

**ACCOMPAGNEMENT DES CENTRES
DE SANTE, DANS L'AMELIORATION DE
LEUR ORGANISATION ET DE LEUR
VIABILITE ECONOMIQUE**

Rapport de synthèse

Octobre 2012

RAPPORT

SOMMAIRE

1	PRESENTATION DE LA MISSION	9
1.1	Objectifs	9
1.2	Composition du comité de pilotage.....	10
1.3	Déroulement de la mission	11
1.3.1	Principe général	11
1.3.2	Démarche avec chaque centre de santé	12
1.3.3	Pilotage transversal	13
1.4	Calendrier.....	14
1.5	Constitution de l'échantillon des trente centres de santé	15
1.6	Liste des centres de santé	16
1.7	Limites de la mission.....	17
2	CARACTERISTIQUES DES CENTRES DE SANTE DE L'ETUDE	20
2.1	Poids des centres de santé de l'échantillon.....	20
2.2	Activités des centres de santé	21
2.2.1	L'imagerie.....	22
2.2.2	Le laboratoire de biologie médicale	22
2.2.3	Le dentaire	23
2.3	Description des personnels exerçant dans les centres de santé	23
2.4	Patientèle des centres de santé.....	25
2.4.1	L'origine géographique.....	25
2.4.2	L'âge et le sexe des patients	26
2.4.3	La file active	27
2.5	Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle.....	28
2.6	Pratique du tiers-payant	30
2.7	Option de coordination	32
3	SITUATION ECONOMIQUE DES CENTRES DE SANTE	36
3.1	Une hétérogénéité des outils de suivi disponibles.....	36
3.2	Charges identifiées par les centres de santé.....	37
3.2.1	Les ratios de personnel.....	37
3.2.2	Masse salariale	37
3.2.3	Le coût de traitement des Feuilles de Soins Electroniques.....	42
3.2.4	Les achats	44
3.2.5	Les projets de prévention.....	45

3.3	Recettes des centres de santé	46
3.3.1	Les recettes liées aux activités médicales	46
3.3.2	Les recettes liées aux activités dentaires	48
3.3.3	Les recettes liées à l'imagerie.....	49
3.3.4	Les recettes liées aux activités de biologie médicale	50
3.3.5	Les recettes des autres activités des centres de santé	51
3.3.6	Part des subventions dans les recettes	52
4	LES ACTIONS D'AMELIORATION A COURT TERME	55
4.1	Synthèse des leviers d'amélioration identifiés	55
4.1.1	La maîtrise du taux de non-venue des patients	55
4.1.2	L'optimisation de la codification au médical.....	56
4.1.3	L'optimisation du taux d'occupation des cabinets médicaux	57
4.1.4	L'optimisation des résultats de l'imagerie et l'organisation du service	58
4.1.5	L'optimisation des résultats en dentaire et l'organisation du service..	59
4.1.6	La réduction des impayés patients et organismes.....	59
4.1.7	Les ratios de personnel.....	61
4.1.8	L'option de coordination	61
4.1.9	Les achats	62
4.1.10	Les modes de rémunération	63
4.2	Impact des leviers d'amélioration sur l'équilibre économique	63
4.3	Impact sur l'amélioration des résultats.....	65
4.4	Réserves signalées pour la mise en œuvre des actions	65
5	PISTES POUR ACCOMPAGNER LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS....	68
5.1	Accompagnement des centres de santé de l'étude	68
5.2	Création d'une « boîte à outils »	68
5.3	Elargissement de l'action à d'autres centres de santé	72
	DISCUSSION ET CONCLUSION.....	74

PREAMBULE

PREAMBULE

Depuis quelques années, l'offre de soins ambulatoire et de 1er recours se fragilise en de nombreux points du territoire national, et l'Ile de France n'est pas épargnée par ces évolutions.

La relative désaffection pour l'exercice libéral isolé, en particulier chez les médecins, renforce ces évolutions, notamment en Ile-de-France, et il importe de proposer aux professionnels qui le souhaitent un cadre de travail adapté à leurs aspirations professionnelles.

Les structures d'exercice collectif constituent l'une des réponses à ces problématiques et leur promotion, leur accompagnement et leur pérennisation constituent des axes forts du Plan stratégique régional de Santé (PSRS) de l'ARS Ile de France et du Volet ambulatoire du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) en cours de concertation.

Elles permettent en effet une amélioration de la coordination des acteurs, un renforcement de la continuité des soins, un accès aux soins facilité par la pratique de tarifs opposables et proposent des actions de santé publique.

Que l'on soit professionnel, patient, élu ou institutionnel, il s'agit d'éléments en faveur de ce mode d'exercice, que les structures concernées soient des maisons de santé, des pôles de santé ou des centres de santé.

L'Ile-de-France a la chance de disposer d'une offre importante de centres de santé sur son territoire. Toutefois, face aux difficultés économiques que nombre d'entre eux rencontrent, le risque d'une disparition d'une part importante de ces centres est réel. C'est la raison pour laquelle l'ARS a souhaité qu'un travail d'accompagnement de ces centres soit engagé dans la région afin de rechercher et de mettre en œuvre, en étroite collaboration avec leurs responsables, des pistes d'améliorations de leur organisation et de leur viabilité économique.

L'objectif de ce projet est de maintenir sur le territoire francilien une offre de centres de santé qui constitue un complément précieux aux professionnels de santé libéraux de la région.

La démarche a été partenariale et le Comité Interministériel des Villes, la Fédération Nationale des Centres de Santé, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie des départements 92, 93, 94 et 75, le Conseil Régional d'Ile de France ainsi que la coordination des centres de santé de Paris ont contribué au pilotage de ce projet et sont vivement remerciés.

Ce travail porte sur un échantillon de centres de santé des départements de la petite couronne parisienne (Hauts-de-Seine, Seine Saint-Denis, Val de Marne). Il s'agit d'un projet d'ampleur régionale et de longue haleine. Les résultats du travail présentés dans ce rapport ne constituent qu'une étape. Cet accompagnement des centres de l'étude se poursuivra, dans la durée. Il est, de plus, envisagé d'élargir l'intervention à d'autres centres volontaires, éventuellement sur d'autres départements de la région.

Enfin, par l'appropriation des résultats de cette étude par les centres eux-mêmes, grâce à la mise en œuvre des préconisations d'intervention et grâce à la mutualisation des réflexions entre les centres de santé, ce travail vise à créer une dynamique vertueuse d'amélioration de la gestion et de l'organisation de ces structures, profitable à tous et en premier lieu aux patients.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le Plan Stratégique Régional de Santé de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France accorde une place importante aux centres de santé pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins. Les centres de santé favorisent l'accessibilité financière avec une tarification opposable, la pratique du tiers payant, et facilitent l'accessibilité géographique en offrant des soins de premier recours dans près de 300 centres d'Ile de France, souvent situés en zones défavorisées. Ils offrent par ailleurs un service adapté à la population qu'ils reçoivent avec une prise en charge sociale et la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé, de prévention ou plus largement de santé publique.

Cependant, il apparaît que la situation financière des centres de santé est fragile pour nombre d'entre eux, en particulier les centres de santé polyvalents et médicaux.

L'Agence Régionale de Santé d'Ile de France a souhaité tout mettre en œuvre pour éviter que ces difficultés ne provoquent à terme la disparition de certains d'entre eux et conduisent globalement à une diminution de l'offre dans la région. Elle recherche les moyens de leur renforcement, voire la création de nouvelles structures.

L'ARS, en partenariat avec le Comité Interministériel des Villes (CIV), a donc engagé une mission d'accompagnement des centres de santé de la petite couronne pour améliorer leur organisation et sécuriser leur pérennisation.

Le CIV s'est joint à cette mission car ses actions pour le maintien de l'offre de soins des centres de santé rejoignent les objectifs de l'accompagnement initiés par l'ARS d'Ile de France ; il a par ailleurs appuyé les structures de soins existants dans les quartiers (ZUS), par une enveloppe exceptionnelle de crédits de l'Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des Chances (Acsé), et par un appel à projet national.

Pour des raisons évidentes de faisabilité et de coût, l'action a porté sur un échantillon de 30 centres regroupés dans les trois départements des Hauts de Seine, de la Seine Saint-Denis et du Val de Marne, départements dans lesquels les centres de santé sont les plus nombreux hormis Paris. Les centres de santé du département de Paris ont déjà bénéficié de travaux antérieurs de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris et de la Mairie de Paris.

Cette action vise à soutenir individuellement et de façon pragmatique les centres de santé en dégagant des préconisations d'évolutions ou d'interventions susceptibles de favoriser leur viabilité économique, d'élaborer une boîte à outils sur laquelle les centres pourraient s'appuyer pour améliorer leur fonctionnement et leur organisation. Enfin elle vise à créer une dynamique de mutualisation et d'échange entre les centres de santé de la région. Afin de réaliser ce travail, une expertise externe a été sollicitée pour soutenir les équipes de l'ARS sur ce dossier. Le choix s'est porté sur le cabinet Referis, au regard de son expérience et de sa compétence dans le domaine.

PRESENTATION DE LA MISSION

1 PRESENTATION DE LA MISSION

1.1 Objectifs

Cette mission participe à la démarche d'accompagnement des centres de santé de la région qui est mise en œuvre par le département « Organisation et régulation de l'offre ambulatoire » de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France dans le cadre du Volet ambulatoire du Schéma Régional d'Organisation des Soins.

Elle a pour objectifs de :

- mettre en œuvre une démarche de partenariat et de travail entre l'ARS Ile de France et les centres de santé de la région afin de les aider à améliorer leur organisation et leur viabilité économique,
- réaliser pour les départements de la petite couronne parisienne (Hauts-de-Seine, Seine Saint-Denis, Val de Marne), une étude avec trente centres de santé volontaires visant à identifier les marges de manœuvre potentielles en termes d'organisation, d'accroissement des ressources et de limitation des charges,
- établir les conditions d'une bonne appropriation des conclusions de l'étude et de la mise en œuvre des actions identifiées par les centres et envisager leur extension à l'ensemble des centres de santé de la région.

Centrée sur l'organisation et la viabilité économique des centres de santé, cette étude n'a pas pour objet d'évaluer la qualité des soins réalisés par les professionnels des centres de santé, ni d'évaluer les critères de démarche qualité mis en œuvre. Cette démarche d'accompagnement n'a pas non plus pour objet d'évaluer les missions et les projets portés par les centres de santé.

Bien que cette mission souligne les difficultés rencontrées par les équipes des centres de santé pour alimenter les grilles d'analyse de données, le périmètre de la mission ne concerne pas non plus l'évaluation du système d'information des centres de santé.

Cette mission s'inscrit volontairement dans la continuité de deux études sur les centres de santé réalisées en 2009 :

- L'étude Epidaure réalisée par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), entre mars et juin 2009, auprès de vingt et un centres de santé d'Ile de France, Grenoble et Belfort, médicaux et polyvalent, majoritairement municipaux, adhérents à la Fédération Nationale des Centres de Santé. Cette étude valorise en particulier les spécificités des centres de santé en termes d'accessibilité aux soins notamment pour les personnes en situation de précarité en médecine générale et en omnipratique dentaire.

- L'étude sur « La place des centres de santé dans l'offre de soins parisienne » réalisée à la demande de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Paris et de la Mairie de Paris, par Richard Bouton et Alain Coulomb pendant le deuxième semestre 2009, auprès de dix-huit centres de santé parisiens ; cette étude analyse la place des centres de santé dans l'offre de soin parisienne et formule un ensemble de propositions et recommandations quant à leur viabilité économique pour chacun des centres de santé étudiés, ainsi que pour le réseau des centres de santé parisiens.

Dans ce cadre général, la présente mission :

- porte sur les centres de santé médicaux ou polyvalents, excluant les centres de santé exclusivement dentaires ou infirmiers,
- s'est concentrée sur les centres de santé des départements de la petite couronne (92, 93, 94) dans une logique de complémentarité avec les travaux réalisés sur Paris. L'échantillon a représenté 20% des centres de santé de la petite couronne, et 9,6% de la région Ile-de-France,
- accorde une place privilégiée aux centres de santé situés en zones urbaines sensibles ou à proximité de celles-ci, compte tenu de l'enjeu de préservation de ces structures pour l'accès aux soins des populations défavorisées.

1.2 Composition du comité de pilotage

La mission est commanditée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile de France qui a mis en place un comité de pilotage composé des partenaires suivants (participants variables selon les réunions):

- L'ARS Ile de France (le siège et les 3 délégations territoriales) :
 - M. Pierre OUANHHON, Mme Béatrice SEVADJIAN, Mr Arnaud de La SEIGLIERE, et M. Alain FROMENT (ARS- Pôle ambulatoire et services aux professionnels de santé),
 - Mme Marie PIRLET (ARS – Direction de la Santé publique)
 - Mme Béatrice SERRECCHIA et Mme Béatrice VAN OOST (ARS- délégation territoriale du 92),
 - M. Bernard KIRSCHEN, Mme Elisabeth d'ESTAINOT (ARS- délégation territoriale du 93),
 - M. DELANOUE, M. Luc GARCON, Mme Josée-Christine MERLIN (ARS- délégation territoriale du 94),
- Le Comité Interministériel des Villes, M. Jean Yves LEFEUVRE,
- La Fédération Nationale des Centres de Santé, M. Richard LOPEZ et Mme Hélène COLOMBANI,
- Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie : Mme Danielle BEER et Mme Christine Gautier (CPAM 75), M. Daniel VITTE et Mme Sabine GARNIER (CPAM 92), Mme Armance PHILIZOT (CPAM 93), M. Frédéric VABRE et M. Amine ZBIDA (CPAM 94),
- Le Conseil Régional d'Ile de France, Mme Khatidja KASSAM et Mme Julie FOURIER,
- La coordination des centres de santé de la Ville de Paris : Mme Danièle POZZA et M. Jean-Loup THERY,
- Le cabinet Referis qui a mené l'étude : Mme Danièle AZOULAY et M. Eric LEBOUCHER

Ce comité de pilotage a été réuni à quatre reprises au cours de la mission aux dates suivantes :

Réunion de lancement	13 décembre 2011
Présentation de l'échantillon et des grilles	16 février 2012
Restitution intermédiaire	17 avril 2012
Comité de pilotage de fin de mission	19 juin 2012

Par ailleurs, afin de poursuivre la mobilisation des élus et gestionnaires des centres de santé de l'échantillon, pour les centres de santé municipaux, ainsi que des présidents des associations gérant les autres centres de santé, une présentation de la mission s'est tenue à l'ARS le 19 mars 2012 sous l'égide de M. Claude Evin, Directeur Général de l'ARS Ile de France.

1.3 Déroulement de la mission

1.3.1 Principe général

Le diagnostic est réalisé à partir :

- de données collectées par le biais de questionnaires auprès des centres,
- d'échanges interactifs avec le management des centres de santé sur les éléments de diagnostic de leur centre de santé et sur les pistes d'amélioration.

Le périmètre couvert et les questionnaires ont d'abord été mis au point avec le comité de pilotage et ont permis de collecter et d'agréger des données économiques, financières, et d'activité de chaque centre de santé.

Une fois le questionnaire validé par le comité de pilotage en décembre 2011, une présentation de la démarche a été faite auprès de six centres de santé pilotes, proposés par la Fédération Nationale des Centres de Santé, qui ont testé les questionnaires. Des entretiens ont été organisés avec les responsables opérationnels ou contrôleurs de gestion, le cas échéant.

Une présentation de la démarche a ensuite été réalisée lors de réunions inter-centres dans les trois départements, dans une logique d'appel à candidatures. Lors du deuxième comité de pilotage de février 2012, l'échantillon des trente centres de santé a été constitué à partir des quarante-quatre centres de santé volontaires. Les centres de santé non retenus dans l'échantillon ont été accompagnés par la FNCS.

La personne en charge de ce suivi a travaillé en étroite concertation avec l'équipe projet, a présenté la mission aux équipes de direction, et a réalisé le recueil des données sur le même support que les centres de santé de l'échantillon. L'analyse des grilles et le diagnostic ont été produits par le cabinet Referis. Enfin, la restitution à l'équipe de direction des centres de santé qui ont poursuivi la démarche, a été réalisée par le référent de la Fédération Nationale des Centres de Santé. Les résultats concernant ces centres ne sont pas intégrés dans le présent rapport.

L'analyse des données de chaque centre de santé a permis la détermination d'indicateurs, et pour chacun d'eux le minimum, le maximum et la médiane de l'échantillon. Toutes les données portent sur l'année calendaire 2011.

1.3.2 Démarche avec chaque centre de santé

La démarche, généralisée à l'ensemble de l'échantillon, comprend pour chaque centre de santé :

- Une réunion de présentation de la mission, des questionnaires et des modalités de travail, avec réponses aux questions sur ces différents aspects,
- Une visite des locaux afin d'identifier le parcours patient et de faire un premier état des lieux du centre de santé,
- Un suivi téléphonique et par courrier électronique hebdomadaire du référent de chaque centre de santé : ceux-ci ont bénéficié d'un accompagnement personnalisé en fonction des difficultés rencontrées pour renseigner les informations souhaitées.

Un diagnostic personnalisé est ensuite restitué à chaque centre de santé ; il permet à chacun d'entre eux de se positionner par rapport à ceux qui ont participé à l'étude, via les indicateurs communs identifiés.

Le document de restitution de chaque centre de santé présente dans une première partie les indicateurs du centre de santé, relatifs à la patientèle, au tiers-payant, à l'activité et à sa valorisation, à l'organisation et aux achats.

La seconde partie porte sur l'optimisation du modèle économique du centre de santé et identifie les leviers possibles d'amélioration et leur impact économique potentiel.

Enfin, la dernière partie du document de restitution reprend, sous forme d'un plan d'action à trois ans, les axes d'amélioration partagés et valorisés avec l'équipe de direction du centre de santé.

1.3.3 Pilotage transversal par le comité de pilotage et synthèse des travaux

Le comité de pilotage a été sollicité à quatre reprises au cours de l'étude pour orienter les travaux :

- sur les objectifs et les principes de la démarche et les données à recueillir, lors de sa première réunion,
- sur les ajustements de la démarche après appropriation par les six pilotes et la composition de l'échantillon des trente centres de santé, lors de sa deuxième réunion ; il a été décidé que les centres de santé non retenus dans le cadre de cette mission seraient accompagnés par la Fédération Nationale des Centres de Santé,
- sur l'avancement des remontées d'information et des résultats obtenus lors de ses deux dernières réunions.
- sur l'utilisation et la restitution des résultats lors de sa dernière réunion

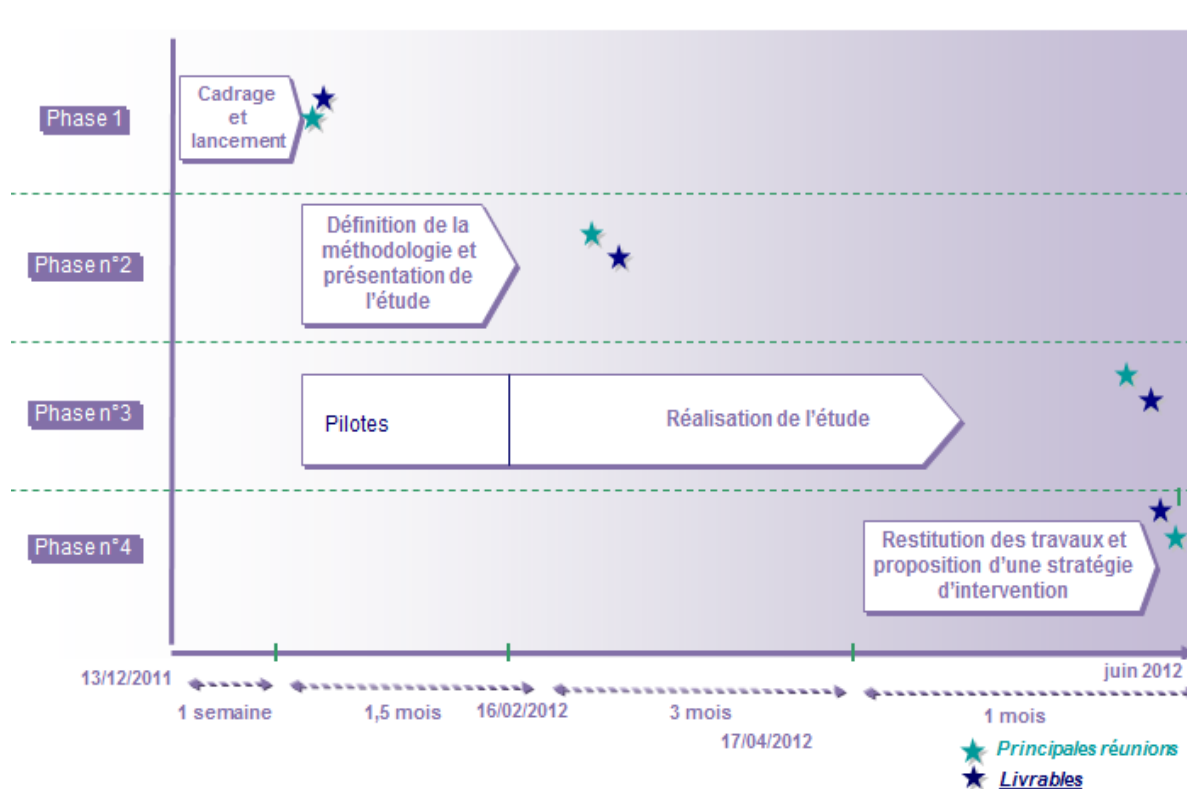
Il a été décidé par le comité de pilotage de la mission que les données devaient rester totalement anonymes (absence d'identification des centres de santé qui sont représentés par des lettres aléatoirement attribuées) pour tous les documents de partage entre les centres de santé et avec le comité de pilotage, et également pour le rapport final.

Une restitution collective des principaux résultats provisoires de l'étude a été ensuite présentée par département aux gestionnaires, aux élus et aux directeurs des centres de santé dans les locaux de l'Agence Régionale de Santé. Les représentants des centres de santé candidats mais ne faisant pas partie des trente centres de santé sélectionnés ont également participé à ces réunions.

1.4 Calendrier

Le déroulement de la mission a comporté quatre phases, étalées de fin 2011 à mi-2012.

Figure 1 : Calendrier de la mission



- Cadrage de la mission, mise en place de dispositif de suivi, et identification des six sites pilotes : fin 2011
- Validation de la méthode avec les pilotes, présentation de l'étude aux centres de santé des trois départements, constitution de l'échantillon de trente centres de santé: fin 2011 – février 2012
- Etude des centres de santé, à commencer par les six pilotes, puis généralisation du recueil des données nécessaires à l'étude et à l'analyse des trente centres de santé, visites sur site, entretiens auprès des directions des centres de santé, puis suivi fait pendant toute la durée de l'étude pour contrôler les informations manquantes ou incertaines et aider les équipes à produire les résultats attendus : Février 2012 – Juin 2012
- Restitution des diagnostics à chaque centre de santé ainsi qu'une présentation générale de l'étude: Juin-Juillet 2012
- Restitution du rapport de la mission : Novembre 2012

1.5 Constitution de l'échantillon des trente centres de santé

Le comité de pilotage a retenu six centres de santé pilotes sur proposition de la Fédération Nationale des Centres de Santé, répartis sur les trois départements, présentant des contextes différents (taille, nombre de sites, statut, ...) pour tester la méthodologie et parfaire les grilles de saisie des données :

- Pour le 92, Nanterre et Villeneuve la Garenne;
- Pour le 93, Dugny et Aulnay-Sous-Bois;
- Pour le 94, Ivry et Arcueil.

A la suite des présentations de la démarche faites lors des réunions inter-centres des trois départements, l'Agence Régionale de Santé a reçu quarante-quatre candidatures de centres de santé volontaires pour participer à l'étude, rendant nécessaire une priorisation de celles-ci.

Les centres de santé qui ont été retenus sont des centres de santé médicaux ou polyvalents.

Les centres de santé situés en Zone Urbaine Sensible (ZUS) ou ayant une patientèle majoritairement issue des Zones Urbaines Sensibles devaient être représentés de façon significative dans l'échantillon.

Enfin l'équilibre de représentation entre les trois départements a été recherché.

Des centres de santé aussi bien associatifs que municipaux ont été sélectionnés. L'absence de centres mutualistes dans l'échantillon s'explique par le fait que les centres mutualistes de la petite couronne sont exclusivement dentaires.

Trente centres ont ainsi été retenus. Les quatorze centres de santé ayant postulé mais ne pouvant être intégrés à la mission bénéficient d'un accompagnement distinct assuré par la Fédération Nationale des Centres de Santé.

1.6 Liste des centres de santé

Lors du comité de pilotage de mi-février, les centres de santé implantés dans les communes suivantes, ont été sélectionnés :

Tableau 1 : Répartition par département des trente centres de santé de l'échantillon

92	93	94
Asnières	Aubervilliers (ZUS)	Alfortville
Colombes (limite ZUS)	Aulnay (ZUS)	Arcueil (ZUS)
Gennevilliers (ZUS)	Bobigny (CUCS)	Cachan (CUCS)
Levallois	Bondy (limite ZUS)	Champigny (limite ZUS)
Meudon	Clichy s/b (limite ZUS)	Choisy (ZUS)
Montrouge	Drancy (CUCS)	Ivry
Nanterre (2) (ZUS)	Dugny (ZUS)	Villejuif (CUCS)
Plessis Robinson	Le Blanc Mesnil (2)	Rungis
Suresnes	St Denis (ZUS)	
Villeneuve la Garenne	St Ouen (limite CUCS)	

Parmi les trente centres de santé, vingt-trois sont municipaux, six sont associatifs, un est géré par une Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

La répartition géographique des trente centres de santé est la suivante :

Figure 2 : Répartition géographique des trente centres de santé de l'échantillon



1.7 Limites de la mission

Par construction, les travaux conduits présentent un certain nombre de limites qu'il est nécessaire de souligner :

Représentativité des trente centres de santé :

Compte tenu des critères utilisés pour constituer la liste des trente centres de santé, l'échantillon n'a pas vocation à être représentatif des centres de santé d'Ile de France, ni même des centres de santé des trois départements de la première couronne.

Ont en effet été privilégiés, parmi les centres de santé volontaires :

- Les centres de santé polyvalents ou médicaux,
- Les centres de santé en Zone Urbaine Sensible (ZUS), en Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) ou limite Zone Urbaine Sensible.

Cohérence des données entre les centres de santé :

Les données restituées ont été extraites par les centres de santé de leurs systèmes d'information. De ce fait, et malgré l'effort fait pour repartir de données élémentaires :

- Les modes de détermination de certaines données agrégées ou calculées peuvent différer entre les systèmes d'information,
- L'accès aux informations est parfois tributaire de requêtes figées par les éditeurs de logiciels (exemple de répartition de la patientèle par tranches d'âge, nombre de passages et nombre d'actes, ...)
- Des informations sont détaillées de façon variable selon les centres de santé (comptabilité par secteur d'activité, ...) ne permettant pas de comparaisons sur l'ensemble de l'échantillon.
- L'accompagnement des centres de santé dans le travail de remontée des informations a permis de préciser et éliminer les points de divergence les plus évidents mais il n'est pas exclu que des biais résiduels subsistent encore.

Quantification des activités de prévention et des actions sociales :

Dans le cadre des missions qui leurs sont assignées, les actions de prévention, les actions sociales et d'aides aux plus démunis sont invoquées et promues par les centres de santé.

Toutefois, la répartition des charges inhérentes à ces différentes activités s'avère difficile à détailler et n'a pu être quantifiée, dans l'étude. En effet, ce sont souvent des mêmes membres de l'équipe du centre de santé qui s'investissent dans les activités de soin, les actions de santé publique et de prévention, ainsi que les activités sociales.

Evaluation des améliorations potentielles :

L'évaluation des améliorations potentielles d'organisation ou de viabilité économique a été conduite pour chaque centre de santé par comparaison avec les meilleures pratiques des centres de santé de l'échantillon (notion de premier décile). Ces évaluations ont été ensuite revues avec le management de chaque centre de santé pour tenir compte au mieux des contextes particuliers et des conditions de faisabilité spécifiques à chaque centre de santé.

Certaines de ces conditions de faisabilité peuvent toutefois être indépendantes du centre de santé ou difficile à évaluer en termes de délais et/ou facilité de mise en œuvre.

Ces évaluations doivent donc être considérées comme une sélection d'axes de travail, à réajuster en fonction des avancées progressives constatées.

**CARACTERISTIQUES DES CENTRES
DE SANTE DE L'ETUDE**

2 CARACTERISTIQUES DES CENTRES DE SANTE DE L'ETUDE

Les données ont été regroupées selon différentes rubriques représentant les caractéristiques des centres de santé.

2.1 Poids des centres de santé de l'échantillon

Les trente centres de santé ont accueilli sur l'année 2011, 724 428 patients (notion de file active). Ils emploient l'équivalent temps plein de près de 1 200 personnes et représentent un chiffre d'affaire annuel de plus de 50 millions d'euros, hors subventions.

Ils affichent un résultat cumulé qui représente une perte de 15 millions d'euros sur l'année 2011, ce qui confirme le besoin d'une amélioration de leurs résultats économiques pour un nombre significatif d'entre eux. Cependant, il est à noter que les données concernant les charges sont très partielles.

Ces données cumulées ont uniquement pour objet de situer les ordres de grandeur à l'échelle de l'échantillon.

Tableau 2: Données cumulées sur l'échantillon

Nombres de patients	724 428
Nombres d'ETP totaux	1 195,04
Nombre de cabinets médicaux	296
Nombre de fauteuils dentaires	83
Chiffres d'affaire	52 767 361 €
Subventions reçues	10 096 095 €
Masses salariales¹	67 376 996 €
Autres charges identifiées	11 489 453 €
Résultat	-16 002 992 €

¹ Les masses salariales prises en compte dans l'étude sont systématiquement « chargées » (incluant les charges patronales)

2.2 Activités des centres de santé

Les centres de santé de l'étude présentent des caractéristiques très hétérogènes en termes de taille et d'amplitude horaire d'ouverture.

Tableau 3 : Description générale de l'échantillon

	Min	Max	Médiane	Nombre de Centres
SURFACE (m²)	110	3500	802	
Accessibilité aux Personnes à Mobilité Réduite				22
Travaux prévus				3
AMPLITUDE HORAIRE HEBDOMADAIRE	39	63	51	
Ouverture le samedi matin				25
Ouverture le samedi après midi				3
Ouverture en continu (heure du déjeuner)				12
NOMBRE DE CABINETS MEDICAUX	1	52	7	
NOMBRE DE SPECIALITES MEDICALES	2	16	8	
CONSULTATIONS SANS RENDEZ-VOUS EN MEDECINE GENERALE				17
VISITES A DOMICILE				5
NOMBRE DE SERVICES DE KINESITHERAPIE				16
ACCUEIL D'INTERNES ET D'ETUDIANTS				22

Plus des deux-tiers sont accessibles aux personnes à mobilité réduite. Leur amplitude horaire hebdomadaire varie du simple au double, et un peu moins de la moitié sont ouverts en continu à l'heure du déjeuner.

La nature de l'offre est donc très différente selon les centres.

2.2.1 L'imagerie

La majorité des centres de santé de l'échantillon dispose d'un service d'imagerie intégré, dont trois ne pratiquent que de l'échographie.

Tableau 4 : Description des services d'imagerie de l'échantillon

	Nombre de Centres
NOMBRE DE SERVICES D'IMAGERIE	22
Radiologie conventionnelle	19
Panoramique dentaire	12
Mammographie	10
Ostéodensitométrie	3
Échographie (présence d'un équipement)	21
Nombre de services numérisés	13

2.2.2 Le laboratoire de biologie médicale

Tableau 5 : Description des laboratoires de biologie médicale de l'échantillon

	Nombre de Centres
NOMBRE DE LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALE	4
LIEUX DE PRELEVEMENTS	15
PRELEVEMENTS A DOMICILE	5
PERCEPTION DE FRAIS DE DOSSIER POUR LES PRELEVEMENTS	15
MONTANT DES FRAIS DE DOSSIER	Entre 0 et 10 €

Quatre centres de santé ont un laboratoire de biologie médicale intégré ; les prélèvements sont également proposés dans quinze centres de santé.

2.2.3 Le dentaire

Les activités dentaires sont pratiquées dans vingt-sept centres de santé ; les services sont équipés de un à huit fauteuils dentaires, la médiane étant à deux.

Tableau 6 : Description des services dentaires de l'échantillon

	Nombre de Centres
NOMBRE DE SERVICES DENTAIRE	27
ACTIVITES PRATIQUEES :	
Omnipratique	26
Orthodontie	20
Pédodontie	3
Stomatologie	7
Implantologie	1
Nombre de services numérisés	13
NOMBRE DE LABORATOIRES DE PROTHESES	5

Un centre de santé ne propose pas d'omnipratique et s'est orienté vers la pédodontie ou l'orthopédie dento faciale (ODF). Ce centre de santé réalise 60% de son activité en pédodontie avec l'objectif de ne plus réaliser d'activité prothétique, à terme.

2.3 Description des personnels exerçant dans les centres de santé de l'échantillon

Au total, environ 1 195 Equivalents Temps Pleins (ETP) travaillent dans les 30 centres de santé de l'échantillon.

Parmi eux, l'ensemble des médecins et praticiens, généralistes, spécialistes, radiologues, biologistes et dentistes représente au total l'équivalent temps plein de 298 professionnels de santé (soit 25%), les professions de santé non médicales représentent 232 ETP (20%) et les personnels administratifs et assistants dentaires 661 ETP (55%).

Les spécialités médicales sont diversement représentées dans les centres de santé :

- Une offre de médecine générale est proposée dans vingt-neuf centres de santé sur trente, l'un des centres de santé proposant exclusivement une offre de spécialités,

- Une offre de rhumatologie, ORL, dentaire, dermatologie, gynécologie, imagerie et ophtalmologie est proposée dans plus des deux tiers des centres de santé,
- Une offre en neurologie, urologie, pédiatrie, pneumologie, endocrinologie est présente dans moins d'un tiers des centres de santé.

Tableau 7 : Description de l'offre de soin et des ETP praticiens

	Offre de soins	Nombre d'ETP totaux
Médecine générale	29	76,45
Spécialités	29	86,21
Allergologie	16	3,27
Angiologie	19	5,46
Cardiologie	23	6,34
Dermatologie	27	15,19
Endocrinologie	9	2,65
Gastro-entérologie	16	2,42
Gynécologie	25	16,84
Médecine du sport	5	1,30
Neurologie	2	0,81
Ophtalmologie	21	10,43
ORL	28	5,84
Pédiatrie	8	2,29
Pneumologie	7	1,39
Psychiatrie	12	3,04
Rhumatologie	28	8,31
Urologie	4	0,63
Biologie	4	11,19
Dentaire	27	97,30
Imagerie	22	26,83
Total ETP :		297,97

Un centre de santé de l'échantillon ne propose qu'une activité de médecine générale et un autre ne propose qu'une offre de spécialité.

Tableau 8 : Description des ETP hors praticiens

	Nombre d'ETP totaux
Psychologue	3,58
Auxiliaires médicaux	232,16
Kinésithérapeute	27,90
Technicien de laboratoire	37,40
Orthophoniste - Orthoptiste	6,18
Infirmier	114,49
Manipulateur en électroradiologie	40,46
Autres activités	5,73
Personnel non médical	661,33
Assistant dentaire	118,77
Autre personnel administratif	542,56
Total ETP :	897,07

Parmi les 231 professionnels auxiliaires médicaux, (selon la classification des métiers de la santé publique), près de la moitié est représentée par les infirmiers.

La ligne « autres activités » du tableau ci-dessus rassemble la diététique, l'ostéopathie et la pédicurie.

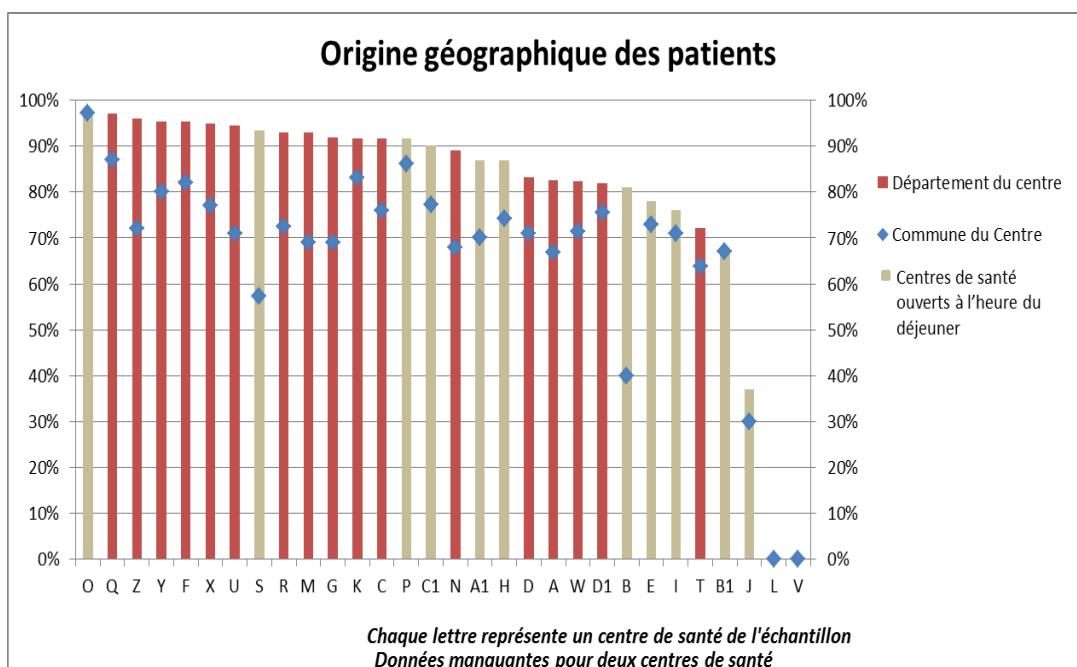
En complément des praticiens et auxiliaires médicaux, 661 ETP font partie de la catégorie « Personnel non médical », composée des assistants dentaire, des directeurs, des adjoints et responsables d'équipes, du personnel administratif, des prothésistes et des secrétaires médicales. Comparée aux 1 195 ETP totaux, une part importante (55%) du personnel des centres de santé est donc dédiée aux activités administratives ou techniques.

2.4 Patientèle des centres de santé

2.4.1 L'origine géographique

L'analyse de l'origine géographique des patients révèle que dans leur grande majorité ils proviennent de la commune d'implantation du centre de santé. Ces derniers remplissent bien leur rôle de structure de proximité pour les habitants de la commune et du département. Seuls deux centres de santé constituent une exception avec 30% à 40% de patients provenant de leur commune (losanges bleus sur le graphique). Parmi ces deux centres de santé, le premier ne propose qu'une seule spécialité et draine une patientèle sur une zone très étendue ; le second est aux portes de Paris ce qui peut expliquer la particularité sur l'origine géographique des patients.

Figure 3 : Origine géographique de la patientèle de l'échantillon



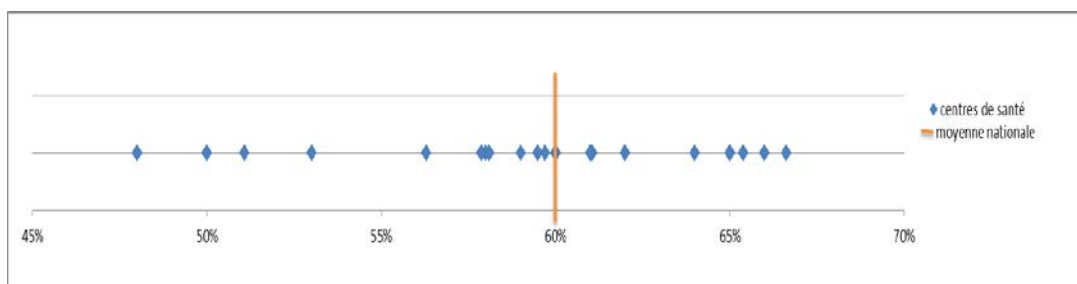
Il apparaît que l'ouverture en continu à l'heure du déjeuner n'a pas d'impact direct sur l'origine géographique des patients.

2.4.2 L'âge et le sexe des patients

La part de la patientèle féminine est conforme aux résultats nationaux de consommation de soins avec une médiane à 60%.

Pour les trois graphiques ci-après, chaque losange positionne un centre de santé de l'échantillon sur l'échelle ; la médiane est représentée par le trait orange.

Figure 4 : Part des femmes dans la patientèle de l'échantillon



Pour l'analyse de l'âge des patients, les tranches d'âge retenues ont été celles issues du rapport d'activité des centres de santé.

Figure 5 : Part des 0 - 19 ans dans la patientèle de l'échantillon

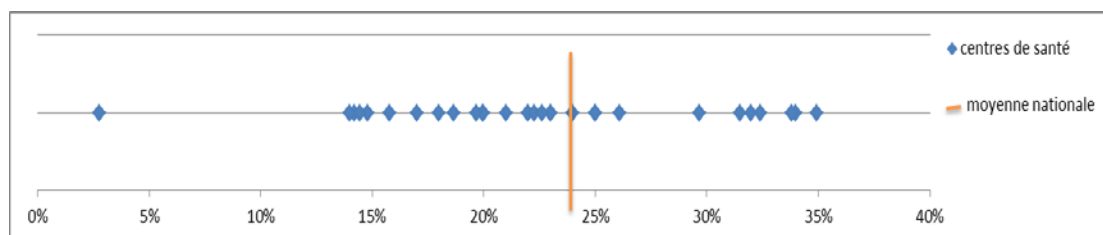
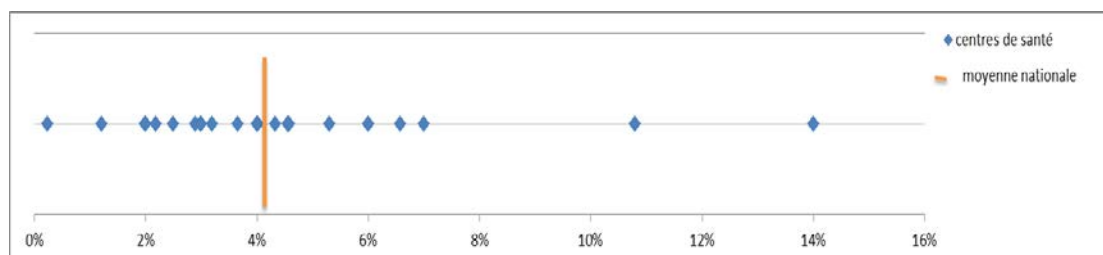


Figure 6 : Part des plus de 80 ans dans la patientèle de l'échantillon



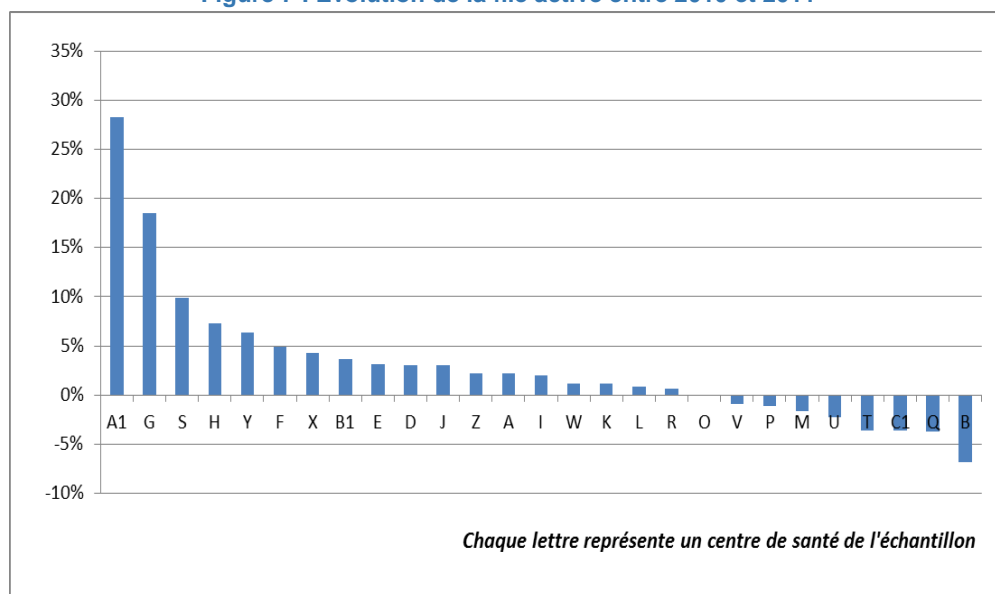
Une grande disparité est constatée sur la part des 0-19 ans allant de 3% à 35%. Pour la tranche des plus de 80 ans, la part médiane est de 4% avec deux sites accueillant plus de 10%.

Au-delà de ces deux tranches extrêmes, le détail au sein des tranches d'âge intermédiaires dans les extractions proposées par les systèmes d'information des centres ne permet pas une analyse très fine.

2.4.3 La file active

L'évolution de la file active entre 2010 et 2011 mesure la variation du nombre de patients venus au moins une fois pendant l'année. Cette évolution a pu être mesurée pour vingt-six centres de santé ; elle varie entre - 4% et + 28%.

Figure 7 : Evolution de la file active entre 2010 et 2011



On relève que 88% des centres de santé se situent entre -4% et +11% d'évolution de la file active. Le faible renouvellement de la patientèle est un risque pour la pérennité du centre de santé. L'augmentation de 28% de la file active de A1 s'explique par l'ouverture de nouveaux locaux et de nouvelles activités. Cette évolution n'a pas pu être mesurée pour certains centres de santé du fait d'un changement de logiciel ne reprenant pas la base patients anciennement constituée, ou de logiciels ne pouvant fournir que le nombre de passages.

2.5 Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle

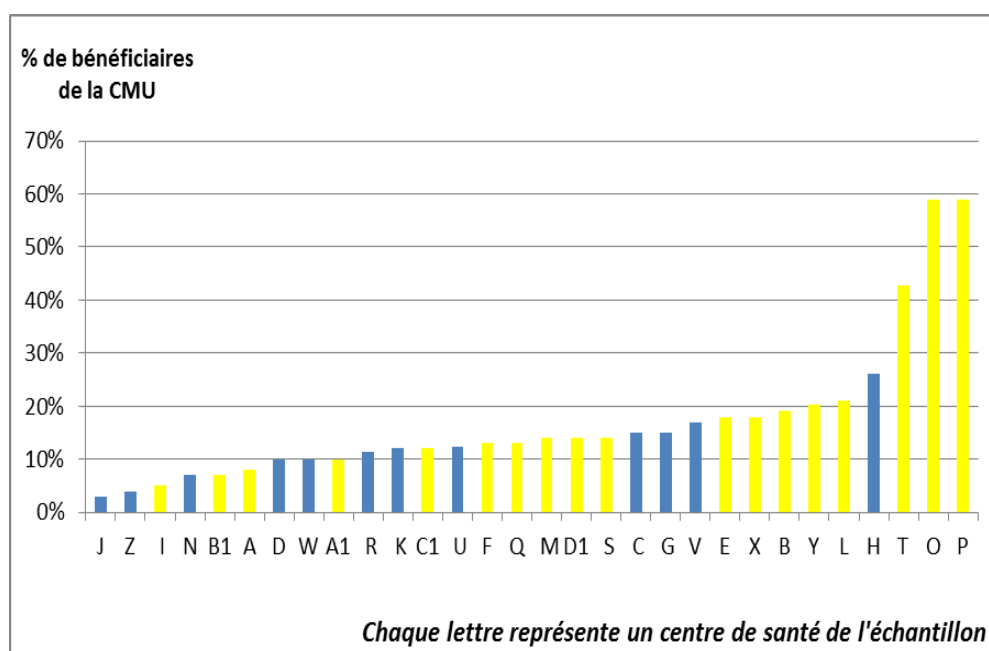
La médiane du nombre de patients bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) parmi la patientèle des centres de santé de l'échantillon est égale à 14%, et trois centres de santé ont un pourcentage de patients CMU supérieur à 20%. A noter qu'il s'agit là du nombre de patients et non du nombre de passages.

Tableau 9 : Données sur les pourcentages de bénéficiaires de la CMU pour les centres de santé de l'échantillon

	Min	Max	Médiane	Nb de Centres
% bénéficiaires de la CMU	3%	59%	14%	29
% bénéficiaires de la CMU pour les centres situés en ZUS	5%	59%	14%	17

60% des centres de santé de l'échantillon sont en Zone Urbaine Sensible (ZUS), limite Zone Urbaine Sensible ou en Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS). Ces centres de santé sont indiqués en jaune sur le graphique.

Figure 8 : Dispersion des pourcentages de bénéficiaires de la CMU dans les centres de santé de l'échantillon



La localisation des centres de santé dans une Zone Urbaine Sensible (ZUS), limite Zone Urbaine Sensible ou en Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS), ne semble pas avoir d'impact significatif sur la part de patients bénéficiaires de la CMU.

Tableau 10 : Comparaison des taux de bénéficiaires de la CMU entre l'échantillon et les données de la CPAM et du Fonds CMU

Taux moyen de bénéficiaires de la CMU	75	92	93	94
CPAM 2011 (communes)		2,90%	6,14%	2,39%
"Fonds CMU" 2010 (département)	5,40%	2,50%	6,70%	2,40%
Echantillon 2011 (centres de santé)		13,00%	17,00%	10,71%

Les données des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (2011) présentées dans ce tableau portent sur les communes d'implantation des trente centres de santé ; celles du « Fonds Couverture Maladie Universelle » (2010) portent sur le pourcentage de bénéficiaires de la CMU dans les trois départements.

La comparaison avec la moyenne des taux de CMU dans notre échantillon fait ressortir une sur représentation des patients bénéficiaires de la CMU au sein des centres de santé de l'étude.

2.6 Pratique du tiers-payant

Le système du tiers payant dispense l'assuré, sous certaines conditions, de faire l'avance des frais médicaux ; il existe deux types de tiers payant :

- partiel : l'assuré paie uniquement le ticket modérateur ; l'assurance maladie règle directement les frais à sa charge au centre de santé concerné,
- total : l'assuré n'a aucun frais à régler ; l'assurance maladie et l'organisme complémentaire règlent directement les frais à leur charge au centre de santé concerné.

Tableau 11 : Données du tiers-payant sur l'échantillon

	Min	Max	Médiane	Nb de Centres
% de feuille de soins électroniques (*)	0%	99%	80%	18 CdS > 70%
Nombre de mutuelles conventionnées	0	330	60	27
Borne vitale de mise à jour				25

***2 centres de santé entre 60 et 70%**

Les Feuilles de Soins Electroniques

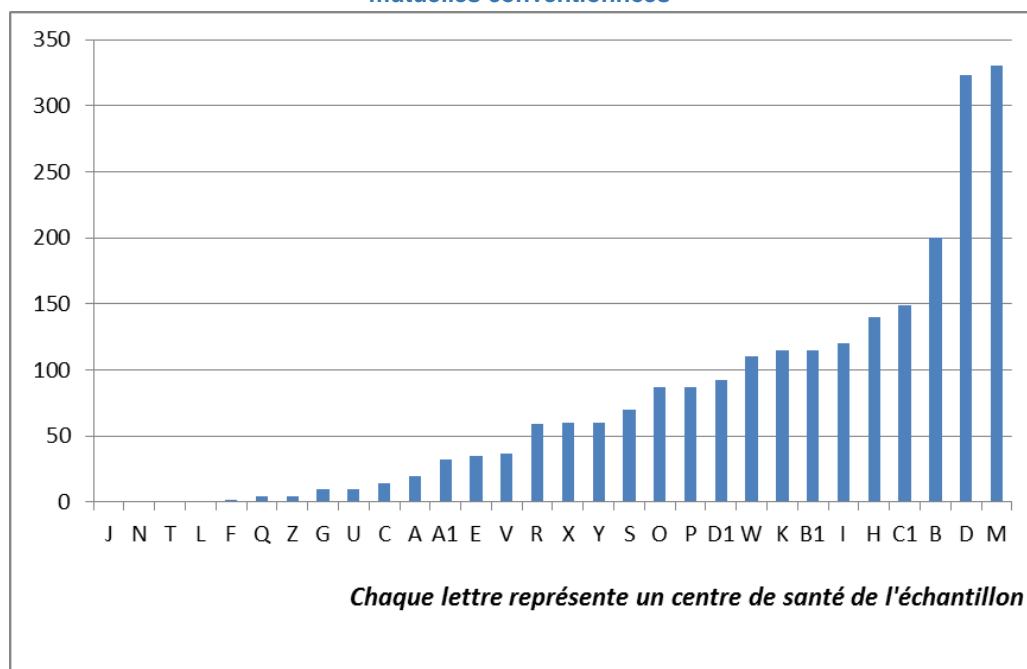
Les données communiquées par les centres de santé de l'échantillon montrent l'existence d'une grande disparité entre eux :

- dix-huit centres de santé ont un taux d'activité télétransmise supérieur à 70%, qui est le seuil minimum pour percevoir l'aide forfaitaire annuelle prévue dans l'accord national de télétransmission avec les CPAM,
- les douze autres centres de santé sont en dessous de ce seuil ; l'un des centres de santé de l'étude ne transmet pas de Feuilles de Soins Electroniques (FSE) car il n'est pas doté d'un logiciel agréé,
- deux centres de santé ont un taux de télétransmission des FSE compris entre 60% et 70% et sont donc proches du seuil de 70%.

Les mutuelles

Le nombre de mutuelles conventionnées est très variable selon les centres de santé et varie de 0 à plus de 330 mutuelles

Figure 9 : Dispersion des centres de santé de l'échantillon selon leur nombre de mutuelles conventionnées



90% des centres de santé proposent le tiers-payant avec les mutuelles. Parmi les trente centres de santé, quatre d'entre eux ont 150 mutuelles conventionnées ou plus.

Il semble que tous les centres de santé n'aient pas comptabilisé les mutuelles conventionnées selon les mêmes critères : certains ont dénombré le nombre de groupements de mutuelles (qui en fédèrent un nombre important), d'autres ont additionné le nombre d'organismes complémentaires présents dans leurs bases de données.

L'étude des trente centres de santé ne fait pas apparaître de lien entre le nombre de mutuelles conventionnées et le pourcentage d'impayés résiduels. Le faible taux d'impayés résiduels dans les centres de santé ayant conventionné avec un nombre important de mutuelles, résulte fort probablement d'un important travail de suivi et de relances réalisé par les administratifs de ces centres de santé.

2.7 Option de coordination

L'accord national du 19 avril 2003 promeut la coordination des soins au sein des centres de santé médicaux, polyvalents, dentaires et infirmiers qui, « du fait même de leur structure, sont susceptibles de mettre en place une organisation spécifique capable d'assurer la coordination des soins, élément essentiel de l'amélioration du système de soins ».

(...) « Au travers de cette option qui reste facultative, les parties signataires entendent favoriser :

- La qualité des soins,
- La prévention et les actions de santé,
- Le suivi médical et la continuité des soins,
- L'amélioration des conditions d'accès aux soins,
- L'optimisation des dépenses de santé ».

(...) « En contrepartie du respect des obligations définies dans la charte, le centre de santé optant perçoit une rémunération annuelle forfaitaire par patient ».

Ainsi chaque adhésion à l'option de coordination entre un patient du centre de santé et son médecin traitant donne le bénéfice d'une subvention versée annuellement au centre de santé, par l'Assurance Maladie.

Les Conseils Municipaux n'ont pas tous, à ce jour, validé ce protocole ; les équipes de direction des centres de santé ont souligné la lourdeur de gestion de ce dispositif :

- le Plan de Prévention Personnalisé prévu au protocole ne se génère automatiquement que pour les centres de santé dotés du Dossier Médical Informatisé ; en l'absence de système d'information, le praticien doit renseigner deux supports distincts,
- chaque année, le suivi du renouvellement de l'adhésion par le patient est géré manuellement par les centres de santé,

- la facturation de ces subventions n'est pas automatisée (pas de télétransmission): elle s'opère en renseignant une feuille de calcul électronique dont le suivi est difficile.

Si l'option de coordination est reconduite dans le cadre de la renégociation de l'accord national envisagée prochainement, quelques bonnes pratiques devraient en favoriser le développement :

- la simplification du suivi des patients ayant opté, par l'envoi mensuel d'un tableau de synthèse des contrats en cours et à renouveler, tel que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris l'envisage actuellement dans le cadre de la coordination avec les centres de santé parisiens,
- la prise en charge du renouvellement de l'adhésion auprès des patients comme le proposent les Caisses Primaires d'Assurance Maladie de Paris et de Seine Saint Denis,
- la mise en place progressive par les centres de santé du Dossier Médical Informatisé, ce qui permet de générer automatiquement le Plan de Prévention Personnalisé.

Les centres de santé qui souhaitent mettre en œuvre l'option de coordination doivent redynamiser le protocole de signature de médecin traitant car seuls les patients ayant choisi leur médecin traitant dans les centres de santé peuvent prétendre à la subvention de l'option de coordination.

Neuf centres de santé ont mis en œuvre l'option de coordination et ont 2908 patients qui ont adhéré au protocole ce qui représente une subvention cumulée de 71 800€.

Tableau 12 : Données sur l'option de coordination pour les centres de santé de l'échantillon

	Min	Max	Médiane	Nb de Centres
% de médecin traitant dans le CdS	0%	39%	9%	21
Nombre de centres avec option de coordination				9

Le pourcentage de patients ayant leur médecin traitant dans le centre de santé varie entre 0% et 39% :

- le minimum de 0% s'explique par la présence d'un centre de santé dans l'échantillon ne proposant pas de médecine générale, or, c'est généralement, le médecin généraliste qui est choisi comme médecin traitant,
- tous les centres de santé n'ont pas pu extraire le nombre de patients les ayant choisi comme médecin traitant,
- le nombre de patients ayant choisi leur médecin traitant dans le centre de santé dépend notamment du nombre d'équivalents temps plein de médecine générale et de l'accessibilité des locaux lorsque la patientèle est vieillissante.

**SITUATION ECONOMIQUE DES CENTRES DE
DE SANTE DE L'ECHANTILLON (Année 2011)**

3 SITUATION ECONOMIQUE DES CENTRES DE SANTE DE L'ÉCHANTILLON (Année 2011)

Les analyses suivantes portent sur les recettes et charges des centres de santé de l'échantillon. Elles sont conduites dans la limite des restitutions proposées par les outils de gestion des centres de santé.

3.1 Une hétérogénéité des outils de suivi disponibles

Deux constats sur les outils de suivi économiques ou d'activité ressortent de l'analyse conduite :

- La majorité des directeurs de centres de santé n'a pas d'outil de suivi de l'équilibre économique et la présence d'un contrôleur de gestion aux cotés de l'équipe de direction n'est pas systématique,
- Les systèmes d'information sont inégalement performants en termes de qualité des données restituées.

Les données sur les recettes liées aux activités sont bien identifiées, ainsi que celles liées aux subventions sur les actions de prévention.

Tableau 13 : Nombre de centres de santé de l'échantillon ayant fourni les données concernant les différents postes de charge du business plan

Postes de charge	Nombre de Centres
Charges de personnel	30
Achats	30
Dotation aux amortissements	16
Frais généraux	16
Charges Informatique	8
Charges Locaux	8
Charges de structure (frais de siège)	4

La diversité de présentation des comptes de résultats des centres de santé, avec un niveau d'agrégation des charges très variable en fonction de l'entité gestionnaire, rend impossible une comparaison sur l'ensemble des charges.

De ce fait, seules les charges de personnel et les coûts des achats, communiqués par tous les centres de santé ont fait l'objet d'une analyse comparative.

3.2 Charges identifiées par les centres de santé

3.2.1 Les ratios de personnel

Il existe d'importants écarts de ratios de personnel entre les centres de santé de l'étude. Certains écarts sont notamment dus au non remplacement des médecins.

Tableau 14 : Description des ratios de personnel observés dans l'échantillon

	Min	Max	Médiane	Nombre Centres
Nombre d'administratifs par médecin (*)	0,34	7,71	0,72	30
Nombre assistants dentaires / dentiste	0,77	1,99	1,08	27
Nombre de MER par radiologue (**)	0	2,60	1,46	22

(*) hors-prothésistes, assistants dentaires, techniciens de laboratoire et manipulateurs radio

(**) dont 3 ne pratiquant que de l'échographie et 2 n'ont pas de manipulateurs radio

A titre d'exemple, trois centres de santé ayant des activités d'imagerie ne pratiquent que de l'échographie et de fait n'emploient pas de manipulateurs en électroradiologie (MER). Par ailleurs, deux centres de santé qui pratiquent l'imagerie conventionnelle ne s'appuient pas sur des manipulateurs en électroradiologie: ce sont les radiologues qui réalisent les clichés.

3.2.2 Masse salariale

La masse salariale² étant une des principales charges des centres de santé, elle a été analysée par rapport au chiffre d'affaire dans les trois domaines d'activité des centres de santé de l'étude : médecine générale et spécialités, dentaire, et imagerie, ainsi que de manière générale pour chaque centre de santé.

² Les masses salariales prises en compte dans l'étude sont systématiquement « chargées » (incluant les charges patronales)

Tableau 15 : Ratios de masse salariale sur chiffre d'affaire par domaines d'activité

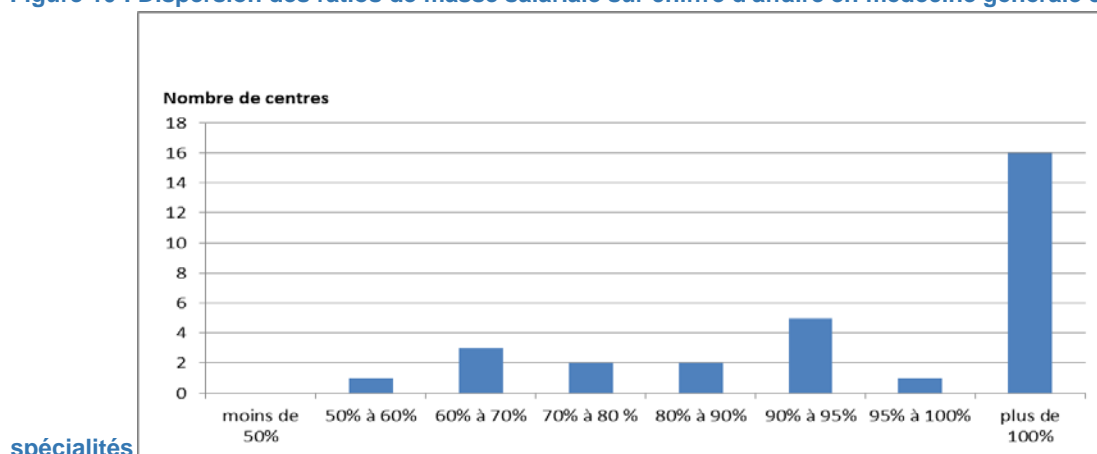
	Masse salariale cumulée pour les 30 centres		CA cumulé pour les 30 centres	Ratio de la masse salariale sur le CA pour les 30 centres	Ratio de la masse salariale sur le CA		
					MINI	MAXI	MEDIANE
MG et spécialités	19 300 937 €		20 286 418 €	95%	58%	190%	102%
Dentaire	sans ass. dentaire	10 157 876 €	14 867 337 €	68%	41%	122%	75%
	avec ass. dentaire	14 093 165 €	14 867 337 €	95%	56%	192%	105%
Imagerie	sans MER	3 693 506 €	7 619 783 €	48%	31%	135%	54%
	avec MER	5 640 146 €	7 619 783 €	74%	44%	224%	89%
TOTAL (tous personnels confondus, y compris le personnel administratif)	67 386 966 €		52 767 361 €	128%	72%	257%	160%

La valeur du ratio de masse salariale en médecine générale et spécialités sur le chiffre d'affaire est de 95% en cumul. Ce ratio varie entre 58% et 190% selon les centres de santé, ce qui traduit une forte disparité entre les centres de santé de l'étude.

En dentaire, la part de la masse salariale sur le chiffre d'affaire est de 68% sans les assistantes dentaires et de 95% avec les assistantes dentaires. La présence d'une assistante dentaire au fauteuil fait néanmoins partie des recommandations.

Le principe selon lequel l'activité dentaire et l'imagerie devraient être potentiellement des sources majeures d'équilibre économique pour les centres de santé n'est pas vérifié dans notre échantillon, puisque la marge sur le coût variable dégagée par ces secteurs d'activité est très faible, voire négative.

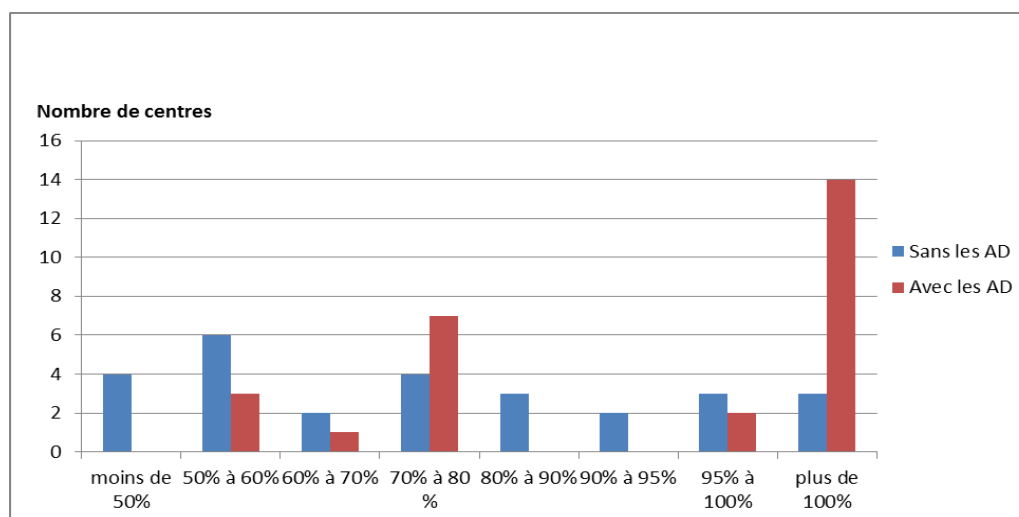
Figure 10 : Dispersion des ratios de masse salariale sur chiffre d'affaire en médecine générale et



L'analyse montre que sur les trente centres de santé, les recettes de seize d'entre eux ne couvrent pas la masse salariale de leurs équipes médicales généralistes et spécialistes par les recettes de ces activités.

Le graphique suivant montre également une importante hétérogénéité des situations des centres de santé en dentaire. On dénombre trois centres de santé dont les recettes liées au dentaire ne couvrent pas la masse salariale sans assistante dentaire, et quatorze avec assistantes dentaires.

Figure 11 : Dispersion des ratios de masse salariale sur chiffre d'affaire en dentaire, avec et sans assistants dentaires



Le ratio de la masse salariale sur le chiffre d'affaire pour l'activité dentaire varie fortement, entre les centres de santé.

En effet, la fixation des tarifs des prothèses dentaires en centre de santé apparaît très hétérogène. Certains gestionnaires font le choix de pratiquer des tarifs très bas, voire parfois inférieurs à ceux prévus pour les patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle.

En imagerie, les ratios de masse salariale sur le chiffre d'affaire sont de 48% sans manipulateur en électroradiologie et de 74% avec manipulateurs en électroradiologie. Malgré des ratios en imagerie largement inférieurs à ceux des autres activités médicales, les activités d'imagerie de quatre centres de santé ne couvrent pas la masse salariale de leurs radiologues, et les activités de huit centres de santé ne couvrent pas la masse salariale de leurs radiologues et manipulateurs en électroradiologie en cumul.

Figure 12 : Dispersion des ratios de masse salariale sur chiffre d'affaire en imagerie, avec et sans les manipulateurs en électroradiologie

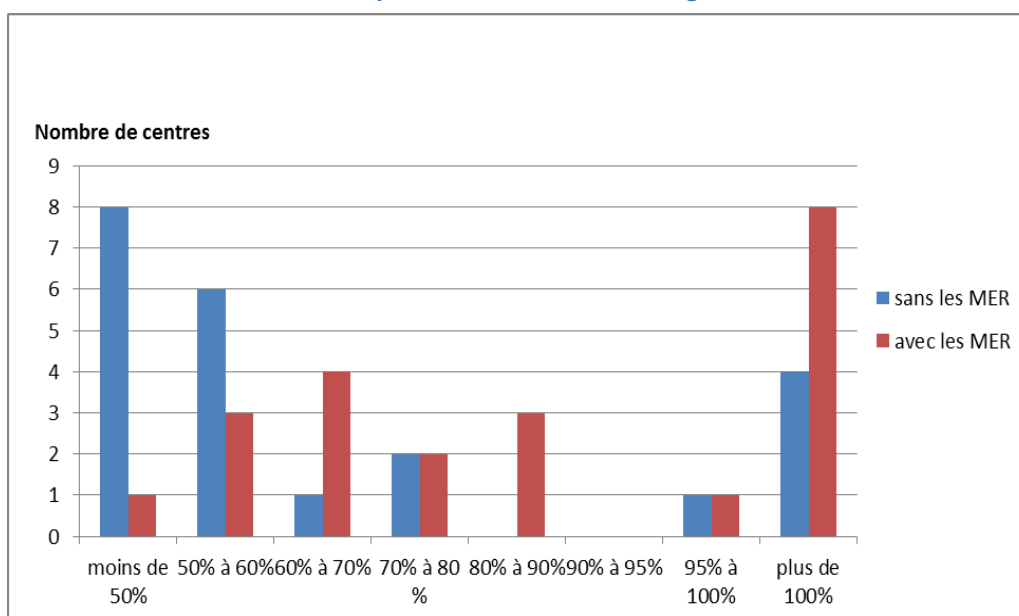
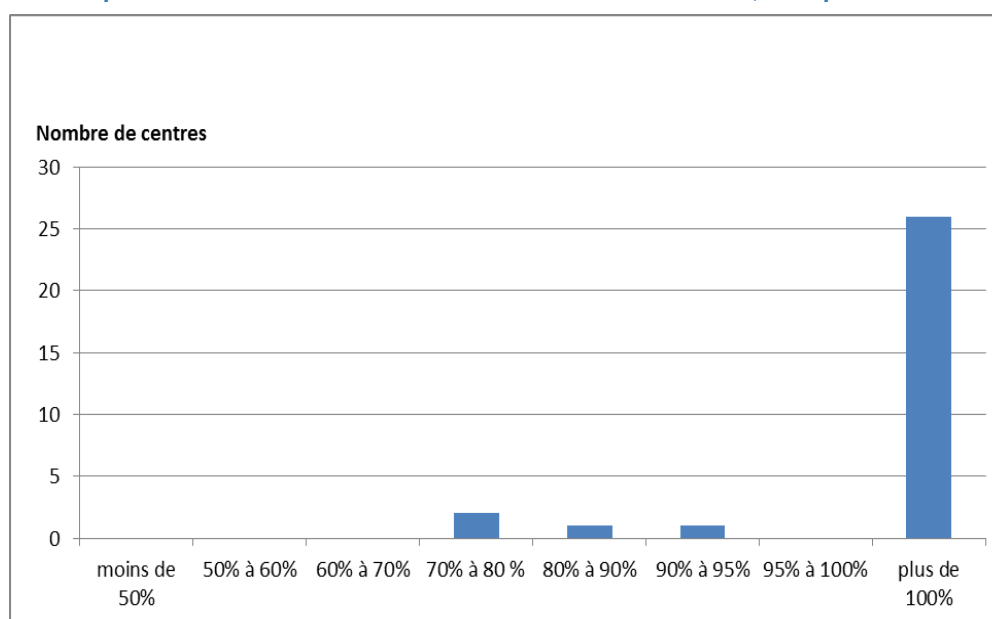


Tableau 16 : Ratios de masse salariale sur chiffre d'affaire tous personnels confondus

	Masse salariale cumulée pour les 30 centres	CA cumulé pour les 30 centres	Ratio de masse salariale sur le CA pour les 30 centres	Ratio de la masse salariale sur le CA		
				Min	Max	Moy
TOTAL (tous personnels confondus)	67 376 997 €	52 767 361 €	128%	72%	257%	160%

La masse salariale de l'ensemble des effectifs des trente centres de santé de l'échantillon, y compris les auxiliaires médicaux et l'ensemble du personnel administratif et de management, représente 128% du chiffre d'affaire en cumul. Au-delà de cette valeur, il faut retenir que les écarts entre centres sont très importants.

Figure 13 : Dispersion des ratios de masse salariale sur chiffre d'affaire, tous personnels confondus



Seuls quatre centres de santé (sur 30) arrivent à couvrir leurs masses salariales totales par le chiffre d'affaire de leurs activités.

Même si des évolutions sont en cours, la politique de gestion des ressources humaines (modes de rémunération, définitions de poste, conventions collectives des centres de santé), fortement marquée par l'histoire de ces structures, influe significativement sur le niveau de leurs charges.

Sur l'échantillon des trente centres de santé, vingt et un rémunèrent exclusivement les praticiens à la vacation, cinq rémunèrent exclusivement au pourcentage du chiffre d'affaire réalisé et quatre centres de santé municipaux rémunèrent seulement certains spécialistes (notamment en imagerie et en ophtalmologie) au pourcentage du chiffre d'affaire réalisé. Des réflexions sont en cours dans certaines communes afin de tendre vers un système mixte de rémunération avec une partie fixe et une partie variable sur les résultats.

3.2.3 Le coût de traitement des Feuilles de Soins Electroniques

Lors de la mise en place du tiers-payant, des bordereaux papier étaient adressés aux CPAM à l'appui des facturations. Dans les années 1990, des logiciels permettant de télétransmettre ces actes ont été développés et diffusés dans les centres de santé, ce qui a nécessité un équipement adéquat, et la formation des équipes. Le parcours patient coordonné, mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, a confié à un médecin traitant la coordination des différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré. Dans ce cadre, des majorations de coordinations ont été créées pour les médecins généralistes et les spécialistes. Depuis, la liste des majorations de spécialistes est régulièrement complétée (cardiologie, endocrinologie...). Dès lors, l'accueil des patients doit se professionnaliser puisqu'il s'agit, en plus du contrôle de l'ouverture des droits, de vérifier que le patient a bien choisi un médecin traitant et qu'il est orienté par ce dernier pour consulter un spécialiste.

Enfin, la création des Feuilles de Soins Electroniques (ou FSE) a, depuis 2007, nécessité le changement progressif des logiciels de facturation et complexifié davantage la fonction d'accueil.

L'ensemble de ces évolutions réglementaires a des répercussions directes à la fois sur le niveau de compétence attendu des équipes d'accueil (front office) et de facturation (back office) ainsi que sur l'exigence de fiabilité des données transmises et sur le niveau des rejets liés à ces processus de transmission et donc sur les coûts de gestion et sur la trésorerie des centres de santé.

Seize centres de santé disposent d'une équipe dédiée à la facturation et vingt centres de santé ont une équipe polyvalente, certains cumulant les deux dispositifs. La masse salariale ainsi consacrée au tiers payant et à la facturation, au traitement des rejets et des impayés représente en moyenne 6% du chiffre d'affaire du centre de santé et peut atteindre jusqu'à 17% (fonctions en back office).

Les équipes en charge de la facturation

La masse salariale des équipes de back office et front office (gestion de la facturation et du tiers payant plus accueil) varie entre 1,18 € et 22,13 € par facture au sein de l'échantillon des trente centres de santé ; dans les dix-huit centres de santé ayant participé à l'étude sur « La place des centres de santé dans l'offre de soins parisienne » en 2009, ce montant fluctuait entre 0,65 € et 9,41 € (charges de personnel liées à la facturation et à la vérification des droits à l'accueil).

Les nouvelles modalités de facturation, avec l'instauration de la FSE (une facture par acte et par médecin) et ses conséquences en termes de processus (avec la lecture systématique de la carte vitale et l'existence de contrôles à chaque création de FSE à l'accueil) contribuent certainement à cette différence de coût unitaire. Elles rendent nécessaire une analyse détaillée des différents processus, missions et tâches des équipes d'accueil et de facturation, seule à même de mieux estimer le coût réel du tiers payant, compte tenu des différentes organisations et de la dispersion de ce coût entre les centres de santé. A titre d'illustration des différences de pratiques entre les centres de santé de l'échantillon, dans six d'entre eux, les FSE sont créés directement par les médecins.

Les impayés et les rejets

Les impayés sont des sommes dues par les patients et par les différents organismes de Régimes Obligatoires (ou RO) ou de Régimes Complémentaires (ou RC) au titre de l'avance du tiers-payant réalisée par le centre de santé et pour laquelle il a réalisé une facturation.

Tous les centres de santé n'ont pas pu extraire l'ensemble des informations sur les impayés et les rejets.

Seuls six centres de santé ont pu distinguer les impayés organismes Régime Obligatoire et Régime Complémentaire.

Le pourcentage d'impayés et de rejets communiqué par les centres de santé sont les valeurs résiduelles de l'année 2011 mesurées au deuxième trimestre 2012 ; ces valeurs ne rendent pas compte de leur importance réelle ni du travail de retraitement réalisé par les équipes des services facturation, au fil de l'eau.

Les données sur les rejets et les impayés se basent sur les activités 2011 ; nous avons noté un taux d'impayés organismes de particulièrement élevé pour un centre de santé de l'échantillon s'élevant à 12%.

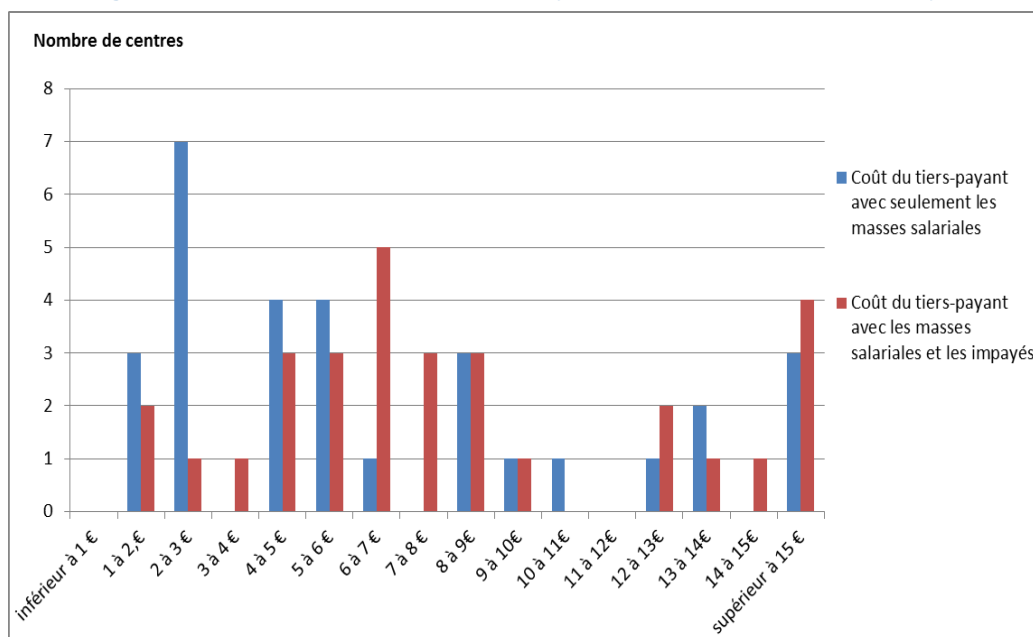
Tableau 17 : Données sur les rejets et les impayés pour l'échantillon

	Min	Max	Médiane	Nombre de Centres
Les rejets	0,27%	9,00%	2,20%	21
Les impayés				
Patients	0,12%	8,24%	1,00%	26
Organismes RO	0,08%	12,00%	3,08%	24
Organismes RC	0,47%	6,90%	3,75%	6

Le coût complet de traitement des FSE

Le coût complet de traitement d'une FSE inclut le montant des impayés patients et organismes Régime Obligatoire et Régime Complémentaire, les masses salariales des équipes d'accueil et de facturation (front office et back-office). Le coût médian de traitement d'une FSE dans l'échantillon des trente centres de santé est de 7,08 euros. Ce montant est à comparer au montant médian d'une facture qui s'élève à 27,85 euros à l'échelle de 29 des 30 centres de santé de l'échantillon, qui présente une dispersion comprise entre 14,25 et 56,45 euros en fonction des activités portées par les centres de santé.

Figure 14: Dispersion du coût du tiers-payant en incluant ou non les impayés



Il faut noter que dans le coût de traitement des FSE, le coût du système d'information n'a pu être pris en compte.

3.2.4 Les achats

En raison de l'absence de saisie analytique ou d'une gestion centralisée, certains centres de santé n'ont pas été en mesure d'extraire le montant de leurs achats par secteur d'activité. Dès lors, le montant global d'achats a été réparti selon le ratio d'activité de chaque secteur.

Le ratio d'achats calculé en pourcentage du chiffre d'affaire est donc d'une précision très variable selon les centres de santé et à utiliser avec précautions. Le ratio médian calculé sur les 30 centres de santé se situe à 14%.

Pour les achats des secteurs laboratoire de biologie médicale et imagerie, le matériel mis à disposition et les contrats de maintenance n'ont pas été pris en compte.

Il est précisé ici que seuls sont pris en compte les achats directement affectés aux activités médicales et dentaires des centres de santé ; aucun achat lié au fonctionnement n'est analysé faute de données (papeterie, produits ménagers, eau, électricité...).

Tableau 18 : Ratios des achats sur le chiffre d'affaire par domaine d'activité

	Min	Max	Médiane	Nombre de centres
Médecine Générale	0,56%	13,78%	2,66%	29
Spécialité	0,25%	15,32%	4,03%	29
Dentaire (soins)	0,25%	53,38%	15,20%	27
Dentaire (prothèses)	1,69%	88,33%	28,29%	27
Imagerie	1,94%	37,49%	6,25%	22
Laboratoire de biologie médicale	20,42%	33,15%	28,13%	4
Auxiliaires médicaux	2,12%	63,90%	3,71%	20

Les coûts liés aux laboratoires de prothèses (achats et masses salariales), pour cinq centres de santé sur les trente de l'échantillon, ont été intégrés dans les achats de prothèses dentaires.

Aucun centre de santé de l'échantillon ne recourt à une centrale d'achat spécialisée en santé.

Pour les centres de santé municipaux, les appels d'offre sont le plus souvent négociés par le service des marchés des communes qui ne dispose généralement pas de spécialistes achat sur les fournisseurs de matériels et consommables de santé.

3.2.5 Les projets de prévention

L'article L 6323-1 du Code de la Santé Publique stipule que : « Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales ».

A l'échelle de l'échantillon, les constats sont que :

- les projets de prévention, de santé publique et d'aide aux plus démunis portés par les centres de santé ont un impact direct sur les résultats,
- les centres de santé municipaux sont particulièrement concernés par ces actions car elles correspondent aux projets de santé portés par les communes,
- les subventions perçues, non pérennes, ne compensent pas toujours l'ensemble des charges engagées,
- les données fournies n'ont pas permis d'isoler les charges propres à ces activités pour l'ensemble des centres de santé.

3.3 Recettes des centres de santé

3.3.1 Les recettes liées aux activités médicales

Les actes médicaux (NGAP et CCAM) constituent la principale recette des centres de santé. La valorisation de l'activité pourrait être améliorée en perfectionnant la connaissance de la nomenclature et une meilleure circulation de l'information entre le praticien qui cote ou codifie ses actes et l'agent de l'accueil qui les saisit dans la majorité des centres de santé de l'échantillon.

En effet, les extractions communiquées par les centres de santé montrent que la majorité des actes codés sont des Consultations d'omnipraticiens (C) et des Consultations de Spécialistes (CS), actes respectivement valorisés à 23€ et 28 € (avec les majorations du parcours de soins), alors qu'une utilisation simplement réglementaire des codages permettrait un accroissement significatif des ressources.

Plusieurs raisons sont évoquées pour justifier ce manque de valorisation :

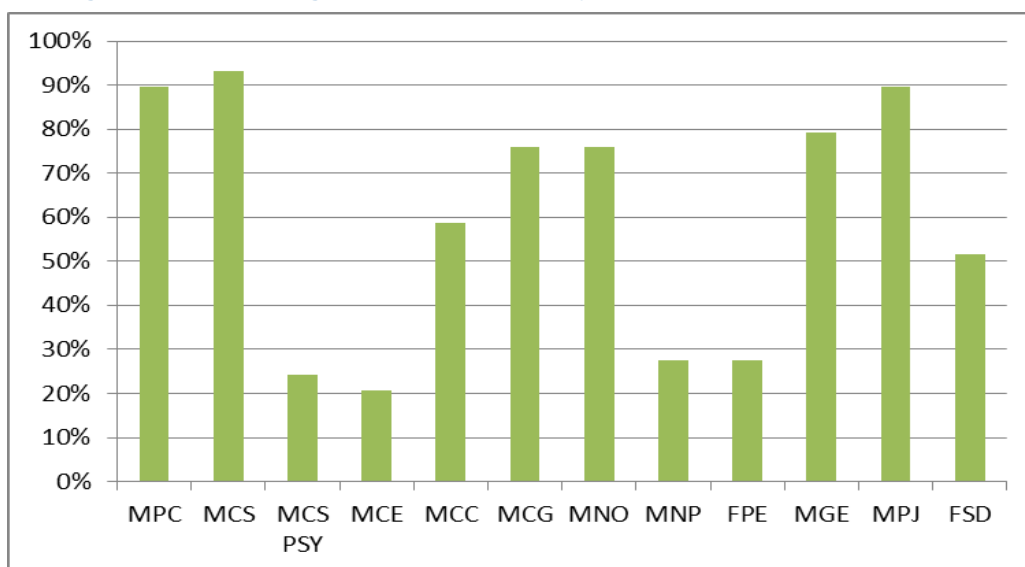
- méconnaissance des nomenclatures par les praticiens qui craignent de commettre des erreurs,
- circulation d'information praticien/accueil contraignante à organiser,
- abandon volontaire de recette pour éviter un coût d'acte plus élevé pour le patient ne bénéficiant pas d'une mutuelle ou d'une exonération,
- choix du gestionnaire pour un patient hors parcours de soins, de ne pas appliquer le Dépassement Autorisé (DA), afin de ne pas laisser un reste à charge au patient.

Les majorations du parcours de soins par spécialité sont mal utilisées, comme le montre le montant moyen des actes : il est inférieur à 28 € pour une Consultation de Spécialiste (en incluant les majorations MPC et MCS) ; cela signifie que le codage des actes n'est pas optimisé.

Par ailleurs, les majorations dans le cadre du parcours de soins qui sont directement liées à une spécialité sont méconnues, voire pas créées dans le système d'information du centre de santé.

A titre d'exemple, on peut citer la MCC pour la majoration du parcours de soins en cardiologie, MCE pour l'endocrinologie, ou encore le Forfait de Sécurité en Dermatologie, dont la saisie est rarement liée avec celle des actes de petite chirurgie qui y sont associés.

Figure 15 : Pourcentages d'utilisation des majorations à l'échelle de l'échantillon



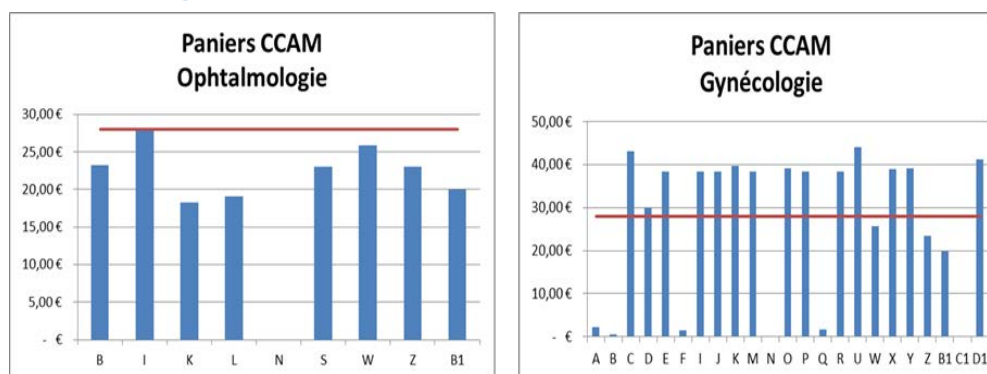
Or, la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) avait pour objectifs, à la fois de décrire plus précisément les actes réalisés par le praticien et de prendre en compte l'équipement technique mis à sa disposition, en valorisant mieux l'acte.

Concernant la nomenclature des actes techniques ou de petite chirurgie (CCAM) la valorisation appliquée par les centres de santé est parfois inférieure à la Consultation de Spécialiste, lorsqu'elle est utilisée. Même pour les centres de santé qui ont réalisé un thésaurus des actes de CCAM, les praticiens y recourent relativement peu.

En ophtalmologie, le prix moyen des actes est globalement inférieur ou proche de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

En gynécologie, au contraire, la valorisation des actes de la CCAM est majoritairement supérieure à la NGAP.

Figure 16 : Exemples de paniers CCAM pour deux spécialités



— Tarif de la NGAP à 28 euros

Les écarts entre les centres de santé sont à analyser en prenant en compte les différents équipements et gestes médicaux pratiqués.

Il ressort des différents échanges avec les gestionnaires de centres de santé que le levier optimisation du codage est manifestement celui qui semble le plus aisé à mettre en œuvre, dès lors qu'une information par spécialité est communiquée et actualisée.

3.3.2 Les recettes liées aux activités dentaires

Les tarifs des prothèses dentaires varient beaucoup d'un centre de santé à l'autre.

Parmi les vingt-sept services dentaires des centres de santé ayant participé à l'étude, huit pratiquent des tarifs correspondant à ceux de la Couverture Maladie Universelle ou en dessous sur au moins un acte de prothèse, pour favoriser l'accès aux soins.

Tableau 19 : Tarifs dentaires de l'échantillon

	CMU	Min	Max	Médiane
CCM	375 €	375 €	1 198 €	952 €
couronne métal	230 €	230 €	700 €	455 €
dent provisoire	0 €	40 €	92 €	50 €
semestre ODF métal	464 €	226 €	688 €	333 €
stellite 6 dents	349 €	234 €	1 174 €	745 €

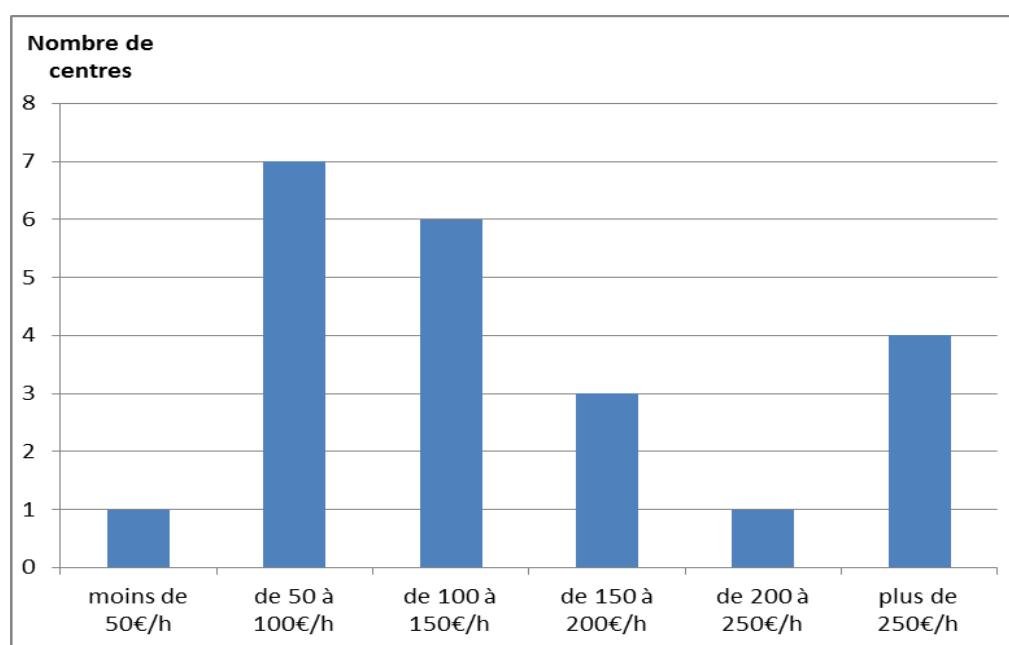
De plus, parmi les vingt-sept services dentaires, seulement six ont augmenté leurs tarifs de prothèses entre 2011 et 2012.

Un centre de santé a fait le choix de ne proposer que de la pédodontie sur ses trois fauteuils dentaires. Ce choix est issu d'une stratégie à longue échéance en terme de santé publique, s'agissant de prévention bucco-dentaire auprès des patients les plus jeunes. Les conséquences sont immédiates au niveau des recettes, dans la mesure où la pédodontie nécessite un temps de consultation au fauteuil long.

3.3.3 Les recettes liées à l'imagerie

L'imagerie est proposée dans vingt-deux centres de santé de l'étude.

Figure 17 : Dispersion du chiffre d'affaire horaire des radiologues



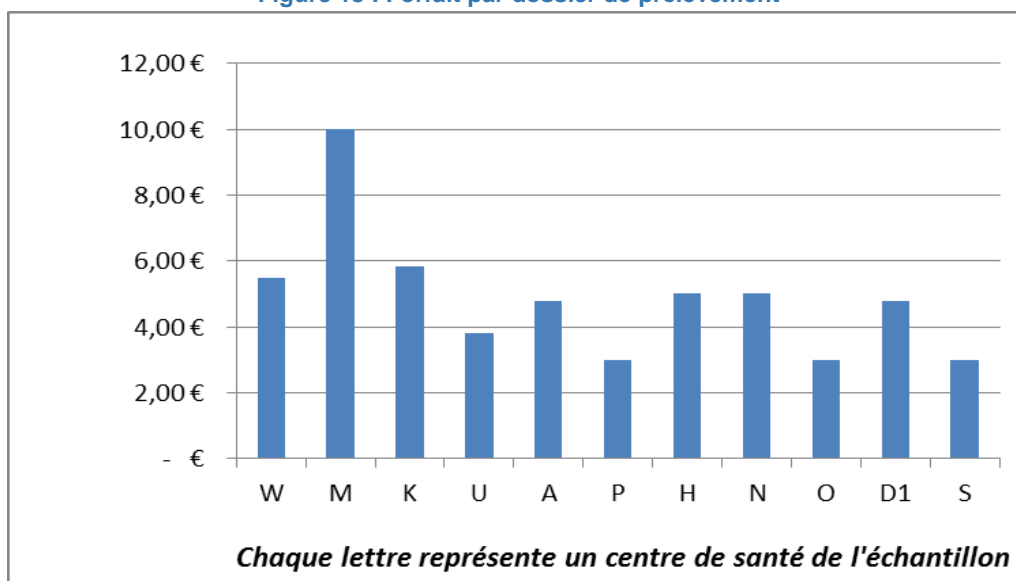
Le chiffre d'affaire horaire des radiologues présente un rapport de 1 à 8 selon les centres de santé. Ces variations peuvent être en partie expliquées par les différentes modalités (équipements) et les processus organisationnels mis en œuvre dans les services, en particulier en fonction de la présence ou non de manipulateurs en électroradiologie. Elles sont aussi liées à des niveaux d'activité inégaux. Dans certains centres de santé, les radiologues ont un temps de présence très faible en raison des difficultés de recrutement. De plus, dans certains centres de l'échantillon, les manipulateurs en électroradiologie ne travaillent pas en l'absence des radiologues.

Pour l'ensemble des secteurs d'activité des centres de santé de l'échantillon, la réduction du taux de non venue des patients est un levier important pour améliorer les recettes.

3.3.4 Les recettes liées aux activités de biologie médicale et de prélèvements

Au titre des activités de prélèvement, le centre de santé effectue les prélèvements, saisit la prescription et remet les résultats aux patients dans l'attente d'un regroupement formalisé dans le cadre de l'Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.

Figure 18 : Forfait par dossier de prélèvement



Les frais de dossiers observés varient de 3 à 10 € par prélèvement.

Le chiffre d'affaire cumulé des quatre laboratoires représente en moyenne 29% du chiffre des centres de santé ayant un laboratoire intégré ; ce chiffre d'affaire, cumulé aux forfaits de dossier pour ceux réalisant des prélèvements, représente 14% du chiffre d'affaire cumulé des trente centres de santé.

Concernant les actes de prélèvement adressés à des laboratoires extérieurs, seulement sept centres de santé ont établi une convention avec les laboratoires leur permettant de percevoir un forfait au dossier.

3.3.5 Les recettes des autres activités des centres de santé

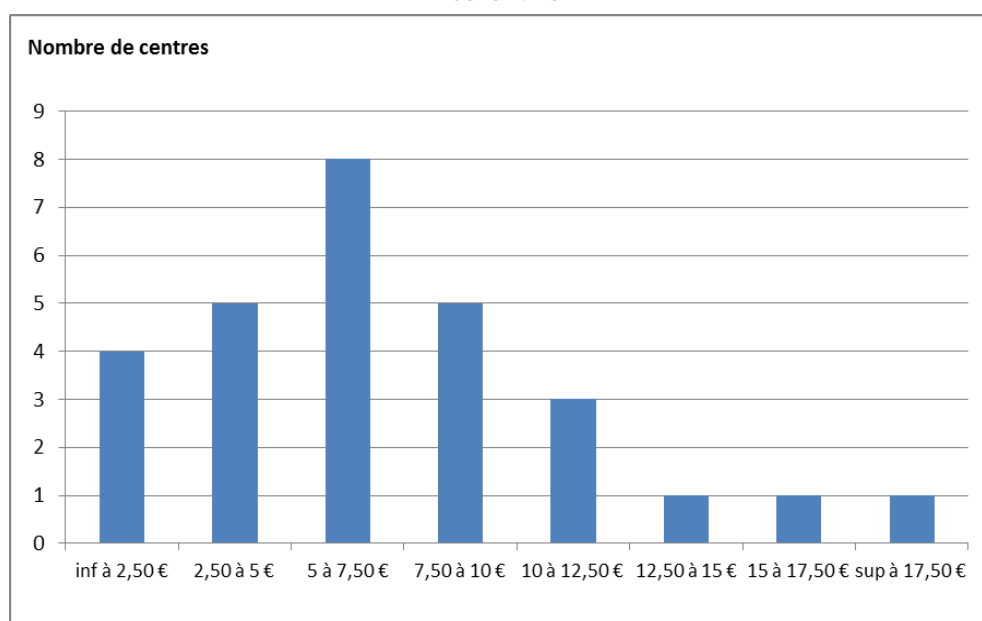
En complément des activités médicales et dentaires, vingt-neuf des trente centres de santé proposent les activités suivantes :

Tableau 20: Détail des activités des auxiliaires médicaux

	Offre de soins	Nombre d'ETP totaux
Auxiliaires médicaux	29	153,60
Kinésithérapie	15	27,90
Orthophoniste - Orthoptiste	10	6,18
Infirmier	29	113,79
Autres activités	14	5,73

Les activités des auxiliaires médicaux représentent 5% des recettes des centres de santé, soit 2 533 000 euros.

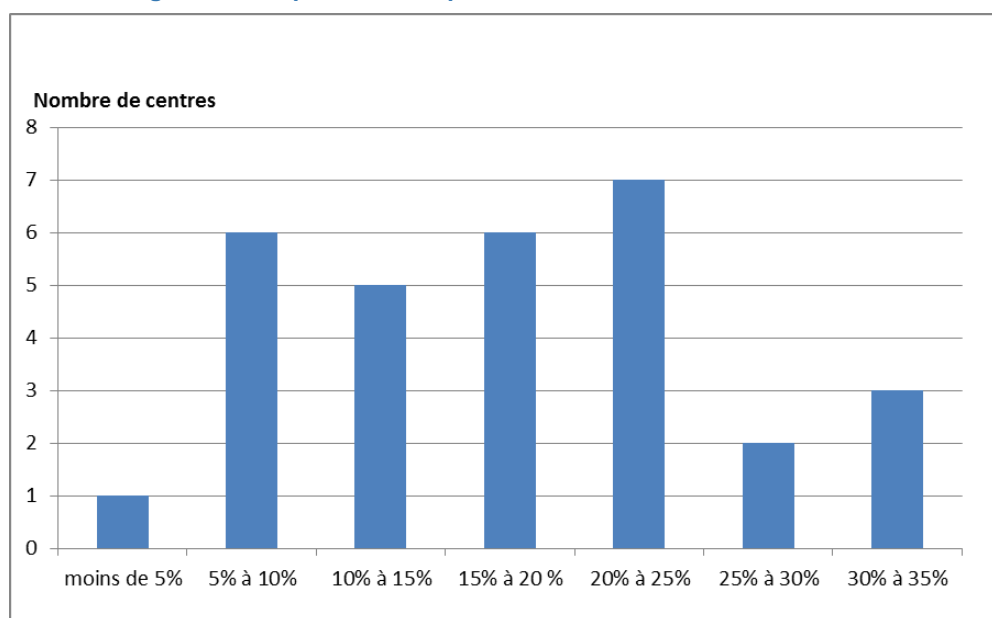
Figure 18 : Panier moyen des actes des auxiliaires médicaux pour 28 centres de santé de l'échantillon



Les nombres d'actes ont pu être fiabilisés pour vingt-huit centres de santé de l'échantillon: pour 47% d'entre eux, le prix moyen des actes des auxiliaires médicaux est compris entre 2,50 et 7,50 euros.

3.3.6 Part des subventions dans les recettes

Figure 19 : Dispersion de la part des subventions dans les recettes



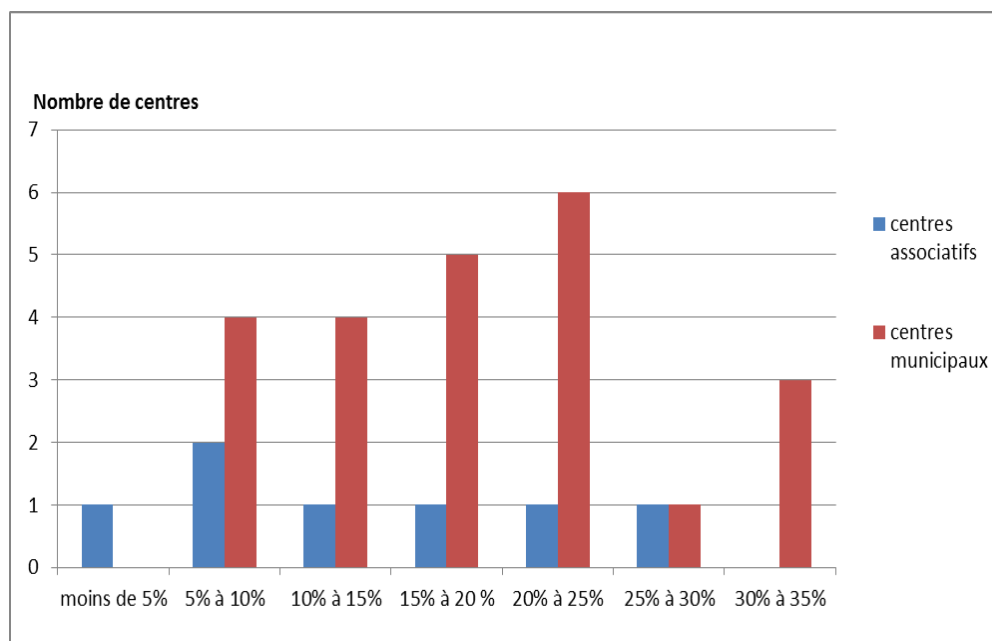
Les principales catégories de subventions perçues et identifiées par les Centres de Santé le sont au titre du CSAPA, des Contrats locaux de Santé...

La subvention dite « Teulade³ », est en revanche moins systématiquement identifiée. Elle n'est intégrée que pour vingt-huit centres de santé, car elle est probablement agrégée aux comptes du gestionnaire dans les autres cas, par exemple pour certains centres de santé municipaux. A noter qu'au moins un centre de santé de l'échantillon ne la sollicitait pas avant l'étude.

Les subventions représentent en médiane 17% des recettes des centres de santé. Elles sont très variables selon les centres de santé et varient de 3% à 35% des recettes.

³ Subvention dite « Teulade », prévue par les décrets du 15 juillet 1991 : remboursement par les CPAM de 11,5 % des charges sociales dues par les centres de santé au titre des professionnels de santé qu'ils salarient.

Figure 20 : Dispersion de la part des subventions dans les recettes selon le statut des centres de



santé

Les centres de santé municipaux ont une part de subventions dans les recettes plus importante de celle des centres de santé associatifs. En effet, la médiane des centres de santé municipaux est à 18% alors qu'elle est de 13% pour les centres de santé associatifs.

LES ACTIONS D'AMELIORATION A COURT TERME

4 LES ACTIONS D'AMELIORATION A COURT TERME

Les leviers identifiés sont communs aux centres de santé, quel que soit leur zone géographique, le diagnostic des centres de santé de l'échantillon n'ayant pas mis en évidence de différence selon la localisation (Zone Urbaine Sensible, CUCS ou limite Zone Urbaine Sensible).

4.1 Synthèse des leviers d'amélioration identifiés

Onze bonnes pratiques ont été identifiées pendant l'étude ; elles sont considérées comme autant de leviers pour améliorer l'équilibre économique des centres de santé. Elles agissent soit sur les recettes, soit sur les charges.

Ces leviers ainsi que leurs modes de calcul sont détaillés ci-après.

4.1.1 La maîtrise du taux de non-venue des patients

L'absentéisme des patients est mal maîtrisé. Dans certains centres de santé le taux de non venue des patients atteint 30% à 40 %.

En particulier, lorsque le taux de perte d'appel est important, les patients ne peuvent joindre le centre de santé pour d'éventuelles demandes d'annulation de rendez-vous, ce qui favorise le taux d'absentéisme des patients et engendre une perte d'activité.

Par ailleurs, l'organisation mise en place ne prévoit que rarement la distinction accueil physique / accueil téléphonique ce qui ne permet pas une gestion optimale de la prise de rendez-vous.

Pour évaluer les gains potentiels liés à une réduction du taux de non venue, un pourcentage de 10% pour le taux de non-venue des patients a été retenu sur la base de la moyenne du premier décile des centres de santé de l'échantillon. Sur cette base et celle des pourcentages de rendez-vous honorés qui ont été fournis par les centres de santé pour leurs différentes activités, ce levier évalue, pour chaque centre de santé, le montant de chiffre d'affaire non réalisé dans les différents domaines d'activité.

Des pistes pour réduire les taux de non-venue des patients ont été proposées :

- Une amélioration du taux de décroché pour réduire le taux d'appels perdus,
- Un logiciel de rendez-vous permettant de suivre les rendez-vous non honorés des patients et de mettre en œuvre une pratique de sensibilisation,
- La relance par SMS des rendez-vous à venir : un centre de santé parisien est passé de plus de 20 % à un taux inférieur à 8 % de taux de non-venue.

Cette recommandation est d'ailleurs prévue comme critère du référentiel qualité (9a) de la Haute Autorité de Santé sur les modalités de réponse à un appel téléphonique « le centre de santé a défini des délais maximums de réponse ; le centre de santé évalue régulièrement les délais effectifs de décrochage et de mise en communication ».

4.1.2 L'optimisation de la codification au médical

La codification de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) est une nomenclature qui permet une valorisation précise des gestes pratiqués par les médecins. Elle n'est que très peu appliquée dans les différents centres de santé. Une part importante des passages ne donne en effet lieu qu'à une codification de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels en « C » ou « CS » moins avantageuse.

Les moyennes des centres de santé du premier décile en matière de pourcentages d'actes de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et en matière de paniers moyens pour chaque spécialité sont les suivantes :

Tableau 21: Pourcentages d'actes et panier moyen en CCAM ciblés par spécialité

Spécialités	% d'actes CCAM	panier moyen
Angiologie	84%	76,48 €
Allergologie	73%	33,37 €
Cardiologie	73%	52,27 €
Dermatologie	44%	48,60 €
Gastro-entérologie	27%	28,00 €
Gynécologie	37%	42,82 €
Médecine du sport	8%	28,00 €
Ophthalmologie	91%	25,75 €
ORL	73%	47,78 €
Pneumologie	47%	61,52 €
Rhumatologie	58%	34,15 €

Pour les spécialités d'angiologie et de cardiologie, certains centres de santé incluent les écho-dopplers et les échographies cardiaques dans le secteur d'activité des spécialistes, alors que d'autres centres de santé les incluent en imagerie. Dans ce cas, le levier d'amélioration des recettes a été minoré dans le diagnostic présenté aux centres de santé.

L'équipement dont disposent certains centres de santé ne permet pas toujours de réaliser des audiogrammes en ORL ou des Epreuves Fonctionnelles Respiratoires en pneumologie. Le calcul de l'amélioration potentielle de la codification prend en compte l'équipement spécifique de chaque centre de santé. La comparaison de codification liée à une pratique médicale est surtout pertinente en ophtalmologie, en gynécologie et en dermatologie, puisque les actes réalisés sont susceptibles d'être identiques.

Les gains possibles liés à la bonne application des majorations de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) dans le cadre du parcours de soins n'ont pas été complètement valorisés et sont donc partiellement à prendre en compte en complément. A titre d'exemple, la consultation en endocrinologie n'est pas à 28 € dans le cadre du parcours de soins mais à 35 €.

Cette recommandation est d'ailleurs prévue comme critère du référentiel qualité (4b) de la Haute Autorité de Santé « le centre analyse l'activité produite facturée par les professionnels ».

4.1.3 L'optimisation du taux d'occupation des cabinets médicaux

L'optimisation des locaux et donc le temps réel d'occupation des cabinets médicaux est un autre levier à fort potentiel d'amélioration des recettes.

Tableau 22: Temps réel d'occupation des cabinets médicaux

	Min	Max	Médiane	Nombre de Centres
Temps réel d'occupation des cabinets médicaux (*)	11%	73%	29%	30

(*) Temps de vacation offert divisé par le temps offert de consultation, pondéré par l'amplitude horaire

Le temps réel d'occupation des cabinets a été calculé en fonction de l'amplitude horaire d'ouverture des centres de santé, du nombre d'équivalents temps plein médicaux et du nombre de cabinets déclarés par le centre de santé, incluant également les cabinets qui ne sont dédiés qu'à une seule activité (ophtalmologie, ORL, échographie...).

Le recrutement de médecins lorsque des locaux sont disponibles, permet d'augmenter le chiffre d'affaire, en augmentant seulement la masse salariale des médecins. En effet, sauf accroissement très important du temps de présence médicale, l'effectif administratif et les charges de structures resteront pratiquement identiques.

L'augmentation du chiffre d'affaire et la masse salariale additionnelle sont calculées sur la base du chiffre d'affaire horaire et de la masse salariale horaire. Le chiffre d'affaire horaire du centre de santé a été ajusté selon les éventuels gains proposés par les précédents leviers. L'évaluation des gains se calcule sur la base d'un taux d'occupation des cabinets médicaux ayant pour cible 85% des plages d'ouverture actuelles.

Les gains qui pourraient provenir d'un fonctionnement sur des plages horaires élargies ne sont pas pris en compte.

Cette recommandation est d'ailleurs prévue comme critère du référentiel qualité de la Haute Autorité de Santé :

- 2c : « le centre de santé assure la continuité des soins : il dispose de plages horaires d'ouverture plus étendues que celle du bureau (entre 12H et 14H et au-delà de 18H) »
- 4b : « le taux d'occupation des cabinets et fauteuils est régulièrement suivi (en fonction des heures effectives de présence et des heures d'ouverture) ».

4.1.4 L'optimisation des résultats de l'imagerie et l'organisation du service

Des écarts d'efficience sont constatés entre les centres de santé pour les activités d'imagerie, dentaire et de biologie médicale. Des leviers d'amélioration communs aux centres de santé qui proposent ces activités ont été identifiés et proposés.

Tableau 23: Chiffres d'affaire horaires en imagerie

	Min	Max	Médiane	Moyenne du 1 ^{er} décile
CA horaire des radiologues	46 €	372 €	119 €	329 €
CA horaire (hors échographie) rapporté au nombre d'ETP de MER	23 €	397 €	97 €	260 €

L'augmentation du chiffre d'affaire proposée ici se calcule sur la base du chiffre d'affaire horaire de la radiologie (ajusté des améliorations de chiffre d'affaire obtenues par le premier levier sur le taux de non-venue des patients). Il prend pour cible la moyenne des chiffres d'affaire horaires du premier décile.

Ces chiffres sont à manipuler avec précaution. En effet, bien que les radiologues et les manipulateurs en électroradiologie travaillent en équipe, dans certains centres de santé les radiologues ne sont pas aidés par des manipulateurs en électroradiologie, et dans d'autres les manipulateurs en électroradiologie ne travaillent pas en l'absence d'un radiologue dans le service. De ce fait, l'organisation de travail choisie par les centres de santé et la composition des équipes influent beaucoup sur le chiffre d'affaire.

Cette recommandation est d'ailleurs prévue comme critère du référentiel qualité (4b) de la Haute Autorité de Santé : « le centre de santé analyse l'activité produite facturée par les professionnels » et « le taux d'occupation des cabinets et fauteuils est régulièrement suivi, en fonction des heures effectives de présence et des heures d'ouverture ».

4.1.5 L'optimisation des résultats en dentaire et l'organisation du service

L'optimisation des résultats en dentaire se base sur une meilleure organisation avec la présence systématique d'une assistante dentaire au fauteuil comme critère de qualité et la réduction des taux de non venues par une meilleure gestion des rendez-vous afin de valoriser au mieux les activités durant le temps de présence des dentistes sur leurs plages horaires.

Les évaluations des augmentations des chiffres d'affaire de chaque centre de santé se calculent à partir de la moyenne des chiffres d'affaire du premier décile.

Tableau 24: Chiffre d'affaire horaire en dentaire

	Min	Max	Médiane	Moyenne du 1 ^{er} décile
CA horaire en dentaire	47 €	378 €	84 €	363 €

Ces évaluations sont néanmoins tributaires de la politique tarifaire adoptée par le gestionnaire, des orientations d'activités et de la nature des travaux réalisés en bouche.

Cette recommandation est d'ailleurs prévue comme critère du référentiel qualité (4b) de la Haute Autorité de Santé : « le centre analyse l'activité produite facturée par les professionnels » et « le taux d'occupation des cabinets et fauteuils est régulièrement suivi (en fonction des heures effectives de présence et des heures d'ouverture) ».

4.1.6 La réduction des impayés patients et organismes / coût du traitement des factures

Afin de diminuer le coût du traitement des factures, il faut par exemple améliorer la qualité des saisies réalisées à l'accueil, former les agents, améliorer la prise en charge dans le temps des rejets et impayés, nommer un responsable facturation en fonction de la taille du centre de santé.

Les gains calculés portent sur la masse salariale des équipes de facturation, hors les agents d'accueil dimensionnés au premier chef par les flux de passage. Ils portent

également sur les montants d'impayés.

Les gains se calculent sur la base de la moyenne du dernier décile d'impayés et des équipes de facturation.

Les coûts de traitement des factures sont calculés sur la base du nombre de Feuilles de Soins Electroniques qui, comme expliqué précédemment, est une activité pas toujours maîtrisée.

Tableau 25: Répartition du coût du tiers-payant et des pourcentages d'impayés

	Min	Max	Médiane	Moyenne du dernier décile
Coût des équipes de facturation par acte	1,18 €	22,13 €	5,23 €	1,21 €
Coût du tiers-payant (masse salariale et impayés par acte)	1,42 €	27,07 €	7,08 €	1,83 €
% d'impayés total	0%	16%	6%	1%

Les taux d'impayés ici indiqués sont des taux résiduels au moment de la requête pour l'année complète et ne tiennent pas compte des taux de rejets réels traités au quotidien par l'équipe du back office.

Les coûts complets de masse salariale sont tributaires des modes d'organisation et de la répartition des rôles entre les fonctions d'accueil et de back-office, par exemple sur le contrôle des droits, la création de la Feuille de Soins Electronique, la saisie des règlements, la facturation, les relances et le traitement des rejets. Les centres de santé municipaux transfèrent après un certain délai la charge de relance qui est alors assurée par la trésorerie. Dès lors, le centre de santé perd le détail des régularisations.

Cette recommandation est d'ailleurs prévue comme critère du référentiel qualité (4a) de la Haute Autorité de Santé « Le centre de santé a mis en place un système de contrôle de gestion sur la facturation, les impayés et les rejets ».

4.1.7 Les ratios de personnel

Trois principaux ratios ont été pris en compte : nombre d'administratifs par producteur d'acte (médecin, radiologue, dentiste, infirmier,...), nombre d'assistants dentaires par dentiste, et nombre de manipulateurs en électroradiologie par radiologue.

Tableau 26: Répartition et cibles des ratios de personnels

	Min	Max	Médiane	Nombre de Centres	Moyenne du dernier décile
Nombre d'administratifs par médecin	0,34	7,71	0,72	30	0,46
Nombre assistants dentaires / dentiste	0,77	1,99	1,08	29	1
Nombre de MER par radiologue	-	2,60	1,46	25	0,45

Les cibles fixées pour ces ratios sont la moyenne du dernier décile par Equivalent Temps Plein administratif, médical et de manipulateurs en électroradiologie. Cependant il a été décidé de fixer une cible de un assistant dentaire par dentiste plutôt que la moyenne des trois centres de santé.

Le gain sur ce levier correspond à une réduction de la masse salariale non médicale, et se calcule donc à partir de la différence des ratios par rapport aux cibles.

Cette recommandation est d'ailleurs prévue comme critère du référentiel qualité (5a) de la Haute Autorité de Santé « le centre de santé a un organigramme, dispose d'un système de gestion prévisionnelle des emplois et compétences » et du critère 5b « les professionnels de santé sont consultés lors du recrutement de leurs collaborateurs (assistantes, secrétaires...) ».

4.1.8 L'option de coordination

Pour rappel, l'option de coordination s'inscrit dans une démarche de prévention personnalisée, facilitant l'accès aux soins et le suivi médical des patients. Les patients adhérant au protocole bénéficient d'un suivi médical coordonné. Chaque signature d'une adhésion à l'option de coordination entre un patient du centre de santé et son médecin traitant, son dentiste et ou son infirmier donne le bénéfice d'une subvention versée annuellement au centre de santé.

Il ressort des retours d'expériences des centres de santé qui ont porté ce projet depuis plusieurs années, qu'une des clés de succès concerne l'organisation mise en place pour informer les patients sur ce protocole, qui est répartie entre l'accueil et le praticien.

Le gain possible est calculé sur un objectif prudent de 25% de patients ayant leur médecin traitant dans le centre de santé qui signeraient ce protocole de coordination avec leur praticien.

Ce levier est tributaire de la reconduction de cette subvention dans le cadre de la renégociation de l'accord national, qui est en cours.

4.1.9 Les achats

Pour les raisons évoquées dans le diagnostic, la moyenne des centres de santé du premier décile n'a pas pu être retenue pour ce levier. Les ratios cibles sont ici issus de ratio observés sur la base de quatre-cent cinquante centres de santé de réseaux mutualistes, adhérant à une centrale d'achats, réévaluée chaque année.

Tableau 27 : Répartition et cible des ratios d'achats

ACHATS	Min	Max	Médiane	Cibles
Médecine Générale	0,56%	13,78%	2,66%	3%
Spécialité	0,25%	15,32%	4,03%	20%
Dentaire (soins)	0,25%	53,38%	15,20%	6%
Dentaire (prothèses)	1,69%	88,33%	28,29%	20%
Imagerie	1,94%	37,49%	6,25%	6%
Laboratoire	20,42%	33,15%	28,13%	20%

Les gains calculés sont tributaires de la fiabilité des montants d'achats affectés à chaque secteur.

Cette recommandation est d'ailleurs prévue comme critère du référentiel qualité (6a) de la Haute Autorité de Santé « les utilisateurs ou leurs représentants sont associés à la sélection des produits ; leur avis est recueilli pour évaluer les matériel » et 6b « il existe une procédure d'achats ».

4.1.10 Les modes de rémunération

Sur l'échantillon des trente centres de santé, vingt-trois rémunèrent exclusivement les praticiens à la vacation, quatre rémunèrent exclusivement au pourcentage et trois centres de santé municipaux rémunèrent certains spécialistes au pourcentage du chiffre d'affaire réalisé, notamment en imagerie et en ophtalmologie.

Une réflexion sur les modes de rémunération devrait être initiée par les gestionnaires des centres de santé pour améliorer la maîtrise du ratio de masse salariale sur recette tout en améliorant l'attractivité de la rémunération pour les praticiens.

La valorisation du levier sur les modes de rémunération n'a pas été prise en compte dans notre analyse, en raison de son délai de mise en œuvre. Il n'en demeure pas moins important et peut être organisé progressivement à l'occasion de nouveaux recrutements.

Pour les y aider, nous leur avons fourni des premières informations sur le sujet :

- les pourcentages de reversements pratiqués en fonction des spécialités,
- motivation des équipes à optimiser la durée des rendez-vous en fonction du plan de traitement dentaire ou de la durée du bilan en imagerie,
- sensibilisation des patients pour limiter le taux de non-venue, ...

4.2 Impact des leviers d'amélioration sur l'équilibre économique des centres de santé de l'échantillon

Ces différents leviers d'amélioration ont été valorisés pour chaque centre de santé sur la base des meilleures pratiques identifiées sur chaque levier au sein de l'échantillon : le décile de référence varie d'un levier à l'autre.

Ils ont été présentés aux directeurs ou à l'équipe de direction de chaque centre de santé, selon un choix managérial, pour validation de leur faisabilité et de leur pertinence dans le cadre du contexte particulier de chacun des centres de santé.

Ainsi, pour chacun des trente centres de santé, la part de chaque levier est différente et dépend bien entendu de sa situation propre. En cumul sur l'ensemble des trente centres de santé, les gains attendus des actions se répartissent de la façon suivante en fonction des leviers :

Tableau 28 : Répartition des gains par catégorie de levier

	Activité de professionnels de santé supplémentaires	Développement de l'activité des professionnels en place	Valorisation de l'activité existante	Efficienc e de l'organisation
% des gains totaux	48%	22%	12%	19%

Les gains provenant d'un recrutement de professionnels de santé supplémentaires correspondent à 48% du total escompté (déduction faite de la masse salariale et des achats). Ils correspondent à l'optimisation du taux d'occupation des cabinets médicaux par un accroissement des effectifs médicaux de 61%, correspondant aux espaces actuels libres. Pour le dentaire est pris en compte le chiffre d'affaire horaire. Les nouveaux professionnels permettent ainsi de mieux absorber les charges fixes et de structure des centres de santé. A défaut, c'est la taille des locaux et infrastructures qui peuvent également être repensés.

Les gains portant sur le développement de l'activité avec les ressources actuelles représentent 22% des gains totaux. Ces gains proviennent de la réduction du taux de non venue des patients, de l'optimisation de l'activité en imagerie et du développement de l'option de coordination.

L'amélioration de la valorisation de l'activité actuelle représente 12% des gains potentiels. Cette valorisation est réalisable à travers la mise en œuvre de deux leviers, dont le principal est l'optimisation du codage de l'activité, ainsi que des recettes provenant des forfaits de dossier sur l'activité de prélèvements de biologie.

Enfin, l'amélioration de l'efficacité de l'organisation représente 19% des gains. Elle correspond à la réduction du coût des impayés patients et organismes, l'optimisation du coût de facturation et de gestion du tiers payant, à l'ajustement du ratio de personnel administratif sur les effectifs médicaux et soignants, et à l'optimisation des coûts d'achats.

Le montant total des gains évalués avec les centres de santé est supérieur au montant total des déficits d'exploitation cumulés pour l'année 2011 des centres de santé de l'échantillon ; l'amélioration des résultats n'est toutefois pas répartie de façon homogène selon les centres de santé.

4.3 Impact sur l'amélioration des résultats

Les résultats potentiels avant la mise en œuvre des leviers d'amélioration préconisés et validés par les Directeurs nous permettent d'être résolument optimistes sur les marges de progression des centres de santé de la région en terme de viabilité économique.

Sur une période de trois ans, tous les centres de santé peuvent réduire significativement leur déficit et une majorité d'entre eux est susceptible d'atteindre l'équilibre.

Chaque centre de santé de l'échantillon sait aujourd'hui quels sont les principaux leviers qu'il peut actionner pour améliorer sa situation dans les prochaines années, du fait des bonnes pratiques identifiées et du diagnostic personnalisé dont il a bénéficié, y compris les gains liés au recrutement potentiel de praticiens et professionnels supplémentaires.

Il importe désormais que la dynamique s'engage afin que chaque centre de santé, avec l'appui de son gestionnaire, puisse concrètement procéder aux évolutions préconisées.

Avec la mise en œuvre des leviers d'amélioration préconisés et validés par les directeurs, vingt-sept centres de santé pourraient atteindre un ratio résultat sur recette positif à échéance de trois ans, alors qu'actuellement cette situation concerne seulement cinq centres de santé.

4.4 Réserves signalées pour la mise en œuvre des actions

Lors de la présentation des constats et leviers d'actions à l'équipe de direction de chaque centre de santé, certains gains potentiels ont été minorés ou écartés, en raison de leur trop grande difficulté de mise en œuvre, en tout cas à court terme. Par ailleurs, le conseil municipal tient un rôle important dans les orientations des centres de santé municipaux. Il définit la politique des centres de santé avec l'aspect tarifaire, les achats, le recrutement, les outils de gestion, l'adhésion au protocole de coordination, etc. Des orientations peuvent être assumées par certains élus qui ne souhaitent pas intervenir sur le taux de non-venue des patients, sur la durée des rendez-vous tous les vingt à trente minutes en spécialités, sur l'absence d'incitation à coder en CCAM ...

Il s'agit notamment du recrutement de professionnels de santé lorsque le taux d'occupation des cabinets ou fauteuils dentaires s'est avéré être faible ; en effet, que ce soit du fait de la difficulté à recruter des praticiens dans une période de démographie médicale tendue, ou de la capacité économique du gestionnaire à assumer une charge salariale supplémentaire.

L'amélioration des résultats à travers la réduction des ratios d'effectifs non médicaux par rapport à l'ensemble des médecins, dentistes, auxiliaires médicaux a également été écartée ; toutefois, pour certains centres de santé où les praticiens ne sont pas remplacés depuis plusieurs années (ratio de 6,62 Equivalent Temps Plein (ETP) non médicaux par ETP « producteur d'actes »), un risque majeur de fermeture existe.

L'amplitude horaire d'ouverture des centres de santé présente des écarts importants, du simple au double (entre 35 et 66 heures hebdomadaires) ; toutefois, s'agissant de conventions collectives ou de clauses contractuelles, ce levier ne pourra être envisagé que sur une échelle de temps plus étalée. Pour les centres de santé dont les taux d'occupation des cabinets médicaux et fauteuils dentaires est faible, la priorité reste bien entendu d'augmenter la présence médicale pendant la plage horaire d'ouverture actuelle.

**LES PISTES POUR ACCOMPAGNER
LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS**

5 LES PISTES POUR ACCOMPAGNER LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS

5.1 Accompagnement des centres de santé de l'étude

L'ARS poursuivra l'accompagnement des centres de santé ayant participé à l'étude, dans le cadre d'un suivi périodique et personnalisé des leviers d'évolution prévus.

Le retour d'expérience de l'étude parisienne incitera à porter une réflexion avec tous les acteurs principalement sur la mise en place d'ateliers de travail sur des thématiques particulières mais également en créant une dynamique entre centres au moins au plan départemental et sur certains sujet au plan régional.

5.2 Création d'une « boîte à outils »

L'étude et les rencontres avec les centres de santé ont mis en évidence leur besoin à un accès facilité à des informations de nature variée et allant parfois au-delà des objectifs de la mission.

Ces informations (ou dans certains cas, ces procédures) pourraient être regroupées dans une « boîte à outils » mises à la disposition des responsables de centres de santé.

L'ARS propose de consulter et fédérer les acteurs concernés (Conseil de l'Ordre des Médecins, Assurance Maladie, ...) de façon à répondre autant que faire se peut aux attentes exprimées concernant ces données règlementaires et d'apporter des réponses aux gestionnaires sur un grand nombre de thématiques, étant précisé que certains de ces points ont un impact direct et immédiat sur les résultats des centres de santé (*) :



Thèmes

Normes	<ul style="list-style-type: none"> - Asepsie - Circuit des déchets - Circuit de l'eau (dentaire) - Matériovigilance
Démarche qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Les données contenues dans le dossier patient - Les règles de conservation des archives médicales
Réglementation	<ul style="list-style-type: none"> - Imagerie (réalisation des actes sous la responsabilité d'un médecin du CdS)* - Constitution du dossier RH du praticien (diplôme, contrat, carte du Conseil de l'ordre) - Délégation de tâche en ophtalmologie/orthoptiste et échographie/sage-femme*
Liens avec le Conseil de l'ordre les établissements hospitaliers	<ul style="list-style-type: none"> - Modèle de contrat de travail fixant la rémunération au % du CA* - Modèle de convention établissement hospitalier/ Centre de santé permettant aux PU-PH d'exercer*
La facturation	<ul style="list-style-type: none"> - Accès au Médecin Traitant sur Ameli, sur une date donnée* - Accès à l'information sur l'ouverture des droits, sur une date donnée*
Le codage	<ul style="list-style-type: none"> - Diffusion de toute nouvelle règle (cf. circulaire du 20/03/12)* - Rappel des règles <ul style="list-style-type: none"> o Au médical (cumul NGAP/ CCAM...) o Au dentaire (détartrages, consultations...) - Règles d'application des actes de la CCAM pour optimiser le codage et valoriser l'équipement technique*

Les rejets	<ul style="list-style-type: none"> - Détermination de l'origine* - Formation au traitement*
Espace "PRO" de l'assurance maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Accès aux déclarations en ligne, selon le même protocole que les médecins libéraux
L'option de coordination	<ul style="list-style-type: none"> - Adoption du protocole de télétransmission de la CPAM de Paris (en cours d'élaboration)* - Relance des patients pour re-signer le contrat avec le Centre de santé
En réponse aux décrets de juillet 2010 et de la loi HPST :	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil des internes (formation)* - Consultations au domicile des patients - Rédaction du règlement intérieur - Rédaction du projet de santé
Le social	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'un assistant social sur le centre de santé (subvention partielle)
Fonction Publique Territoriale	<ul style="list-style-type: none"> - Âge de la retraite* - Cumul emploi-retraite* - Analyse des textes (cf. décret d'application du 12 mars 2012 sur la titularisation) *

5.3 Elargissement de l'action à d'autres centres de santé

L'expérience acquise par l'ARS dans le cadre de ce projet doit permettre d'étendre progressivement cet accompagnement à d'autres centres de santé de la région, soit situés dans les départements déjà étudiés (92, 93, 94) soient dans les autres départements franciliens.

En outre, les éléments et leviers d'amélioration de la gestion des centres de santé mis en évidence dans ce travail peuvent également être exploités lors des éventuelles volontés de créations de nouveaux centres de santé dans la région.

DISCUSSION ET CONCLUSION

DISCUSSION ET CONCLUSION

Les trente centres de santé étudiés ne constituent pas un échantillon représentatif des centres de santé d'Ile-de-France, car tel n'était pas l'objectif du projet et du fait notamment du critère de volontariat des centres participants. Il faut donc se garder de tirer de cette étude des conclusions de portée générale, d'autant plus que des situations contrastées existent aussi au sein de l'échantillon. En restant dans le cadre de l'étude il est toutefois possible de formuler plusieurs observations.

La viabilité économique d'une grande partie de ces centres de santé pose aujourd'hui question puisque vingt-cinq centres de santé présentent sur l'année 2011 un résultat d'exploitation négatif, subventions incluses. La poursuite de leur activité dépend donc fortement de la capacité des gestionnaires à financer une subvention d'équilibre. Et ce d'autant plus que la notion de « résultat d'exploitation » est pour certains d'entre eux partielle, certains gestionnaires ne répercutant pas la totalité des charges (coûts des locaux, maintenance, informatique, etc.) sur les centres de santé.

Il est possible de réduire significativement cette situation déficitaire : les leviers de réduction des déséquilibres économiques ont été identifiés pour chaque centre de santé, avec une première évaluation de leur portée. Ils conduisent dans une majorité de cas, si ces évaluations se confirment lors de la mise en œuvre, à un retour à l'équilibre économique à échéance de trois ans. Mais tous ces leviers ne portent pas effet avec la même rapidité ni avec la même facilité.

La valorisation exhaustive et optimale de l'activité actuelle est le domaine sur lequel il est le plus aisé et le plus rapide de progresser : un accompagnement des professionnels des centres de santé sur les règles de cotation de l'activité est donc une nécessité et une priorité pour améliorer les recettes de ces centres de santé, même si la portée de cette action ne saurait à elle seule redresser complètement la situation.

La recherche d'une meilleure efficacité des organisations, et l'optimisation des activités des professionnels de santé pendant leur temps de présence constituent un deuxième type d'actions, de plus grande portée, mais nécessitant des délais de mise en œuvre plus longs (réduction du taux de non venue des patients, optimisation de la durée des consultations...): ainsi, l'optimisation des coûts de facturation (traitement des rejets, impayés, etc...) peut être tributaire de changements d'organisation et/ou d'outils. Les actions s'inscrivent sur plusieurs exercices successifs et impliquent parfois par des investissements.

Enfin le recrutement de nouveaux professionnels afin d'exploiter pleinement la capacité d'accueil des centres de santé constitue la principale source des gains attendus, avec près de 50% d'entre eux sur le total des trente centres de santé, ce qui appelle les réserves suivantes :

- réserve sur la pertinence de ces recrutements, si les conditions d'une valorisation efficace de l'activité de ces professionnels ne sont pas préalablement réunies (cf. actions précédentes), tout comme celle d'une activité suffisante (ce point ne sera confirmé qu'à la mise en œuvre).

- réserve de faisabilité, si la question de l'attractivité de l'exercice professionnel dans ces centres de santé, à laquelle se heurtent certains responsables, n'est pas également prise en compte. En effet, bien que l'exercice professionnel en structure d'exercice collectif attire indéniablement la nouvelle génération de médecins, la localisation historique des centres de santé dans des zones moins centrales et moins bien desservies par les transports en commun constitue manifestement un frein au recrutement.

Ceci invite à travailler le cadre contractuel et le mode de rémunération de ces professionnels ; certains centres de santé ont d'ailleurs ainsi commencé à introduire des parts de rémunération variable à l'activité.

Les gains évalués ne sont donc ni immédiats ni simples à réaliser, et certains sont subordonnés à une volonté d'investissement sur les hommes (recrutement, formation,...), sur les outils opérationnels (gestion des rendez-vous, Dossier Médical Informatisé, SMS, etc...) et sur les outils de pilotage économique. Eu égard à la taille des centres de santé et aux moyens dont ils disposent pour conduire ces actions, il paraît compréhensible que leurs responsables expriment le besoin d'un accompagnement renforcé portant à minima sur une plus grande facilité d'accès à un ensemble d'outils et d'informations.

Enfin d'autres types d'actions, non prises en compte dans cette mission, portant par exemple sur les orientations et la nature des activités à développer, la taille et la structure des locaux et des équipements, les plages horaires d'ouverture au public, la permanence des soins ou des refontes d'organisations plus complètes peuvent renforcer l'équilibre économique de ces centres de santé là où les actions précédentes ne sont pas suffisantes.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé relatives à l'évaluation des centres de santé peuvent servir de référentiel à une démarche qualité car les conclusions de cette étude vont bien au-delà de la notion de viabilité économique puisqu'elle prend également en compte la qualité et la sécurité des soins dispensés dans les centres de santé.

En conclusion, au-delà de l'identification des principaux leviers susceptibles d'améliorer la situation des centres de santé, l'ARS souhaite s'engager au côté des gestionnaires des centres pour optimiser l'organisation et les modalités de fonctionnement de ces structures, afin de pérenniser, et éventuellement de développer une offre de soins pouvant répondre aux besoins de santé et contribuer ainsi à la réduction des inégalités d'accès aux soins.

SOMMAIRE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 :	REPARTITION PAR DEPARTEMENT DES TRENTE CENTRES DE SANTE	16
TABLEAU 2 :	DONNEES CUMULEES SUR L'ECHANTILLON	20
TABLEAU 3 :	DESCRIPTION GENERALE DE L'ECHANTILLON	21
TABLEAU 4 :	DESCRIPTION DES SERVICES D'IMAGERIE DE L'ECHANTILLON.....	22
TABLEAU 5 :	DESCRIPTION DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALE.....	22
TABLEAU 6 :	DESCRIPTION DES SERVICES DENTAIRE DE L'ECHANTILLON	23
TABLEAU 7 :	DESCRIPTION DE L'OFFRE DE SOIN ET DES ETP PRATICIENS	24
TABLEAU 8 :	DESCRIPTION DES ETP HORS PRATICIENS	25
TABLEAU 9 :	DONNEES SUR LES POURCENTAGES DE BENEFICIAIRES DE LA CMU	29
TABLEAU 10 :	COMPARAISON DES TAUX DE BENEFICIAIRES DE LA CMU.....	30
TABLEAU 11 :	DONNEES DU TIERS-PAYANT SUR L'ECHANTILLON.....	30
TABLEAU 12 :	DONNEES SUR L'OPTION DE COORDINATION POUR LES CENTRES DE SANTE	33
TABLEAU 13 :	NOMBRE DE CENTRES DE SANTE DE L'ECHANTILLON AYANT FOURNI LES DONNEES CONCERNANT LES DIFFERENTS POSTES DE CHARGE DU BUSINESS PLAN ...	36
TABLEAU 14 :	DESCRIPTION DES RATIOS DE PERSONNEL OBSERVES.....	37
TABLEAU 15 :	RATIOS DE MASSE SALARIALE SUR CHIFFRE D'AFFAIRE.....	38
TABLEAU 16 :	RATIOS DE MASSE SALARIALE SUR CHIFFRE D'AFFAIRE	41
TABLEAU 17 :	DONNEES SUR LES REJETS ET LES IMPAYES POUR L'ECHANTILLON.....	43
TABLEAU 18 :	RATIOS DES ACHATS SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRE PAR DOMAINE D'ACTIVITE....	45
TABLEAU 19 :	TARIFS DENTAIRE DE L'ECHANTILLON.....	48
TABLEAU 20 :	DETAIL DES ACTIVITES DES AUXILIAIRES MEDICAUX	51
TABLEAU 21 :	POURCENTAGES D'ACTES ET PANIER MOYEN EN CCAM	56
TABLEAU 22 :	TEMPS REEL D'OCCUPATION DES CABINETS MEDICAUX	57
TABLEAU 23 :	CHIFFRES D'AFFAIRE HORAIRE EN IMAGERIE.....	58
TABLEAU 24 :	CHIFFRE D'AFFAIRE HORAIRE EN DENTAIRE	59
TABLEAU 25 :	REPARTITION DU COUT DU TIERS-PAYANT ET DES POURCENTAGES D'IMPAYE .	60
TABLEAU 26 :	REPARTITION ET CIBLES DES RATIOS DE PERSONNELS	61
TABLEAU 27 :	REPARTITION ET CIBLE DES RATIOS D'ACHATS.....	62
TABLEAU 28 :	REPARTITION DES GAINS PAR CATEGORIE DE LEVIER	64

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1 : CALENDRIER DE LA MISSION	14
FIGURE 2 : REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES TRENTE CENTRES DE SANTE DE L'ECHANTILLON	16
FIGURE 3 : ORIGINE GEOGRAPHIQUE DE LA PATIENTELE DE L'ECHANTILLON	26
FIGURE 4 : PART DES FEMMES DANS LA PATIENTELE DE L'ECHANTILLON	26
FIGURE 5 : PART DES 0 - 19 ANS DANS LA PATIENTELE DE L'ECHANTILLON	27
FIGURE 6 : PART DES PLUS DE 80 ANS DANS LA PATIENTELE DE L'ECHANTILLON	27
FIGURE 7 : EVOLUTION DE LA FILE ACTIVE ENTRE 2010 ET 2011	28
FIGURE 8 : DISPERSION DES POURCENTAGES DE BENEFICIAIRES DE LA CMU DANS LES CENTRES DE SANTE DE L'ECHANTILLON	29
FIGURE 9 : DISPERSION DES CENTRES DE SANTE DE L'ECHANTILLON SELON LEUR NOMBRE DE MUTUELLES CONVENTIONNEES	31
FIGURE 10 : DISPERSION DES RATIOS DE MASSE SALARIALE SUR CHIFFRE D'AFFAIRE EN MEDECINE GENERALE ET SPECIALITES	39
FIGURE 11 : DISPERSION DES RATIOS DE MASSE SALARIALE SUR CHIFFRE D'AFFAIRE EN DENTAIRE, AVEC ET SANS ASSISTANTS DENTAIRE	39
FIGURE 12 : DISPERSION DES RATIOS DE MASSE SALARIALE SUR CHIFFRE D'AFFAIRE EN IMAGERIE, AVEC ET SANS LES MANIPULATEURS EN ELECTORADIOLOGIE	40
FIGURE 13 : DISPERSION DES RATIOS DE MASSE SALARIALE SUR CHIFFRE D'AFFAIRE, TOUS PERSONNELS CONFONDUS	41
FIGURE 14 : DISPERSION DU COUT DU TIERS-PAYANT EN INCLUANT OU NON LES IMPAYES ...	44
FIGURE 15 : POURCENTAGES D'UTILISATION DES MAJORATIONS A L'EHELLE DE L'ECHANTILLON	47
FIGURE 16 : EXEMPLES DE PANIERS CCAM POUR DEUX SPECIALITES	48
FIGURE 17 : DISPERSION DU CHIFFRE D'AFFAIRE HORAIRE DES RADIOLOGUES	49
FIGURE 18 : PANIER MOYEN DES ACTES DES AUXILIAIRES MEDICAUX POUR 28 CENTRES DE SANTE DE	51
FIGURE 19 : DISPERSION DE LA PART DES SUBVENTIONS DANS LES RECETTES	52
FIGURE 20 : DISPERSION DE LA PART DES SUBVENTIONS DANS LES RECETTES SELON LE STATUT DES CENTRES DE	53

GLOSSAIRE

ARS :	Agence Régionale de Santé
CCAM :	Classification Commune des Actes Médicaux
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CUCS :	Contrats Urbains de Cohésion Sociale
DA :	Dépassement Autorisé
ETP :	Equivalent Temps Plein
FNCS :	Fédération Nationale des Centres de Santé
FPE :	Forfait Pédiatrique
FSD :	Forfait Sécurité Dermatologie
FSE :	Feuille de Soin Electronique
IRDES :	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MCC :	Majoration de Coordination pour les Cardiologues
MCE :	Majoration de Coordination pour les spécialistes en Endocrinologie et en médecine interne compétent en diabétologie
MCG :	Majoration de Coordination Généraliste
MCS PSY :	Majoration de Coordination pour les Psychiatres, neuropsychiatres et neurologues
MCS :	Majoration de Coordination Spécialiste
MGE :	Majoration Grand Enfant
MNO :	Majoration Nourrisson pour les généralistes
MNP :	Majoration Nourrisson pour les Pédiatres
MPC :	Majoration Pour Consultation
MPJ :	Majoration applicable pour les moins de 16 ans
NGAP :	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
RC :	Régime Complémentaire
RO :	Régime Obligatoire
ZUS :	Zone Urbaine Sensible



Agence Régionale de Santé d'Île-de-France

35 rue de la gare,

75935 PARIS CEDEX 19

Tél 01.44.02.00.00

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr>

<http://www.sante-iledefrance.fr/>