris les infirmiers du dispositif Asalée (Action de santé libérale en équipe) et les infirmiers en pratique avancée.

Les budgets associés aux centres de santé et à leurs missions sur le territoire

L'analyse des budgets consacrés aux centres de santé gérés par les collectivités locales s'appuie sur les données des comptes de gestion des collectivités 2024 dans leurs budgets annexes ou principaux (via l'inscription en présentation fonctionnelle)¹⁰. En recoupant avec

les données extra-financières issues de la plateforme e-CDS, les résultats suivants concernent 216 centres de santé (sur les 324 gérés par une collectivité) pour 132 collectivités gestionnaires. Ce nouvel échantillon reste représentatif de la distribution en fonction de la taille des communes d'implantation présentée en graphique 2.

Graphique 5 : Distribution des budgets de fonctionnement par centre de santé et par collectivité



Méd : valeur médiane / **Q1** : valeur en dessous de laquelle se situent 25% des collectivités / **Q3** : valeur en dessous de laquelle se situent 75% des collectivités

Source : traitement OFGL, données DGFIP issues des budgets principaux et annexes des collectivités, données Ministère de la Santé issues de la plateforme e-CDS, au 31 décembre 2024, sur 216 centres de santé. Les valeurs extrêmes les plus hautes ont été exclues du graphique, elles concernent des centres de taille beaucoup plus importante en Ile-de-France.

Le budget de fonctionnement médian des centres de santé gérés par les collectivités locales s'élève à 675 504 euros par centre en 2024. Ce budget de fonctionnement correspond au budget pour le bon déroulement quotidien du service, mais ne tient pas compte des investissements nécessaires, notamment lors de la création du centre, ni de leur amortissement. Le budget moyen est lui de 913 000 euros, tiré vers le haut par 11 collectivités de notre échantillon dont le budget moyen par centre est supérieur à 2,5 millions d'euros.

En extrapolant les résultats obtenus sur l'échantillon à l'ensemble des centres de santé gérés par les collectivités locales, les charges de fonctionnement peuvent être évaluées au niveau national à près de 300 millions d'euros pour l'année 2024.

Si les départements et les communes ont des budgets médians proches pour leurs centres de santé, les régions affichent des budgets nettement plus faibles. Au sein des centres gérés par les régions uniquement, le budget médian est d'environ 320 000 euros par centre. Cela s'explique par la taille plus modeste des nouveaux centres installés depuis 2020 par les régions. En effet, dans les centres gérés par le bloc communal, **le nombre médian d'agents ETP est de 8,4 contre 7,4 agents ETP dans les départements et 4,3 agents ETP dans les centres gérés par les GIP portés par les régions.**

Un centre de santé est donc un équipement de service public qui engendre des coûts de fonctionnement importants, ce qui n'est pas neutre par rapport au budget global des collectivités gestionnaires, notamment pour les collectivités du bloc communal. Si pour les régions et les

¹⁰ Voir l'annexe méthodologique en page 22.

départements, les budgets des centres de santé restent marginaux en comparaison des budgets principaux, le constat est très différent **pour les collectivités du bloc communal**. Pour ces dernières, **le budget de fonctionnement des centres de santé correspond en moyenne à 3,1% des dépenses de fonctionnement de leur budget principal**. Mais ce poids est très variable : inférieur à 2,4% pour 25% des collectivités gestionnaires du bloc communal, il dépasse 9,5% pour un autre quart des collectivités concernées. Pour 10% d'entre elles, c'est même plus de 23%. Ce poids dépend assez logiquement de la taille de la collectivité. **Pour des communes plus rurales et plus petites, les centres de santé, dont les comptes sont d'ailleurs le plus souvent inscrits au sein d'un budget annexe, deviennent un équipement structurant de leur commune, principale offre de service public, avec un budget défiant celui de l'ensemble des autres services publics portés par la commune.**

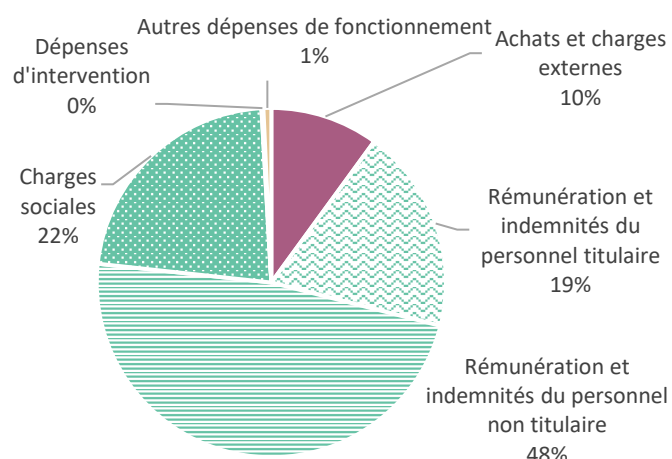
Des dépenses de fonctionnement principalement portées par les frais de personnel

Comme pour la plupart des services publics de proximité, le fonctionnement des centres de santé repose d'abord sur le personnel travaillant au contact du public. **Les dépenses pour le fonctionnement quotidien du centre correspondent donc à 89% à des frais de personnel**, qui comprennent les rémunérations et les indemnités ainsi que les charges sociales. Au sein des rémunérations et indemnités, 72% concernent du personnel non titulaire, 28% des titulaires de la fonction publique ; ces proportions sont logiques compte tenu du fait que le personnel médical est principalement embauché en tant que contractuel, le cadre d'emplois des

médecins territoriaux ne prévoit pas la pratique des consultations¹¹, contrairement à celui des infirmiers territoriaux en soins généraux¹².

Par ailleurs, 10% des dépenses de fonctionnement correspondent à des achats et charges externes, c'est-à-dire des dépenses vers des tiers pour des prestations de service (entretien des locaux, maintenance informatique, charges de location), pour du petit équipement ne relevant pas de l'investissement (matériel médical notamment), ainsi que des dépenses énergétiques.

Graphique 6 : Décomposition des dépenses de fonctionnement des centres de santé



Source : traitement OFGL, données DGFIP issues des budgets principaux et annexes 2024 des collectivités, sur 165 centres de santé gérés par les collectivités du bloc communal ou par les départements

Le détail des dépenses de fonctionnement n'étant pas disponible dans les comptes de gestion pour les groupements d'intérêt public portés par les régions, les centres de santé portés par ces collectivités ne sont pas pris en compte ici (graphique 6).

¹¹ Décret n°92-851 du 28 août 1992 portant statut particulier du cadre d'emplois des médecins territoriaux / Courrier des maires n°364 Avril-mai 2022, « Comment les collectivités peuvent recruter et salarier un médecin » par Agathe Delescluse, avocate, cabinet Seban & associés

¹² Décret n° 2012-1420 du 18 décembre 2012 portant statut particulier du cadre d'emplois des infirmiers territoriaux en soins généraux

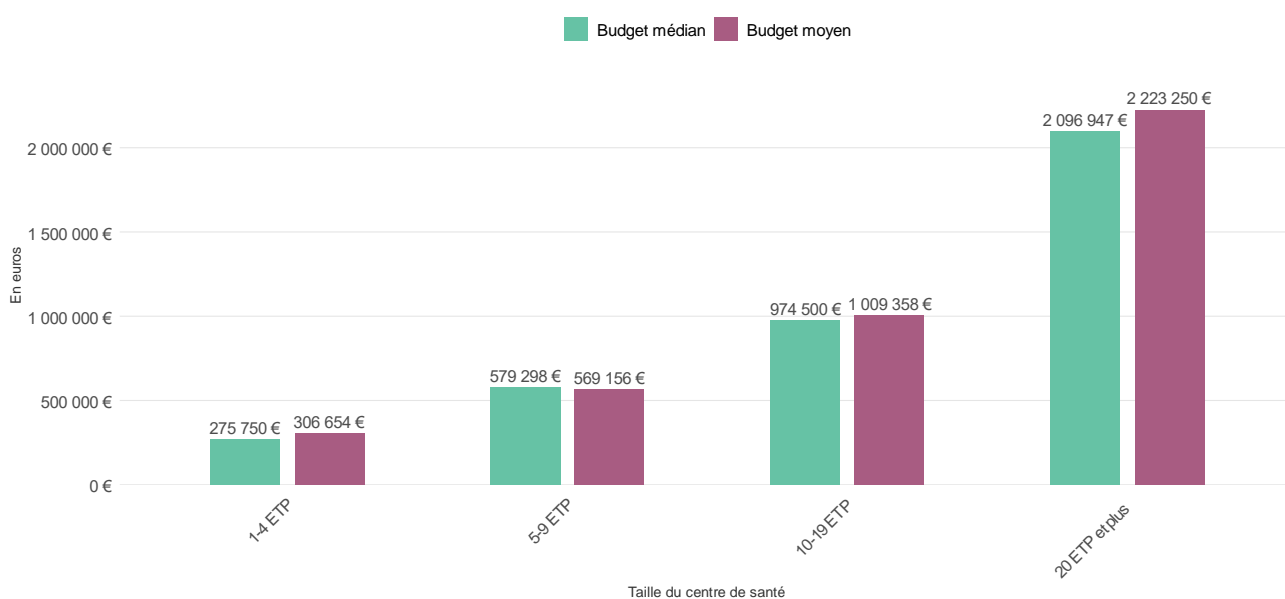
A noter que les centres gérés par des groupements d'intérêt public sont soumis à ce jour à la taxe sur les salaires – taxe à laquelle les collectivités locales ne sont pas assujetties – ce qui peut majorer significativement les charges sociales dans leurs dépenses de fonctionnement.

Des budgets variables en lien avec les niveaux d'activité des centres

Les centres de santé gérés par les collectivités présentent des caractéristiques assez différentes d'un centre à l'autre selon leur taille en

termes de personnel employé et l'étendue des politiques de santé qui y sont menées. Les budgets suivent donc logiquement la taille des centres en nombre d'agents ETP : de 300 000 euros en moyenne pour les centres de moins de 4 agents à 2,2 millions d'euros pour ceux de plus de 20 agents. Cela explique aussi la plus forte variation de niveaux de budgets dans les communes et autres collectivités du bloc communal car la taille des centres y est très variable.

Graphique 7 : Budget de fonctionnement et nombre d'agents en ETP moyens selon la taille du centre de santé en effectif



Source : traitement OFGL, données DGFIP issues des budgets principaux et annexes des collectivités, données Ministère de la Santé issues de la plateforme e-CDS, au 31 décembre 2024, sur 216 centres de santé gérés par une collectivité locale (55 de moins de 4 ETP, 87 de 5 à 9 ETP, 27 de 10 à 19 et 47 de plus de 20 ETP).

Les centres accueillent aussi un nombre variable de patients. Le nombre de patients ayant consulté au moins une fois le centre de santé au cours de l'année correspond à la file active. Elle est en moyenne de 3 238 patients sur les centres des collectivités de notre échantillon. Par ailleurs, 2 581 patients en moyenne, soit l'équivalent de 80% de la file active, déclarent

un médecin du centre comme médecin traitant. La file active permet donc d'approcher un certain niveau d'activité dans le centre mais ne correspond pas aux nombres de consultations ou d'actes médicaux réalisés par le centre de santé, ce qui ne permet donc pas d'apprécier totalement l'activité des centres de santé.

Tableau 4 : Indicateurs de niveaux de dépenses et d'activités du centre de santé en fonction de la taille en nombre d'agents ETP

Taille du centre	Niveau de dépenses par patient dans la file active	File active par centre	Nombre moyen d'ETP par centre	Nombre moyen de patient file active par ETP	Niveau de dépenses par ETP
1-4 ETP	172 €	1 783	3,4	519	89 214 €
5-9 ETP	193 €	2 944	7,0	421	81 402 €
10-19 ETP	304 €	3 321	13,6	245	74 441 €
20 ETP et plus	408 €	5 455	31,3	174	71 055 €

Source : traitement OFGL, données DGFIP issues des budgets principaux et annexes des collectivités, données Ministère de la Santé issues de la plateforme e-CDS, au 31 décembre 2024, sur 216 centres de santé gérés par une collectivité locale.

Le niveau de dépenses par patient dans la file active augmente à mesure que le centre est plus important en nombre d'agents équivalent temps plein (ETP). L'augmentation de la dépense avec le nombre d'ETP est proportionnellement plus forte que celle du nombre de patients dans la file active. Ainsi quand la taille augmente en ETP, la file active augmente moins vite et le ratio de patients dans la file active par ETP diminue. Cela signifie que **la hausse en taille d'effectifs s'accompagne de dépenses supplémentaires** qui peuvent correspondre à des politiques de santé plus étendues (davantage de missions de prévention, d'interventions de nature sanitaires ou sociales sur des populations hors file active par exemple), ou à un niveau de technicité et de spécialisation médicale plus fort (professionnels de santé plus spécialisés, plateaux techniques, etc.), ou encore que les ETP pratiquent

des soins médicaux sur les mêmes patients de la file active, qui reviennent plus souvent qu'ailleurs.

De plus, la patientèle présente aussi des profils différents selon la taille du centre. Dans les collectivités qui gèrent en moyenne des centres de 1-4 agents ETP, la part des patients pris en charge par la complémentaire santé solidaire (CSS) – anciennement couverture maladie universelle (CMU) – dans la file active est de 12% contre 20% à partir de 10 agents ETP et 21% pour les centres de plus de 20 agents ETP. De même pour la part des bénéficiaires de l'aide médicale d'état (AME) qui concerne 0,4% des patients dans la file active des centres de moins de 10 agents contre près de 4% de la file active dans les centres de 20 agents et plus.

Tableau 5 : Niveau de dépenses par patient dans la file active en fonction de la taille du centre de santé

Taille du centre en agents ETP	Un quart des centres ont un niveau de dépenses inférieur à :	Niveau de dépenses médian par patient file active	Niveau de dépenses moyen par patient file active	Un quart des centres ont un niveau de dépenses supérieur à :
1-4 ETP	130 €	163 €	172 €	215 €
5-9 ETP	160 €	184 €	193 €	230 €
10-19 ETP	237 €	306 €	303 €	397 €
20 ETP et plus	284 €	396 €	408 €	622 €

Source : traitement OFGL, données DGFIP issues des budgets principaux et annexes des collectivités, données Ministère de la Santé issues de la plateforme e-CDS, au 31 décembre 2024, sur 216 centres de santé.

Le modèle de financement des centres de santé : un reste à charge pour les collectivités, en moyenne mais pas systématique

Des ressources spécifiques portées par les remboursements à l'acte

Les dépenses de fonctionnement des centres de santé sont essentiellement couvertes par des recettes versées par l'Assurance Maladie. Les recettes décrites dans cette partie sont les versements pérennes visant le fonctionnement du centre de santé et non des subventions à l'investissement. Elles n'incluent pas non plus les subventions de fonctionnement pouvant venir d'autres collectivités territoriales ni des subventions d'équilibre versées par le budget principal de la collectivité elle-même.

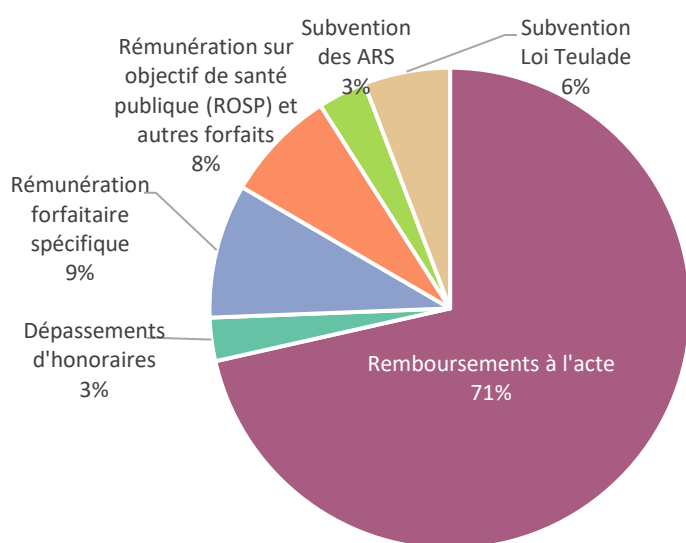
Le financement des centres de santé repose principalement sur le remboursement des actes médicaux. Chaque acte médical réalisé

correspond à une cotation déterminant un montant conventionnel. Dans le cadre de la pratique du tiers payant, le patient n'a pas à avancer ce montant ; l'Assurance Maladie le verse directement au centre de santé. **Le remboursement à l'acte représente en moyenne 71% des recettes perçues par les centres de santé.** Des dépassements d'honoraires peuvent être pratiqués à la marge dans les centres de santé. Ils représentent près de 3% en moyenne des recettes perçues et, pour 29% des centres, ce dépassement est supérieur à 1% des ressources.

Les remboursements à l'acte sont complétés, pour les centres de santé, par des subventions et rémunérations forfaitaires qui sont prévues au sein de l'Accord national des centres de santé. Ces financements complémentaires

sont complexes et soumis à des conditions que doivent remplir les centres¹³. La rémunération forfaitaire spécifique, versée par l'Assurance maladie, constitue la principale ressource complémentaire, à hauteur de 9% des recettes perçues en moyenne en 2024 ; son montant est établi à partir de critères que le centre doit remplir et qui dépendent de l'exercice collectif, pluriprofessionnel, des équipements informatiques, etc. D'autres rémunérations et forfaits sont versés par l'Assurance Maladie dont la rémunération sur objectifs de santé publique, pour 7,5% des ressources. La quasi-totalité des collectivités ont perçu des montants au titre de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) et des autres forfaits de l'Accord national. 8% d'entre elles n'ont par contre pas perçu de rémunération forfaitaire spécifique en 2024.

Graphique 8 : Décomposition des recettes de fonctionnement des centres de santé en 2024 (hors participations des collectivités locales)



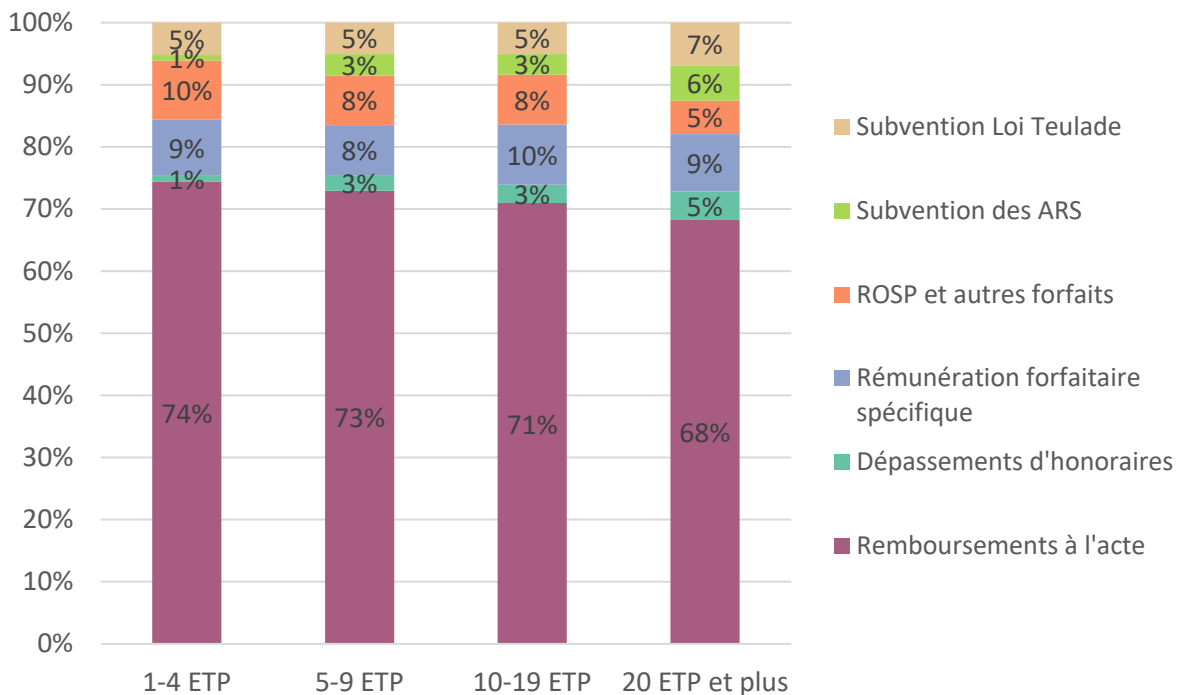
Source : traitement OFGL, données Ministère de la Santé issues de la plateforme e-CDS, au 31 décembre 2024, sur 216 centres de santé gérés par des collectivités locales.

¹³ Ces financements complémentaires ont fait l'objet d'une refonte en 2025 suite à la signature par les organisations représentatives des centres de santé avec l'Uncam et l'Unocam d'un nouvel accord national en août 2025 afin de mieux prendre

en compte les missions des centres de santé et répondre à leurs difficultés économiques :

<https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/textes-reference/accord-national-centres-sante>. Les ressources présentées correspondent à celles prévues dans l'accord précédent.

Graphique 9 : Décomposition des recettes de fonctionnement (hors participations des collectivités) selon la taille des centres de santé en salarié ETP



Source : traitement OFGL, données Ministère de la Santé issues de la plateforme e-CDS, au 31 décembre 2024, sur 216 centres de santé gérés par des collectivités locales.

Les subventions issues des agences régionales de santé (ARS) sont en moyenne plus faibles : 3,3% des recettes perçues. Elles peuvent toutefois être substantielles localement. En effet, comme le montre la comparaison des structures des recettes par taille de centres, elles se concentrent sur les plus grands centres, notamment parce que les centres en Ile-de-France perçoivent davantage d'aide de leur ARS. Les montants versés sont donc très variables d'une région à l'autre. Seulement la moitié des collectivités gestionnaires ont perçu une aide de leur agence régionale de santé en 2024.

La subvention dite « Loi Teulade » instituée en 1992 prévoit la prise en charge par l'Assurance Maladie d'une partie des cotisations sociales dues par l'employeur pour une liste de professionnels médicaux et paramédicaux définis dont les médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-

kinésithérapeutes, sage-femmes, orthophonistes, etc. Cette subvention représente en moyenne 6% des ressources. Elle est obtenue par demande auprès de l'Assurance Maladie ; 86% des collectivités de l'échantillon y ont eu recours en 2024.

Des recettes externes qui, dans l'ensemble, ne couvrent pas les charges de fonctionnement des centres

Pour une majorité de collectivités gestionnaires, ces recettes de fonctionnement versées par l'Assurance maladie et par les agences régionales de santé ne suffisent pas à couvrir les charges de fonctionnement de leurs centres de santé. Sur l'ensemble des 132 collectivités de notre échantillon, gérant 216 centres de santé, **79 présentent un reste à charge** (en moyenne sur l'ensemble de leurs centres pour celles qui en ont plusieurs), soit **60% des collectivités**, portant 66% des centres.

Pour les collectivités concernées par un reste à charge en 2024, **près du tiers des dépenses (32,7%) n'est pas couvert par les recettes perçues**. Elles doivent être complétées, soit directement par les collectivités gestionnaires qui imputent à leur budget principal le reste à charge, soit par des subventions de fonctionnement versées par d'autres collectivités locales (pour les communes par exemple : le groupement, les autres communes de l'intercommunalité, le département ou encore la région).

A l'inverse, **40% des collectivités gestionnaires (portant 34% des centres) affichent des recettes associées à l'exercice 2024 supérieures aux dépenses inscrites dans les comptes**. Dans ces cas, l'excédent représente en moyenne l'équivalent de 16,5% des dépenses.

L'analyse des résultats financiers de centres de santé sur une année seulement souffre toutefois des décalages possibles entre les dépenses et les recettes perçues. Un historique de ces données sur plusieurs années permettrait de compléter l'analyse pour voir la variabilité possible du reste à charge d'une année sur l'autre pour une même collectivité gestionnaire. Par ailleurs, il est important de rappeler que le solde calculé ne tient pas compte de l'amortissement des équipements et donc du besoin de financement associé.

Sur l'ensemble des collectivités, qu'elles présentent un solde positif ou négatif entre recettes et dépenses de fonctionnement, le reste à charge est en moyenne de 23% des dépenses en 2024.

Les spécificités des collectivités en fonction de l'existence ou de l'absence d'un reste à charge

Les différences de situation des collectivités vis-à-vis du solde de gestion de leurs centres en 2024 invitent à s'interroger sur les caractéristiques permettant d'expliquer ces écarts. Cependant, les collectivités avec ou sans reste à charge ne forment pas des groupes homogènes et sont statistiquement peu nombreuses, ce qui rend difficile l'analyse de facteurs explicatifs. Par exemple et en premier lieu, il est important de signaler que tous les niveaux de collectivités (régions, départements, bloc communal) sont concernés par les deux situations. De plus, le nombre de collectivités gestionnaires étant restreint parmi les départements et les régions, l'analyse ne fait pas ressortir de spécificités en fonction du niveau de la collectivité gestionnaire.

De même, le revenu moyen des habitants dans les communes d'implantation des centres ne semble pas discriminant pour distinguer les situations avec et sans reste à charge, comme l'illustre les niveaux moyens respectifs de revenus : 14 105 €/hab. dans les communes d'implantation des collectivités sans reste à charge contre 14 352 €/hab dans les autres. Ces niveaux sont proches et toujours bien en deçà de la moyenne nationale.

Le trait qui ressort comme le plus explicatif est celui de la taille du centre en nombre d'agents. Bien que toutes les tailles de centres soient

Tableau 6 : Part des collectivités et moyenne du solde recettes/dépenses en fonction de la taille moyenne des centres de santé en gestion

	Collectivités sans reste à charge		Collectivités avec reste à charge	
	Part des collectivités	Excédent moyen en % des dépenses	Part des collectivités	Reste à charge moyen en % des dépenses
1-4 ETP	61%	17%	39%	-19%
5-9 ETP	50%	17%	50%	-22%
10-19 ETP	25%	21%	75%	-29%
20 ETP et plus	13%	12%	87%	-37%
Ensemble	40%	16%	60%	-32%

Source : traitement OFGL, données DGFIP issues des budgets principaux et annexes des collectivités, données Ministère de la Santé issues de la plateforme e-CDS, au 31 décembre 2024, sur 216 centres de santé gérés par une collectivité locale.

concernées par les deux situations, ceux de petite taille (moins de 10 agents ETP) sont majoritairement (61%) portés par des collectivités locales qui ne présentent pas de reste à charge (tableau 6). Au-delà de 10 agents ETP et en moyenne, les centres sont principalement rattachés à des collectivités connaissant un reste à charge. **La proportion de collectivités avec un reste à charge augmente sensiblement avec la taille du centre, tout comme le poids du reste à charge par rapport aux dépenses.** Il atteint 37% des dépenses des collectivités gérant des centres de plus de 20 agents ETP.

Cet effet taille se retrouve lors de l'observation des situations avec ou sans reste à charge en fonction de la typologie des communes d'implantation présentée en première partie. Bien que tous les groupes connaissent des collectivités avec ou sans reste à charge, on peut constater que les collectivités sans reste à charge sont particulièrement sous-représentées dans le groupe des communes très urbaines implantées majoritairement en Ile-de-France avec des centres plutôt plus anciens. Ces communes regroupent 14% des centres dont la collectivité ne présente pas de reste à charge alors qu'elles couvrent 40% de l'ensemble des centres. Cela s'explique car il s'agit du groupe qui concentre le plus de centres avec 20 agents ETP ou plus.

Les collectivités sans reste à charge sont toutefois aussi légèrement sous-représentées dans les territoires ruraux mais dans une moindre ampleur. Elles sont par contre surreprésentées dans le deuxième groupe de la typologie, celui des petites villes et centres urbains intermédiaires (51% des centres des collectivités sans reste à charge contre 15% de l'ensemble des centres).

Les différences de profil des agents employés dans les collectivités avec ou sans reste à charge permettent de mieux comprendre comment l'effet taille peut jouer. Effectivement, les centres gérés par des collectivités sans reste à charge ont la particularité d'avoir un poids des médecins généralistes plus important : autour de 38%, contre 23% sur l'ensemble des centres gérés par les collectivités (graphique 4). Le poids du personnel administratif est également légèrement au-dessus : ce personnel représente 45% des agents ETP, contre 42% pour l'ensemble. Les autres professionnels de santé sont en revanche sous-représentés. **Les collectivités sans reste à charge ayant en moyenne des centres de taille plus modeste en nombre d'agents, la place des médecins généralistes y est plus importante et constitue l'activité principale du centre, voire exclusive.**

Tableau 7 : Indicateurs d'activité sur les centres de santé en fonction de l'existence ou non d'un reste à charge porté par la collectivité

	Patient file active par agent ETP	Patient file active par médecin généraliste ETP	Dépenses de fonctionnement par patient file active	Remboursements à l'acte par patient file active
Moyennes				
Collectivité gestionnaire avec un reste à charge	220	1 112	341 €	162 €
Collectivité gestionnaire sans reste à charge	456	1 185	165 €	143 €
<i>écarts en %</i>	<i>+107%</i>	<i>+7%</i>	<i>-52%</i>	<i>-12%</i>
Médianes				
Collectivité gestionnaire avec un reste à charge	250	1 074	291 €	144 €
Collectivité gestionnaire sans reste à charge	490	1 194	160 €	146 €
<i>écarts en %</i>	<i>+96%</i>	<i>+11%</i>	<i>-45%</i>	<i>+1%</i>

Source : traitement OFGL, données DGFIP issues des budgets principaux et annexes des collectivités, données Ministère de la Santé issues de la plateforme e-CDS, au 31 décembre 2024, sur 216 centres de santé gérés par une collectivité locale

Les collectivités sans reste à charge ont donc plutôt moins d'agents mais davantage de médecins généralistes en proportion, ce qui fait qu'elles ont une file active par agent plus importante que dans les collectivités avec un reste à charge (près du double en moyenne ou en médiane) mais que le nombre de patients file active par médecin généraliste est lui à des niveaux comparables. Les remboursements à l'acte par file active sont donc plus importants proportionnellement aux dépenses dans ces centres.

Ainsi, les dépenses par patient de la file active augmentent pour les collectivités avec un reste à charge parce qu'elles ont des centres plus grands (tableau 4). Mais elles présentent un niveau d'activité en médecine générale comparable. C'est donc plutôt une diversification de l'offre de soins, d'action sociale et de prévention qui peut être à l'origine de cette charge non couverte par les recettes traditionnelles et notamment les remboursements à

l'acte, du moins en 2024 avant mise en place du nouvel accord national des centres de santé de 2025. En proposant une diversité plus importante d'interventions, les plus grands centres sont davantage susceptibles de recevoir les mêmes patients en proposant un parcours de soin plus large ou d'intervenir sur des publics hors file active (prévention dans les écoles par exemple), ce qui rend l'indicateur de la file active moins pertinent pour rendre compte de l'activité du centre par rapport à ceux de taille plus modeste.

Il est clair que les missions d'un centre de santé telles qu'elles sont mises en place sur de nombreux territoires vont au-delà des consultations de médecine générale. **L'objectif de cette analyse n'est donc pas de donner des critères permettant d'atteindre un équilibre financier, la bonne gestion d'un centre de santé et son utilité sur le territoire ne pouvant se résumer à l'impact budgétaire sur la collectivité gestionnaire.**

Précisions méthodologiques

Les données servant à cette étude sont issues de plusieurs sources :

- Un extrait en début d'année 2025 des données renseignées sur la plateforme e-CDS gérée par l'ATIH pour le Ministère de la Santé, qui recensent tous les éléments financiers et extra-financiers (file active, nombre d'ETP par professions, ...) des centres de santé dont certains sont utiles aux versements des subventions prévues dans le cadre de l'accord national des centres de santé.
- Les données des comptes de gestion 2024 des collectivités locales publiées par la Direction générale des Finances publiques.

Les données des centres de santé gérés par des collectivités locales ont été isolées dans la base de la plateforme e-CDS, et elles ont été croisées avec les budgets annexes ainsi que les budgets principaux en présentation fonctionnelle des comptes de gestion (fonction 414 en M57). Sur les 324 centres gérés par des collectivités locales, un échantillon de 216 centres pour lesquels les inscriptions comptables permettaient d'isoler des dépenses de fonctionnement imputables aux centres de santé a été sélectionné. Des filtres ont servi à cette sélection afin de s'assurer de la cohérence des inscriptions comptables entre elles (par exemple la présence de frais de personnel représentant au moins 50% des dépenses de fonctionnement).

Les dépenses de fonctionnement des centres de santé sont donc issues des comptes de gestion 2024, à l'exception des centres gérés par les groupements d'intérêt public pilotés par les régions, pour lesquels elles sont tirées des données renseignées dans la plateforme e-CDS (somme des variables masse salariale et autres de dépenses pour l'année N-1, soit 2024). Pour les collectivités gérant plusieurs centres, la dépense est moyennée entre les différents centres et leurs données extra-financières sommées par collectivité.

Les recettes de fonctionnement analysées dans l'étude sont également issues de la plateforme e-CDS, renseignée par l'Assurance maladie et les ARS pour les recettes versées respectivement. La fiabilité des recettes dues au titre de l'année 2024 nous est apparue plus forte que les inscriptions comptables.

Concernant la typologie des communes d'implantation des centres de santé, une classification a été réalisée selon la méthode PAM (Partitioning around medoides), avec comme variables prises en compte pour chaque centre de santé : le revenu par habitant moyen de la commune d'implantation, le vieillissement de la population (rapport entre la population âgée de plus de 65 ans sur la population âgée de moins de 15 ans), le nombre d'habitants, la densité selon la grille de densité de 7 niveaux de l'INSEE, le zonage conventionnel des ARS pour les médecins généralistes, la date de création du centre. Les variables numériques ont été standardisées, et la distance de Gower a été utilisée afin de traiter conjointement variables continues et variables catégorielles.

Le nombre optimal de classes a été déterminé par la méthode de la silhouette. Une première classification a fait apparaître un premier groupe se démarquant fortement sur la variable d'ancienneté des centres en premier lieu mais aussi sur la population et son vieillissement. Il correspond au premier groupe de la typologie. Pour les trois autres groupes, la variable d'ancienneté des centres étant très dominante sur la classification, ils ont fait l'objet d'une deuxième étape de classification avec uniquement les cinq autres variables.

L'OFGL, lieu de partage et de réflexion sur les finances et la gestion publique locales

Créé par la loi NOTRE du 7 août 2015 et placé sous l'autorité du Président du Comité des Finances Locales, l'Observatoire des Finances et de la Gestion publique Locales (OFGL) est le lieu de partage et de réflexion entre les différentes parties prenantes aux finances et à la gestion des collectivités territoriales. Il a pour mission de collecter, d'analyser et de diffuser des informations sur les axes thématiques fixés par son Conseil d'orientation, composé d'élus et de représentants de l'État.

L'OFGL bénéficie du soutien et de l'expertise des membres de son Comité scientifique et technique. Il est composé d'administrations centrales et d'organismes publics, d'associations d'élus locaux et de fonctionnaires territoriaux, ainsi que d'établissements financiers spécialisés et de personnalités qualifiées (universitaires, administrateurs territoriaux et experts).

Dans la collection *Cap sur*

[Les investissements scolaires des collectivités locales – n°21, octobre 2023](#)

[Les finances des communes et intercommunalités en 2022 – n°22, novembre 2023](#)

[Les coûts de fonctionnement des bibliothèques municipales – n°23, février 2024](#)

[L'encours de dette des collectivités locales – n°24, juillet 2024](#)

[L'ampleur des investissements locaux actuels – n°25, octobre 2024](#)

[Les enjeux financiers des polices municipales – n°26, octobre 2024](#)

[Les finances des communes et intercommunalités en 2023 – n°27, novembre 2024](#)

[La péréquation dans les finances du bloc communal – n°28, juillet 2025](#)

[Les enjeux financiers des polices municipales – Nouveaux éclairages – n°29, octobre 2025](#)

[Les finances des communes et intercommunalités en 2024 – n°30, novembre 2025](#)

[Les enjeux financiers du renouvellement du patrimoine des communes et intercommunalités – n°31, avril 2026](#)

La reproduction de tout ou partie de la présente publication doit s'accompagner de la mention « Observatoire des Finances et de la Gestion publique Locales » ou « OFGL ».



Observatoire des Finances
et de la Gestion publique Locales

contact@ofgl.fr



Site internet

www.collectivites-locales.gouv.fr/ofgl



Plateforme de données partagées

data.ofgl.fr

 Retrouvez-nous aussi sur LinkedIn®