

**ASSISTANCE AU SUIVI DE
L'ACCOMPAGNEMENT DES CENTRES
DE SANTE DANS L'AMELIORATION DE
LEUR ORGANISATION ET DE LEUR
VIABILITE ECONOMIQUE**

Rapport de synthèse

Septembre 2014

RAPPORT

SOMMAIRE

PREAMBULE	6
INTRODUCTION	10
CE QU'IL FAUT RETENIR	12
1. PRESENTATION DE LA MISSION	16
1.1. Rappel du contexte	16
1.1.1. Présentation de la démarche.....	16
1.1.2. Des résultats encourageants.....	16
1.2. Objectifs de la mission	17
1.2.1. Identifier des leviers d'amélioration de gestion	17
1.2.2. Accompagner la mise en œuvre opérationnelle des leviers identifiés lors de la phase d'étude dans les Centres de santé.....	18
1.2.3. Concevoir et mettre en place une boîte à outils	18
1.3. Dispositif de pilotage	19
1.4. Centres de santé participants	20
1.5. Déroulement de l'accompagnement à la mise en œuvre opérationnelle des leviers	22
1.6. Conception de la boîte à outils	23
1.6.1. Présentation générale de la boîte à outils	23
1.6.2. Présentation détaillée des 7 thèmes de la boîte à outils	25
2. Synthèse des travaux conduits par les Centres	28
2.1. Synthèse des actions sur l'ensemble des leviers	29
2.1.1. Synthèse des actions sur l'ensemble des leviers	29
2.1.2. Synthèse des résultats obtenus	30
2.1.3. Limite des résultats chiffrés	31
2.2. Synthèse des actions par levier	33
2.2.1. Maîtrise du taux de non-venue des patients	33
2.2.2. Optimisation de la codification au médical	36
2.2.3. Optimisation du taux d'occupation des cabinets médicaux.....	38
2.2.4. Optimisation des résultats d'imagerie et de l'organisation du service.....	40
2.2.5. Optimisation des résultats en dentaire et organisation du service	41
2.2.6. Réduction des impayés patients et organismes / coût du traitement des factures	43
2.2.7. Subvention pour les prélèvements	45
2.2.8. Option de coordination	46
2.2.9. Achats.....	48
2.3. Poursuite et élargissement de l'action à d'autres Centres de santé	49
CONCLUSION	52
LISTE DES ANNEXES	55

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 cette évolution.

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).

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 est de maintenir et de développer 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 s'est voulue partenariale. Le Comité Interministériel des Villes, la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS), 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 conclusions de cette démarche et les outils qui en sont issues ont vocation à être proposés à l'ensemble des centres de santé qui en manifesteront le besoin.

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.

Le Directeur Général
De l'Agence Régionale de Santé
d'Ile-de-France

Claude EVIN

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les centres de santé favorisent l'accessibilité financière avec une tarification opposable et 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. C'est pourquoi, 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.

Cependant, 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 centres de santé 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.

En 2012, en partenariat avec le Comité Interministériel des Villes (CIV), l'ARS a engagé une mission d'accompagnement des centres de santé de la petite couronne pour améliorer leur organisation et sécuriser leur pérennisation.

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 avaient déjà bénéficié de travaux antérieurs de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris et de la Mairie de Paris.

Cette première action visait 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. Cette démarche a été un vrai outil d'amélioration du management des centres et a permis d'initier une réelle dynamique des centres de santé, dans une recherche de meilleure efficacité et d'une meilleure organisation, au service des patients.

Dans un second temps et afin de capitaliser sur la dynamique vertueuse enclenchée par la première mission, il a été décidé de poursuivre l'accompagnement des centres de santé volontaires dans la mise en œuvre des préconisations émises et l'application des leviers d'organisation identifiés. C'est l'objet de cette seconde mission dont les conclusions sont présentées dans ce rapport.

Ce document présente une synthèse des travaux menés et un aperçu des résultats qu'il a été possible d'obtenir par la mise en œuvre des leviers. Mais au-delà des résultats chiffrés – parfois difficile à objectiver – la démarche d'accompagnement a surtout eu le mérite d'amorcer un changement dans la posture des centres de santé et d'insuffler une logique de gestion maîtrisée des centres de santé, sans limiter la qualité et la sécurité des soins dispensés par les centres.

Pour que cette démarche puisse bénéficier à nombre plus important de centres de santé d'Ile-de-France, il a été décidé d'élaborer une boîte à outils sur laquelle les centres pourront s'appuyer pour améliorer leur fonctionnement et leur organisation.

La boîte à outils propose ainsi une batterie d'éléments « prêts à l'emploi » pour faciliter la gestion des centres de santé et mettre en place des indicateurs de suivi de l'organisation et de la performance. Ils permettront aux centres qui souhaitent améliorer leur gestion et leur organisation, ou à ceux qui souhaitent développer une activité ou tout simplement se créer, de disposer d'outils éprouvés.

CE QU'IL FAUT RETENIR

Après une première phase d'accompagnement menée en 2012 sur 30 Centres de santé de la petite couronne francilienne, qui avait permis de mettre en avant un certain nombre de difficultés structurelles ou organisationnelles dans la gestion des Centres de santé, l'ARS Ile-de-France a décidé de poursuivre sa mission d'accompagnement auprès de 28 centres volontaires, afin de mettre en œuvre les « leviers d'amélioration » identifiés lors de la première phase, permettant ainsi un impact favorable de ces bonnes pratiques sur les résultats des Centres de santé.

La mise en œuvre de 9 leviers d'amélioration

L'étude de 2012 avait permis d'identifier 11 leviers d'améliorations. 9 ont été retenus par les centres de santé (cf. tableau ci-dessous). Deux autres leviers n'ont en effet été mis en œuvre dans aucun centre en 2013 :

- Le levier portant sur l'amélioration des ratios de personnel avait été retenu comme levier potentiel par un grand nombre de centres, mais n'a pas été activé en 2013. En effet il n'apparaît pas comme étant un levier prioritaire pour les années à venir, en particulier en raison de la faible marge de manœuvre dont disposent les Centres Municipaux sur les embauches et la gestion des ressources humaines.
- Le levier visant à faire évoluer les modes de rémunération des professionnels de santé et en particulier à introduire des éléments de rémunération variable n'a été retenu par aucun des 28 centres, et ne figure plus dans le suivi de cet accompagnement.

Au cours des échanges, les Centres ont confirmé le bienfondé de la mission qui les a aidés à entrer dans une logique de pilotage de leur activité et de réévaluation de leur organisation. Cette approche, qui leur a permis d'identifier les différentes pistes d'améliorations ainsi que les moyens à mettre en œuvre, a favorisé la mobilisation des acteurs impliqués et a créé une dynamique d'optimisation d'organisation et de gestion au sein des Centres concernés.

Si l'évaluation des gains pour chacun des leviers spécifiques n'a pas toujours été possible, les efforts fournis ont néanmoins significativement contribué à l'amélioration de l'organisation et de la situation économique des centres participants.

Au-delà des résultats chiffrés – parfois difficile à objectiver – la démarche d'accompagnement a surtout permis d'amorcer un changement d'approche en faisant prévaloir une dynamique de gestion maîtrisée des centres de santé, sans porter atteinte à la qualité et la sécurité des soins dispensés par les centres.

Leviers	% Centres ayant activé ce levier	% Centres ayant constaté des résultats positifs
Maîtrise du taux de non-venue des patients	100 %	73 %
Optimisation de la codification au médical	75 %	43 %
Optimisation du taux d'occupation des cabinets médicaux	96 %	81 %
Optimisation des résultats d'imagerie et de l'organisation du service	53 %	70 %
Optimisation des résultats en dentaire et organisation du service	83 %	85 %
Réduction des impayés patients et organismes / coût du traitement des factures	81 %	59 %
Subvention pour les prélèvements	83 %	90 %
Option de coordination	44 %	82 %
Achats	46 %	50 %

Légende : les cases en vert représentent les indicateurs mis en œuvre ou ayant donné des résultats dans plus de 60 % des centres.

Développement d'une « Boîte à outils »

Pour que cette démarche puisse bénéficier à nombre plus important de centres de santé d'Ile-de-France, il a été décidé d'élaborer une boîte à outils sur laquelle les centres pourront s'appuyer pour améliorer leur fonctionnement et leur organisation.

La boîte à outils propose ainsi une batterie d'éléments « prêts à l'emploi » pour faciliter la gestion des centres de santé et mettre en place des indicateurs de suivi de l'organisation et de la performance dans 7 domaines identifiés par les centres comme prioritaires :

- Missions et modalités de fonctionnement
- Ressources humaines
- Ressources financières
- Qualité Sécurité
- Dossiers médicaux

- Rapports et publications
- Pilotage

Ils permettront aux centres qui souhaitent améliorer leur gestion et leur organisation, ou à ceux qui souhaitent développer une activité ou tout simplement se créer, de disposer d'outils éprouvés.

Cette boîte à outils est mise en ligne sur le site de l'Agence Régionale de Santé depuis octobre 2013 et fait l'objet de mises à jour régulières.

3 groupes de travail thématiques

En parallèle de la mission, à la demande de l'ARS, trois groupes de travail thématiques se sont constitués, pilotés par les Centres eux-mêmes, portant sur des sujets présentant un intérêt particulier pour les Centres et en lien avec les leviers d'actions identifiés comme ayant un impact sur leur équilibre médico-économique :

- L'organisation des activités dentaires dans les Centres de Santé
- La gestion de l'absentéisme dans les Centres de Santé
- La gestion des impayés dans les Centres de Santé

Les travaux et comptes rendus issus de ces groupes de travail sont partagés via une plateforme d'échange accessible par les centres de santé participants. Des guides de bonnes pratiques issus de ces groupes de travail seront mis en ligne prochainement dans la boîte à outils consultable sur le site de l'agence.

PRESENTATION DE LA MISSION

1. PRESENTATION DE LA MISSION

1.1. Rappel du contexte

1.1.1. Présentation de la démarche

L'Agence Régionale de Santé d'Ile de France (ARSIF), en partenariat avec le Comité Interministériel des Villes (CIV), a engagé début 2012 une mission d'accompagnement des centres de santé de la petite couronne pour améliorer leur organisation et leur viabilité économique. L'action a porté sur un échantillon de 30 centres de santé 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.

Cette première mission visait 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,
- élaborer une boîte à outils sur laquelle les centres pourraient s'appuyer pour améliorer leur fonctionnement et leur organisation
- créer une dynamique de mutualisation et d'échange entre les centres de santé de la région.

Le cabinet Referis a été sollicité pour soutenir les équipes de l'ARS sur ce dossier.

Trente centres de santé polyvalents et médicaux des départements de la petite couronne francilienne ont donc participé à ce travail, sur la base du volontariat, visant à dégager des pistes d'amélioration, préconisations d'évolutions ou d'interventions, susceptibles d'optimiser l'utilisation des ressources et favorisant la viabilité économique des centres de santé. Les 30 centres se répartissent en 23 centres de santé municipaux, 6 centres de santé associatifs et 1 centre de santé CPAM.

1.1.2. Des résultats encourageants

Les résultats font apparaître de fortes différences entre les centres de santé, mais des constats communs ont été identifiés :

- La nomenclature utilisée pour le codage des actes médicaux est méconnue, les actes sont sous-cotés
- L'absentéisme des patients est mal maîtrisé, les plages horaires de consultations médicales sont peu fréquemment remplies
- L'imagerie et le dentaire sont des activités insuffisamment encadrées et valorisées
- Le coût du tiers payant n'est pas maîtrisé pour des raisons d'organisation des centres de santé
- Les achats ne sont pas optimisés, notamment en l'absence de centrales d'achats

- Le statut du gestionnaire (municipal / associatif) et son implication dans des projets de prévention non rémunérées à l'acte ont un impact direct sur les résultats
- En revanche, les résultats économiques ne semblent pas liés à l'environnement ZUS-CUCS

Les pistes d'amélioration envisagées visent à agir tant sur l'organisation que sur la gestion médico-administrative des centres :

- Augmenter le taux d'occupation des cabinets
- Optimiser le codage des actes médicaux, les résultats de l'imagerie et du dentaire
- Organiser l'accueil et le taux de décroché (appels téléphoniques)
- Suivre les impayés patients et organismes afin de réduire leur importance
- Réduire le coût du tiers payant en optimisant l'organisation
- Diminuer les ratios de personnel non producteurs de soins, recruter les nouveaux professionnels de santé en favorisant une rétribution au pourcentage et plus au forfait uniquement
- Informer les centres de l'intérêt de l'option de coordination
- Centraliser les achats

Le rapport de synthèse de la mission a été publié sur le site internet de l'agence. L'ARS Ile-de-France a souhaité utiliser les résultats encourageants de cette action et la dynamique qu'elle a impulsé pour poursuivre l'accompagnement des 30 centres de santé et les soutenir dans l'appropriation des résultats de la mission et la mise en œuvre opérationnelle des préconisations d'interventions. C'est l'objet de la mission engagée en 2013.

1.2. Objectifs de la mission

1.2.1. Identifier des leviers d'amélioration de gestion

Pour améliorer la gestion des centres de santé, il a été décidé d'identifier un certain nombre de leviers et de mettre en place un pilotage par indicateurs. En ce sens, onze bonnes pratiques ont été identifiées. Elles sont considérées comme autant de leviers pour améliorer l'équilibre économique des centres de santé en agissant soit sur les recettes, soit sur les charges.

Une mission en deux volets a été confiée au Cabinet Referis, sélectionné pour poursuivre l'accompagnement :

- Accompagner la mise en œuvre opérationnelle des leviers identifiés lors de la phase d'étude dans les Centres de santé
- Concevoir et mettre en place une boîte à outils

1.2.2. Accompagner la mise en œuvre opérationnelle des leviers identifiés lors de la phase d'étude dans les Centres de santé

Ce volet comprend plusieurs objectifs :

- Accompagner l'appropriation des changements de pratique, sur site, en collaboration avec les délégations territoriales (DT),
- Réaliser un suivi régulier des Centres de santé
- Evaluer la mise en œuvre des leviers sur l'année 2013 et les résultats obtenus,
- Restituer les résultats aux Centres de santé

1.2.3. Concevoir et mettre en place une boîte à outils

L'étude de 2012 portant sur l'amélioration de l'organisation et de la viabilité économique des Centres et les réunions avec les directeurs des Centres de Santé ont mis en évidence le besoin à un accès facilité à des informations de nature variée. Le périmètre des besoins a été formalisé par les sept natures d'information suivantes représentant autant de rubriques thématiques pour la boîte à outils :

- Missions et modalités de fonctionnement
- Ressources humaines
- Ressources financières
- Qualité Sécurité
- Dossiers médicaux
- Rapports et publications
- Pilotage

Cette boîte à outils est mise en ligne sur le site de l'Agence Régionale de Santé depuis octobre 2013 à l'adresse suivante :

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Boite-a-outils.156857.0.html>

Elle s'adresse aux gestionnaires et directeurs des Centres de santé, qu'ils aient bénéficié ou non de la démarche d'accompagnement conduite par le cabinet Referis. Elle ne prétend pas être exhaustive, mais a pour but de faciliter l'accès aux informations identifiées comme les plus utiles tout au long de l'étude. Le paragraphe 1.5 du présent document en donne une description succincte.

1.3. Dispositif de pilotage

Le comité de pilotage du projet se compose de :

- M. Pierre OUANHNON, Mme Béatrice SEVADJIAN et M. Arnaud de La SEIGLIERE (ARS – Pôle ambulatoire et services aux professionnels de santé),
- L'équipe projet du cabinet REFERIS (Mme Amélie MAZZEGA et Mme Lorie PANTANI) et son Président (M. Eric LEBOUCHER)

Ce comité de pilotage s'est réuni à intervalle régulier, et en composition restreinte aussi souvent que nécessaire.

Un comité éditorial a par ailleurs été constitué pour définir le contenu de la Boite à outil à destination des centres.




Une réunion, à laquelle ont été conviés l'ensemble des représentants des centres participant au dispositif et les DT, a été organisée au siège de l'Agence Régionale d'Ile de France le 28 novembre 2013 pour procéder à un bilan intermédiaire des actions mises en œuvre et des résultats obtenus.

1.4. Centres de santé participants

La participation à la seconde partie du projet en 2013 s'est faite sur une base de volontariat parmi les Centres ayant participé à la première phase de l'étude en 2012.

Ainsi, par rapport à l'échantillon initial de 30 Centres de santé, 8 ont souhaité ne pas poursuivre la démarche, et 6 Centres initialement suivis par la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) ont rejoint le dispositif. Ces 6 derniers avaient également fait l'objet d'un diagnostic par la FNCS en parallèle de celui mené par REFERIS et selon une méthodologie identique. La liste des 36 Centres de santé ayant participé à l'une des deux phases est présentée en figure 1 page suivante.

Figure 1 : En 2013, 28 Centres de Santé sont suivis dans la mise en œuvre des leviers d'amélioration

		Centres suivis en 2012	Centres suivi en 2013	
Evolution du périmètre d'accompagnement:  FNCS 6 centres suivis par la FNCS en 2012  8 centres sortis du projet en 2013  Centres accompagnés par notre équipe, 30 en 2012 puis 28 en 2013	92	Asnières		
		Colombes		
		Gennevilliers		
		Le Plessis Robinson		
		Levallois		
		Malakoff	FNCS	
	Meudon			
	Montrouge			
	Nanterre Le Parc			
	Nanterre Maurice Thorez			
	Suresnes			
	Villeneuve			
	93	Aubervilliers Associatif		
		Aubervilliers Municipal	FNCS	
		Aulnay		
		Blanc Mesnil Lamaze		
		Blanc Mesnil Rouquès		
		Bobigny		
		Bondy		
		Clichy		
		Drancy		
		Dugny		
		Les Lilas	FNCS	
		Livry-Gargan	FNCS	
		Pierrefitte	FNCS	
	St Denis			
	St Ouen			
	Stains	FNCS		
	94	Alfortville		
		Arcueil		
		Cachan		
		Champigny		
		Choisy		
		Ivry		
		Rungis		
	Villejuif			

Les critères de constitution de l'échantillon initial des Centres de Santé retenus pour l'étude en 2012 sont présentés de façon détaillée dans le rapport « Assistance à l'accompagnement de Centres de santé dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique » téléchargeable sur le site internet de l'ARS Ile-de-France.

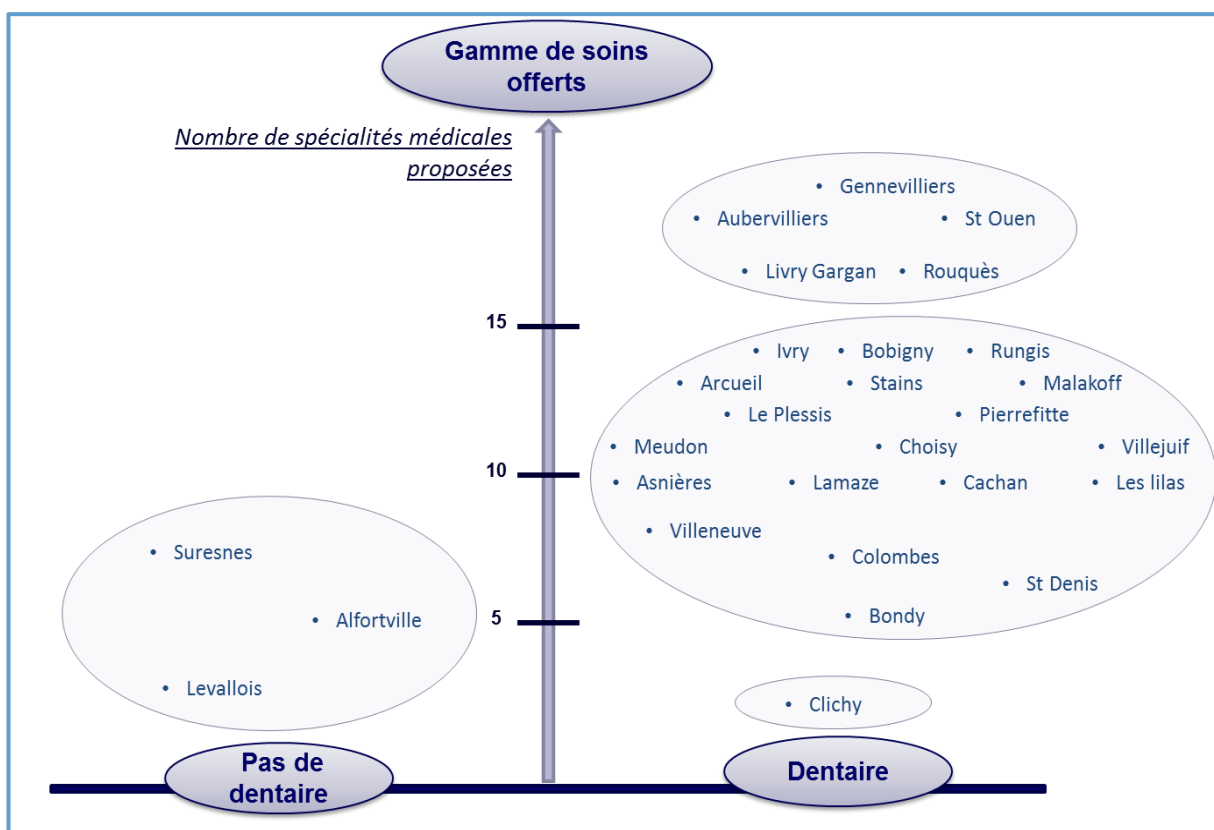
L'objectif a été de respecter :

- Une représentation significative des Centres de santé situés en Zone Urbaine Sensible (ZUS) ou ayant une patientèle majoritairement issue des Zones Urbaines Sensibles.
- L'équilibre de représentation entre les trois départements

- Une représentation de Centres de santé aussi bien associatifs que municipaux, ainsi qu'un Centre géré par la CPAM (L'absence de Centres mutualistes dans l'échantillon s'explique par le fait que les Centres mutualistes de la petite couronne sont exclusivement dentaires).

L'échantillon de 28 Centres participant à la deuxième phase de l'étude respecte également ces critères. Ces vingt-huit centres présentent en outre une grande diversité dans la gamme de soins offerte, la présence ou non de soins dentaires, de radiologie, et d'un laboratoire d'analyses.¹

Figure 2: Les 28 Centres de Santé suivis en 2013 présentent une gamme d'offre de soins très diversifiée



¹ Pour une présentation détaillée des caractéristiques des Centres de Santé retenus pour l'étude, se reporter au rapport de la phase 1 de la mission « Assistance à l'accompagnement de Centres de santé dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique », ARS - REFERIS, septembre 2012 (page 18 à 29).

1.5. Déroulement de l'accompagnement à la mise en œuvre opérationnelle des leviers

La mission s'est déroulée sur une période de mars 2013 à mars 2014. L'équipe de consultants du Cabinet REFERIS a suivi les Centres de Santé participant, en étroite collaboration avec les représentants des D.T. des trois départements concernés (92,93 et 94) et l'équipe du pôle ambulatoire de l'ARSIF pilote du projet.

L'accompagnement visant à aider chaque centre à s'approprier et à mettre en œuvre les leviers identifiés dans leurs plans d'actions respectifs, a démarré sous forme de suivi téléphonique à intervalles réguliers.

Au regard des premiers contacts avec les centres, il a été convenu avec l'ARS d'adapter la méthodologie prévue en remplaçant le suivi téléphonique par des déplacements sur site. Cela s'est matérialisé par trois visites sur site de l'équipe de consultants REFERIS, régulièrement accompagnée des D.T. :

- une 1ère visite de validation des plans d'actions par chaque centre et définition d'objectifs opérationnels (avril-juin 2013) : actualisation du plan d'action élaboré lors de la première phase de l'étude en 2012, choix et définition des outils de pilotage utilisés par le centre pour les 3 ans à venir... Ces visites se sont conclues par la présentation aux Centres des modalités de l'accompagnement et les attendus en termes de remontée des indicateurs. Des tableaux de bord ont été élaborés en complément des plans d'action pour mesurer l'impact de leur mise en œuvre, et proposé aux Centres à cet effet.
- une 2ème visite de suivi intermédiaire (octobre-novembre 2013) : collecte des indicateurs pour les 2ème et 3ème trimestres 2013, point sur les avancées et difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des actions, adaptation des priorités. Les équipes de direction différemment constituées en fonction des Centres (responsable administratif, médecin directeur, directeur, etc.) se sont rendues disponibles pendant une demi-journée et les échanges ont été guidés par l'équipe REFERIS (guide d'entretien et grille de recueil des données). Le compte rendu des échanges s'est matérialisé par une « fiche synthèse » propre à chaque Centre, mettant en évidence les actions réalisées et les points d'amélioration restant à approfondir (ANNEXE IV). Chacune des fiches a été envoyée pour relecture et validation au responsable du Centre concerné.
- une réunion d'étape au siège de l'ARS : Une réunion de restitution s'est tenue au siège de l'Agence Régionale de Santé d'île de France le 28 novembre 2013 à laquelle tous les Centres ainsi que les représentants des délégations territoriales ont été conviés. Cette réunion a été l'occasion de dresser un bilan très positif de la démarche, caractérisé par une réelle implication des Centres et une bonne participation aux groupes de travail thématiques. Ces deux aspects sont révélateurs du fait que la dynamique de décloisonnement et d'échanges enclenchée grâce au projet semble prévaloir et dépasser les réserves formulées par certains sur les limites d'une approche volontairement centrée sur les aspects médico-économiques.

- une 3ème visite finale de bilan (janvier-février 2014) : collecte des indicateurs pour le dernier trimestre 2013, point sur les progrès et difficultés persistantes, bilan de l'année, contribution à l'élaboration de la boîte à outils. A l'issue de ces rencontres, des plans d'actions actualisés ont été élaborés pour chacun des Centres. Ces documents ont vocation à venir compléter les plans d'action réalisés à l'issue du diagnostic initial (phase 1), en dressant la liste des avancées enregistrées depuis lors, ainsi que des priorités opérationnelles restant à mettre en œuvre.

Les Centres doivent pouvoir utiliser ces plans d'action comme des feuilles de route pour maintenir le cap du changement au-delà de l'accompagnement ARS-Referis.

Tout au long de la mission, et dans l'objectif de constituer et enrichir la boîte à outils à destination des centres, un comité éditorial s'est réuni régulièrement, en moyenne tous les deux mois, pour étudier et valider les documents destinés à la compléter.

En parallèle de la mission, à la demande de l'ARS, trois groupes de travail thématiques se sont constitués, pilotés par les Centres eux-mêmes, portant sur des sujets présentant un intérêt particulier pour les Centres et en lien avec les leviers d'actions identifiés comme ayant un impact sur leur équilibre médico-économique :

- L'organisation des activités dentaires dans les Centres de Santé
- La prévention de l'absence des patients à leurs rendez-vous dans les Centres de Santé
- La gestion des impayés dans les Centres de Santé

Les travaux et comptes rendus issus de ces groupes de travail sont partagés via une plateforme d'échange accessible par les centres de santé participants. Des guides de bonnes pratiques issus de ces groupes de travail seront mis en ligne prochainement dans la boîte à outils consultable sur le site de l'agence.

1.6. Conception de la boîte à outils

1.6.1. Présentation générale de la boîte à outils

L'objectif de la boîte à outils est de répondre aux besoins identifiés lors de la première action de 2012, en matière de facilité d'accès à des informations et à des outils pour les élus et les gestionnaires de Centres de santé.

Les attentes exprimées, ayant un impact direct et immédiat sur les résultats des Centres de santé, portent sur un grand nombre de thématiques présentées par différents *items* dans le schéma ci-dessous :

Figure 3 : Les 13 items identifiés à l'origine de la boîte à outils



Le Comité Editorial constitué pour réaliser cette boîte à outils est composé du Comité de pilotage élargi à un chirurgien-dentiste-conseil de l'ARSIF, M. Bernard Chapert. Selon les besoins d'expertise spécifique et de validation des documents, d'autres personnes qualifiées ont été associées ponctuellement (représentants de la CPAM, services juridiques de l'ARS, etc.)

Les réunions bimestrielles de revue des documents existants et de leur pertinence au regard des attentes exprimées par les centres ont permis d'aboutir à une première version de la boîte mise en ligne à la veille du Congrès annuel des Centres de Santé, en octobre 2013. La boîte à outils s'organise selon un regroupement des *items* illustrés ci-dessus, en 7 rubriques et est accessible à l'adresse suivante :

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Boite-a-outils.156857.0.html>

1.6.2. Présentation détaillée des 7 thèmes de la boîte à outils

• **Missions et modalités de fonctionnement**

Cette rubrique rassemble des textes règlementaires relatifs au fonctionnement des Centres de Santé portant sur :

- Des principes généraux (Définition et missions des centres de santé, Articles issus du Code de Santé Public, Articles relatif au contenu du projet de santé, du règlement intérieur)
- L'accessibilité des établissements recevant du public
- Le parcours de soins (Rapport Jacob)
- L'information des usagers (Refus de soins de la part des usagers ou du praticien)
- L'accessibilité financière (Mise en œuvre du Tiers Payant)
- L'affichage obligatoire intérieur et extérieur (Tarifs d'honoraires, etc.)
- La mise en place de la Télémédecine (Article du Code de Santé Publique, Soutien de l'ARS)
- La réglementation relative à l'IVG médicamenteuse (Article du Code de Santé Publique et Document de l'ARS)

• **Ressources humaines**

Cette rubrique contient des informations relatives à la réglementation régissant les professionnels exerçant dans les Centres de Santé (*Code de déontologie des médecins, des chirurgiens-dentistes, des infirmiers, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, compétences, gestions des contrats des professionnels de santé, formations*).

• **Ressources financières**

Cette rubrique contient des éléments relatifs aux sources de financement et à la gestion financière des Centres de Santé (*Code de Santé Publique, Code de la Sécurité Sociale, Accord National*)

• **Qualité Sécurité**

La rubrique regroupe des documents concernant les normes en vigueur et la mise en application de la démarche qualité dans les Centres de santé

- Contrôle des installations (contrôle de radioprotection, Hygiène - Asepsie Décontamination – Stérilisation, Hygiène des mains, guide de prévention des infections en ambulatoire, guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie, grille technique d'évaluation des cabinets dentaires pour la prévention des infections associées aux soins)
- Démarche qualité (Référentiel d'évaluation des centres de santé)
- Déchets (Réglementation DASRI, Guide technique, Code du Travail - Protection des travailleurs contre les risques biologiques (objets coupants), Élimination des déchets d'amalgame issus des cabinets dentaires)

- Dossiers médicaux

Regroupant des textes applicables aux Centres de Santé en matière de circulation et d'archivage des informations concernant les patients et d'accès aux données médicales personnelles.

- Archivage (Conservation et protection des dossiers médicaux)
- Accès aux données médicales (Droit d'accès des patients à leurs données médicales)
- Secret professionnel - Secret médical (Code Pénal, Code de Santé Publique, Guide méthodologique DGOS)
- Hébergement des données (protection des données personnelles, hébergement des données de santé sur support informatisé, fiche pratique)

- Rapports et publications

Cette thématique rassemble divers rapports, référentiels, études et publications relatifs aux Centres de Santé (*Accord national, Référentiel d'évaluation des centres de santé, Rapport ACKER sur les Centres de santé, Étude des CDS de la Ville de Paris et CPAM 75, Etude Epidaure, Rapport IGAS, Rapport ARS-REFERIS*)

- Pilotage

Les échanges avec les responsables des centres de santé ont permis d'identifier des besoins en matière d'outils pratiques et ont donné lieu à des travaux d'élaboration d'outils opérationnels et de fiches pratiques. Les visites de suivi intermédiaire ont fait ressortir les difficultés rencontrées par les centres en matière de mise en œuvre des leviers identifiés dans leurs plans d'actions, et de suivi de leur impact médico-économique. L'Equipe REFERIS a ainsi élaboré, en collaboration avec certains Centres ayant développés de bonnes pratiques méritant capitalisation :

- Un outil d'aide au calcul des indicateurs du projet et des gains potentiels associés à l'activation de chacun des leviers (ANNEXE V)
- Un guide d'accompagnement à l'utilisation de cet outil (ANNEXE VI)
- Une fiche pratique d'aide à la personnalisation de thesaurus pour l'optimisation du codage CCAM (ANNEXE VII)
- Une fiche pratique d'aide à la mise en place de l'option de coordination médicale (ANNEXE VIII)
- Une fiche pratique d'aide à la mise en place de l'option de coordination des soins infirmiers (ANNEXE IX)

Cette boîte à outils n'a pas vocation à devenir un service permanent de l'ARS, mais est accessible au minimum pendant toute la campagne d'accompagnement des Centres de Santé franciliens. Elle n'est pas exclusivement réservée aux Centres participant à l'étude, et les utilisateurs sont invités à faire part de leurs commentaires et suggestions à une adresse réservée à cet effet.

ARS-IDF-CDS-BAO@ars.sante.fr

SYNTHÈSE DES TRAVAUX CONDUITS PAR LES CENTRES

2. SYNTHÈSE DES TRAVAUX CONDUITS PAR LES CENTRES

Onze bonnes pratiques ont été identifiées lors de l'audit des 30 Centres de santé en phase 1, considérées comme autant de leviers pour améliorer l'équilibre économique des Centres de santé :

- Maîtrise du taux de non-venue des patients
- Optimisation de la codification au médical
- Optimisation du taux d'occupation des cabinets médicaux
- Optimisation des résultats d'imagerie et de l'organisation du service
- Optimisation des résultats en dentaire et organisation du service
- Réduction des impayés patients et organismes / coût du traitement des factures
- Subvention pour les prélèvements
- Option de coordination
- Achats
- Ratios de personnel
- Modes de rémunération

Les plans d'actions individuels des Centres identifient parmi ces leviers, et en fonction de la situation de chaque Centre, ceux qui doivent être activés en priorité pour contribuer à l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique.

Pour chaque levier identifié, des gains potentiels chiffrés ont été évalués, accessibles selon un calendrier s'échelonnant sur 3 ans, entre 2013 et 2015. Le montant des gains, ainsi que le calendrier, ont été adaptés pour tenir compte de la situation initiale propre à chaque Centre, et au contexte dans lequel s'inscrit sa mission.

Avec le suivi de l'avancement et des difficultés des Centres dans la mise en œuvre de ces actions, l'accompagnement a permis de mettre en évidence :

- Les bonnes pratiques, porteuses de gain à court terme
- Les obstacles récurrents rencontrés par les Centres dans l'activation de tel ou tel levier
- Des pistes possibles pour contourner autant que faire se peut ces obstacles.

Cette rubrique propose de présenter les grands enseignements tirés de la mission à cet égard, pour chacun des leviers.

2.1. Synthèse des actions sur l'ensemble des leviers

2.1.1. Synthèse des actions sur l'ensemble des leviers

Les 28 centres ayant bénéficié de l'accompagnement en 2013 ont été numérotés de 1 à 28 afin de préserver la confidentialité des données internes de chacun d'entre eux. Les graphiques suivants présentent le bilan d'activation des différents leviers en fin d'année 2013.

- Les leviers validés par les centres lors de l'étude en 2012 mais finalement non activés sont représentés par des cases grises.
- Les leviers activés par les centres (des actions ont été mises en œuvre en interne pour activer le levier) sont représentés par des cases vertes
- Les leviers non validés en 2012 sont représentés par des cases blanches.

Leviers activés	
Leviers validés en 2012 non activés	
Leviers non validés	

Figure 4 : Leviers activés/non activés par les centres en fin d'année 2013

	Non-venue des patients	Codage au médical	Occupation des cabinets	Résultats en imagerie	Résultats en dentaire	Impayés	Subvention pour les prélèvements	Option de coordination	Achats
Centre n°1									
Centre n°2									
Centre n°3									
Centre n°4									
Centre n°5									
Centre n°6									
Centre n°7									
Centre n°8									
Centre n°9									
Centre n°10									
Centre n°11									
Centre n°12									
Centre n°13									
Centre n°14									
Centre n°15									
Centre n°16									
Centre n°17									
Centre n°18									
Centre n°19									
Centre n°20									
Centre n°21									
Centre n°22									
Centre n°23									
Centre n°24									
Centre n°25									
Centre n°26									
Centre n°27									
Centre n°28									

La figure 5 est une bonne illustration de l'implication des centres dans la démarche, en effet :

- 6 leviers ont été particulièrement activés (plus de 75% des centres ayant validé le levier, l'ont activé)
- 3 leviers ont été activés dans des proportions moindres (plus de 40% des centres ayant validé le levier, l'ont activé)

Figure 5: Sur les 9 leviers activés 74% des actions prévues ont été engagées

	Non-venue des patients	Codage de l'activité médicale	Occupation des cabinets	Résultats en imagerie	Résultats en dentaire	Impayés	Subvention pour les prélèvements	Option de coordination	Achats	TOTAL
NB de centres ayant validé le levier	26	28	27	19	24	27	12	25	26	
% d'activation du levier	100%	75%	96%	53%	83%	81%	83%	44%	46%	74%

Deux autres leviers, identifiés dans l'étude 2012, n'ont été mis en œuvre dans aucun centre en 2013.

Le levier portant sur l'amélioration des ratios de personnel a été retenu comme levier potentiel par un grand nombre de centres, mais n'a pas été activé en 2013 et n'apparaît pas être un levier prioritaire pour les années à venir, en particulier en raison de la faible marge de manœuvre dont disposent les Centres Municipaux sur les embauches et la gestion des ressources humaines.

Le levier visant à faire évoluer les modes de rémunération et en particulier à introduire des éléments de rémunération variable n'a été retenu par aucun des 28 centres, et ne figure plus dans le suivi de cet accompagnement.

2.1.2. Synthèse des résultats obtenus

Pour aider les Centres à mettre en place le suivi régulier des indicateurs de mesures utilisés dans le cadre de la mission, un appui a été fourni par les consultants REFERIS. Cet appui a porté sur :

- Un outil d'aide au calcul des indicateurs (voir rubrique pilotage de la boîte à outils).
- Lorsque les Centres en avaient besoin, les consultants ont aidé dans la mise en place et l'appropriation des tableaux de bord lors des visites sur site.

L'appropriation de cette logique de pilotage, et des outils associés, constitue en effet un des enjeux importants pour la pérennisation des transformations introduites par la mission.

Différents indicateurs ont été identifiés pour chacun des leviers; le tableau ci-dessous illustre les résultats obtenus par l'ensemble des centres sur chacun des leviers.

Les centres sont considérés comme obtenant des résultats lorsque les indicateurs relatifs au levier présentent une évolution positive.

Figure 6: Sur les 9 leviers activés, 70% des centres présentent des résultats positifs

	Non-venue des patients	Codage de l'activité médicale	Occupation des cabinets	Résultats en imagerie	Résultats en dentaire	Impayés	Subvention pour les prélèvements	Option de coordination	Achats	TOTAL
NB de centres ayant activé le levier	26	21	26	10	20	22	10	11	12	
% de centres ayant constaté des résultats	73%	43%	81%	70%	85%	59%	90%	82%	50%	70%

La figure 7 permet de dresser un bilan relativement positif :

- L'activation de 6 leviers a permis d'obtenir des résultats dans plus de 70% des centres qui ont mis en œuvre des actions à cet effet
- Les actions mises en œuvre sur 3 des leviers permettent d'observer des résultats dans plus de 40% des centres impliqués.

De manière générale le projet s'est accompagné d'une amélioration globale des recettes dans les centres. Les données disponibles pour 25 centres parmi les 28, permettent de mesurer 11% d'augmentation des recettes.

D'un point de vue plus qualitatif, une vraie dynamique s'est créée au sein de la majorité des centres qui a généré une nette amélioration du management interne et le pourcentage d'activation des leviers en constitue un bon indicateur.

2.1.3. Limite des résultats chiffrés

Au cours des échanges, les Centres ont souvent exprimé l'utilité de la mission qui les a aidés à entrer dans une logique de pilotage de leur activité et de réévaluation de leurs organisations. Cette approche permet l'objectivation des différentes actions d'amélioration mises en œuvre et constitue un outil de mobilisation des acteurs impliqués. Ces derniers peuvent à travers l'évolution des indicateurs identifier aussi bien les points d'attention que les avancées rendues possibles par l'activation de tel ou tel levier.

Pour autant, cette sensibilisation au pilotage par la performance est un travail de longue haleine. Si la mise en place de tableaux de bord sur la base des préconisations formulées dans les plans d'actions individuels a progressé tout au long de l'année 2013, les Centres ne suivent pas encore de façon régulière et selon des modalités de calcul stables tous les indicateurs suggérés. Les raisons relèvent parfois d'un manque d'expérience, mais aussi et surtout de l'absence d'outil de mesure (fonctionnalités non intégrées dans les logiciels, requêtes non disponibles, etc.)

En conséquence, l'évaluation des gains par levier par rapport aux cibles fixées dans les plans d'action initiaux n'est pas toujours possible mais cela ne doit cependant pas masquer l'ampleur des efforts fournis et la contribution significative à l'amélioration de l'organisation et de la situation économique des Centres.

Les sept leviers qui portent sur l'accroissement d'activité et l'élargissement de l'offre de soins, ont un effet sur l'augmentation des recettes et la couverture des charges fixes. Leur effet cumulé se voit dans l'augmentation des recettes, donnée facilement accessible pour chaque centre.

Les deux leviers complémentaires activés par les centres portent sur la maîtrise des charges : l'optimisation des achats et la réduction des coûts liés aux impayés. Le suivi de leur contribution sur 2013 à l'amélioration de la situation économique des Centres nécessite de disposer d'indicateurs détaillés et adaptés que les centres ne sont que très rarement en mesure de produire.

Les indicateurs portant sur la maîtrise des charges méritent d'être renforcés à l'avenir, en particulier pour les Centres Municipaux qui ne disposent pas en général d'une visibilité complète en la matière, certaines des charges étant comptabilisées directement au niveau de la collectivité (Charges de personnels, achats de logiciel en raison, etc.). Pour cette même raison, la marge brute est difficile à reconstituer pour ces Centres.

2.2. Synthèse des actions par levier

2.2.1. Maîtrise du taux de non-venue des patients

Nombre de centres ayant validé ce levier :	26
Nombre de centres ayant activé ce levier :	26 (100%)
Nombre de centres ayant activé le levier et obtenant un résultat positif :	19 (73%)

Les indicateurs permettant d'évaluer l'amélioration relative à ce levier sont :

- Le taux de décroché
- Le taux de non-venue

Les actions mise en œuvre par les centres peuvent être regroupées en 4 axes :

- La réorganisation de l'accueil et du standard qui se matérialise par :
 - La révision des fiches de postes, allant dans le sens d'une différenciation des tâches et des responsabilités des personnels. Le personnel est formé pour être spécialisé sur une tâche spécifique (accueil, standard, traitement du tiers-payant, etc.)
 - Plus de formation, sensibilisation et/ou mobilisation du personnel d'accueil, en particulier dans les Centres présentant un fort turnover du personnel (dans certains Centres, les tâches d'accueil et de standard sont confiées à des personnes sous contrat type « tremplin » d'une durée moyenne de 2 ans)
 - La mise en œuvre de ressources dédiées au téléphone pour améliorer le taux de décroché. Cette distinction entre un « front office », chargé de l'accueil, et un « back office » va de pair dans certains Centres avec une allocation des ressources dédiées à la prise de rendez-vous variable selon les jours et/ou les heures. En général, les Centres concernés ont dans ce cas conduit un audit préalable sur quelques semaines du nombre d'appels reçus, leur ayant permis d'identifier les « pics » d'appels sur la semaine, et d'organiser les effectifs dédiés au standard téléphonique en fonction.
 - La réduction de l'horizon d'ouverture des plannings dans l'optique de réduire le taux d'absentéisme des patients. Plus les rendez-vous sont pris en avance, en raison d'une longue file d'attente, plus le taux de non-venue des patients est élevé. Les Centres modulent ainsi souvent les horizons d'ouverture en fonction des spécialités et de leurs délais moyens d'obtention d'un rendez-vous (en raison de la rareté des ressources médicales, il est en général plus long d'obtenir un rendez-vous avec un spécialiste ou un dentiste qu'avec un médecin généraliste).
 - L'horizon d'ouverture des plannings doit cependant être modulé, pour éviter la fuite des patients vers une offre extérieure, par l'ouverture régulière de nouvelles plages de prise de rendez-vous.

- La réservation de plages dédiées pour l'organisation des plans de soins des patients en particulier pour certaines spécialités (la dermatologie, le dentaire, etc.) où plusieurs rendez-vous consécutifs sont nécessaires pour un acte. Selon les Centres, ces créneaux spécifiques sont concentrés sur des vacations complètes (2 demi-journées par exemple), ou répartis sur les vacations dédiées à l'activité programmée dans lesquelles quelques plages sont réservées à cet effet.
- L'externalisation de la prise de rendez-vous a été choisie par un Centre
- La formation du personnel du standard pour passer de la simple prise de RDV à une gestion des RDV avec l'objectif d'optimiser le carnet de RDV (durée prévisionnelle de la consultation, examens complémentaires probables à prévoir, etc.)
- La mobilisation des acteurs (levier managérial), par exemple par la redéfinition participative du projet du Centre, la création d'émulation collective autour du partage/revue en équipe des indicateurs, etc.

Le Centre n°20 a élaboré des guides pour chaque spécialité afin d'aider les secrétaires en charge de prendre les RDV. Ce travail a été fait en association avec les praticiens concernés, qui ont ensuite rencontré le personnel administratif pour lui présenter les guides. Ces documents, ainsi que l'émulation créée lors des interactions pour leur élaboration, ont permis d'optimiser le carnet de RDV.

- La mise en place d'outils de mesure grâce à l'acquisition de logiciels administratifs plus performants ou de nouvelles fonctionnalités par évolution de version de logiciels existants et permettant de suivre les indicateurs de venues des patients. Dans certains cas, ces évolutions relèvent de processus longs et seulement partiellement maîtrisés par les Centres. Par exemple, la mise en place d'autocoms pour le suivi des taux de décrochés, l'évolution des lignes de standards, et l'achat de logiciels font l'objet de marchés publics passés par les communes.
- Des mesures de traitement individuel de l'absentéisme se traduisant par :
 - L'envoi de courriers de relance aux patients suite à une absence. A cet égard, certains Centres insistent pour que ces courriers soient signés par le praticien concerné pour donner tout son poids à la démarche.
 - La réalisation de « liste noire » des absentéistes récidivistes qui après trois absences se voient attribuer des sanctions (impossibilité ou limitation de la prise de RDV dans le Centre sur une durée limitée dans le temps (3 mois)). Certains Centres se refusent toutefois en invoquant la déontologie à appliquer de telles sanctions. D'autres font remarquer que les mesures de ce type sont parfois difficile à appliquer, en particulier dans les zones sensibles, car elles exposent le personnel du Centre à des pressions, voire à la violence, de certains patients non contents d'être ainsi sanctionnés.

- La relance préventive des patients
 - Un très grand nombre de Centres a choisi de mettre en place un système de relance des patients par SMS, ou est en passe de le faire, dans l'objectif de réduire l'absentéisme. Par exemple, le Centre n°16 a conduit une phase de test d'un mois avec un éditeur de logiciel permettant la relance par sms, et a constaté sur cette période une réduction de 50% de l'absentéisme. Certains Centres font remarquer que le système de relance a un coût, mais qui est à comparer aux gains en recette que permet une réduction de l'absentéisme patient, et de ceux générés par les réattributions de RDV suite à des annulations faites en bonne et due forme.
 - Par téléphone ou par sms, les relances sont souvent ciblées sur les spécialités enregistrant un fort taux d'absentéisme. Dans certains cas, les relances sont faites seulement pour le premier rendez-vous du patient dans la spécialité, par exemple en psychiatrie où l'absentéisme est généralement important. Dans d'autres, les relances sont concentrées sur les patients ayant été repérés pour leur absentéisme.
 - Le Centre n°22, impose aux patients de confirmer chacun des rendez-vous 48h à l'avance. Les patients ne rappelant pas sont contactés par l'accueil, ce qui permet de réduire la liste des appels à passer, les rendez-vous des personnes non joignables sont réattribués.
 - Un point notable concerne la nécessité, pour le personnel administratif, de veiller à mettre à jour régulièrement les numéros de téléphone des patients, afin de permettre l'efficacité des relances.

La relance téléphonique a permis de réduire le taux de non-venues des patients, cette réduction variant de 5 à 15 points de pourcentage dans 12 Centres de santé

2.2.2. Optimisation de la codification au médical

Nombre de centres ayant validé ce levier :	28
Nombre de centres ayant activé ce levier :	21 (75%)
Nombre de centres ayant activé le levier et obtenant un résultat positif :	9 (43%)

Les indicateurs permettant de mesurer l'amélioration relative à la mise en œuvre de ce levier sont :

- Le % d'actes CCAM,
- Les recettes relatives aux actes CCAM

Les actions mise en œuvre par les centres peuvent être regroupées en 4 axes :

- La construction d'un thesaurus individualisé et exhaustif :

Cette mesure a été introduite dans les plans d'action de la plupart des Centres. Par exemple, les Centres n°28 et n°20 estiment que les thesaurus mis en place en interne, ont permis d'améliorer significativement les recettes sur les spécialités concernées par la CCAM. Les deux centres notent par ailleurs que la démarche elle-même d'élaboration du thesaurus, conduite de façon participative avec les praticiens, a eu un impact positif. Elle a permis à la fois de sensibiliser davantage les praticiens à l'enjeu d'un codage optimisé, et de reconsidérer avec eux la liste des actes techniques pratiqués et praticables dans le Centre (voire des besoins d'investissements éventuels en matériel pour développer l'offre de soins).

La tenue à jour de ce thesaurus est un point important et les Centres doivent pour cela régulièrement s'informer des évolutions relatives à la classification sur le site de l'Assurance Maladie (<http://www.ameli.fr>). Certains expriment ainsi l'intérêt que présenterait un système d'alerte automatique envoyée par l'Assurance Maladie pour les informer en temps réel des modifications.

Une fiche pratique pour la construction d'un thesaurus personnalisé peut être consultés dans la rubrique « Pilotage » de la boîte à outils, elle a été construite par le centre n°28 à partir de son expérience.

- La sensibilisation à la bonne cotation des actes, à la fois auprès du personnel médical et auprès du personnel administratif chargé de la codification. La sensibilisation à la bonne cotation est un aspect dont l'importance est soulignée par bon nombre de Centres. Elle passe à la fois par de la formation et par de la communication individuelle de la part des gestionnaires.
- L'évolution des logiciels et de leur paramétrage permet également de faciliter la saisie des actes par le personnel en charge, et favoriser ainsi la qualité du codage.

- La mise en place d'un circuit de facturation optimal

A titre d'exemple le Centre n°20 a décidé de réorganiser le circuit de facturation par étape, par spécialité. Ce centre qui avait le choix de réaliser la facturation avant la consultation a revu son mode de fonctionnement qui présentait l'avantage de garantir l'encaissement de la consultation mais se caractérisait par une organisation complexe du circuit de paiement (les patients doivent repasser en caisse après la consultation lorsqu'un acte CCAM a été pratiqué, ce qui ne va pas dans le sens d'une codification optimale des actes CCAM). Afin de palier le risque d'une augmentation des impayés patients des fiches navette ont été mises en place pour « tracer » les patients arrivant dans le centre.

- La mise à disposition de thesaurus accompagnée de sensibilisation des praticiens à la bonne utilisation de celui-ci a permis d'augmenter la codification d'actes CCAM de 5 points à 21 points de pourcentage dans plusieurs centres.
- La sensibilisation des praticiens a permis d'augmenter de 12% le nombre de C2 par rapport au nombre de C dans le Centre n°5.
- La mise à jour des codifications appliquées a permis un gain de 36% sur les recettes de Dermatologie dans le Centre n°4.

2.2.3. Optimisation du taux d'occupation des cabinets médicaux

Nombre de centres ayant validé ce levier :	27
Nombre de centres ayant activé ce levier :	26 (96%)
Nombre de centres ayant activé le levier et obtenant un résultat positif :	21 (81%)

Les indicateurs permettant de mesurer l'amélioration relative à la mise en œuvre de ce levier sont :

- l'amplitude horaire d'ouverture du Centre
- le taux d'occupation des cabinets

Les actions mise en œuvre par les centres peuvent être regroupées en 3 axes :

- Le recrutement de nouveaux praticiens :

La majorité des centres rencontre des difficultés pour recruter des praticiens. Elle est particulièrement prégnante sur certaines spécialités médicales (ophtalmologie, gynécologie, etc.) et dans certaines zones sensibles peu attractives. Les Centres ont mis en œuvre différentes actions pour y faire face se traduisant par :

- L'activation de leurs réseaux de professionnels, en particulier en passant par les médecins déjà présents dans le Centre;
- La diffusion d'offre via des annonceurs publics et privés (Le Quotidien du Médecin, etc.);
- La prise de contact avec les hôpitaux voisins, afin de mettre en place des partenariats pour la mise à disposition de spécialistes quelques heures par semaine.

Le Centre n°20 bénéficie d'une vacation d'orthopédie grâce à une convention avec l'hôpital franco-britannique de Levallois. Le Centre n°10 a engagé diverses actions de recrutement se traduisant par un passage de 31% à 65% d'occupation des cabinets médicaux. Le Centre met en avant le travail en équipe, l'activité d'enseignement, la participation à des projets novateurs pour se rendre attractif auprès des praticiens. Ce Centre a établi un lien avec l'Université Paris 6 pour favoriser le recrutement en activité universitaire de médecins volontaires rémunérés par la faculté. Une convention est également mise en place avec l'hôpital de proximité pour la réalisation de consultations (diabétologie, SF pour du suivi de grossesse, chirurgie pédiatrique) 1 fois par mois.

La pénurie de praticiens n'est pas le seul frein souligné par les Centres pour augmenter leur activité. Les difficultés rencontrées par les Centres Municipaux pour obtenir l'accord de la Mairie pour les recrutements, et la longueur des processus ensuite, constituent une vraie limite au recrutement qui pourrait être levée.

De plus, le manque d'attractivité des salaires proposés aux praticiens salariés des Centres constitue un obstacle fréquemment mentionné par les responsables.

- L'utilisation des décrets de compétences :

L'utilisation des décrets de compétences des Sages-Femmes (pour du suivi de grossesse ou des échographies gynécologiques), des Orthoptistes (en ophtalmologie) et des Manipulateurs en Radiologie est également un levier activé dans plusieurs centres. Cela permet de développer l'offre sur les spécialités pour lesquelles les spécialistes se font rares. Il existe cependant certaines réticences au sein des équipes médicales relatives à l'application de ces décrets et les possibilités offertes par ces décrets ne sont pas maîtrisées par tous.

Les textes de référence sont mis en ligne dans la rubrique « Ressources humaines » de la boîte à outils, ils précisent en particulier les conditions d'exercice et les actes concernés. La bonne maîtrise et connaissance de ces textes est un prérequis pour pouvoir convaincre les praticiens et mettre en place ce levier.

- La polyvalence des locaux :

Afin d'améliorer leur offre de consultations et les taux d'occupation de leurs locaux, certains Centres retravaillent l'aménagement de leurs cabinets. En particulier, des cabinets polyvalents nécessitent parfois d'être adaptés pour pouvoir étendre les possibilités d'accueil de certaines spécialités sur des plages horaires différentes.

2.2.4. Optimisation des résultats d'imagerie et de l'organisation du service

Nombre de centres ayant validé ce levier :	19
Nombre de centres ayant activé ce levier :	10 (53%)
Nombre de centres ayant activé le levier et obtenant un résultat positif :	7 (70%)

Les indicateurs permettant de mesurer l'amélioration résultant de la mise en œuvre de ce levier sont :

- ⇒ Le chiffre d'affaire horaire du service d'imagerie
- ⇒ Le taux de couverture des charges

Les actions mises en œuvre par les centres se déclinent selon 4 axes :

- L'organisation générale des services a été améliorée à travers :
 - La sensibilisation des praticiens du Centre à l'adressage en interne.

La sensibilisation des praticiens à la prescription en interne a permis d'atteindre un taux d'adressage vers le service de radiologie interne proche de 100% dans le Centre n°10.

Des mesures similaires sont parfois mises en place auprès des libéraux de ville (par le biais de courriers notamment), mais leur impact est nécessairement dépendant de la présence ou non d'autres Centres d'imagerie dans la commune.

- La réalisation d'actes de radiologie par les Manipulateur d'électroradiologie (MER).

Dans le Centre n°28, la réalisation d'actes de radiologie par les MER en présence d'un médecin a permis de doubler le nombre de rendez-vous et de passer d'un taux de couverture des charges de 87% en 2011 à 107% fin 2013, et d'améliorer ainsi considérablement la situation globale du service. Dans le Centre n°16, le recrutement d'un MER et l'achat de nouveaux équipements ont permis de générer un accroissement de 45% du chiffre d'affaire du service de radiologie

Certains Centres affichent une certaine réticence à la mise en application de ce décret et la réalisation d'actes par les manipulateurs radiologues de manière autonome en présence d'un praticien.

A cet égard, les textes réglementaires ont été ajoutés à la boîte à outil, dans la rubrique « Ressources humaines » comme les autres décrets de compétence. Leur mise en application est parfois freinée par les réticences de certains radiologues qui s'opposent à la réalisation d'actes en leur absence du service.

- L'amélioration de la qualité de l'offre de soins par l'investissement dans des équipements neufs (achats d'échographes, de doppler, etc.) et l'amélioration de la communication relative à l'offre de soins du centre.
- Le recrutement de nouveaux radiologues est un point sur lequel travaillent la plupart des Centres disposant d'un service d'imagerie. Rendu difficile par la pénurie de spécialistes désireux de travailler dans les Centres, la présence de radiologues en nombre suffisant pour exploiter tout le potentiel des services d'imagerie des Centres est une difficulté que les gestionnaires déplorent de façon récurrente.
- Des réflexions sur le développement de la télémédecine grâce à la mise en place de système PACS – RIS (Picture Archiving and Communication System - Radiology information system) afin de pallier les difficultés de recrutement. Le Centre n°3 a entamé une réflexion sur la possibilité d'établir une convention hospitalière visant à l'interprétation à distance des résultats transmis numériquement réalisés par un MER sur place en présence d'un praticien.

2.2.5. Optimisation des résultats en dentaire et organisation du service

Nombre de centres ayant validé ce levier :	24
Nombre de centres ayant activé ce levier :	19 (79%)
Nombre de centres ayant activé le levier et obtenant un résultat positif :	17 (85%)

Les indicateurs permettant de mesurer l'amélioration relative à la mise en œuvre de ce levier sont :

- Le chiffre d'affaire horaire du service de soins dentaires
- Le taux de couverture des charges du service

Ce levier présente un fort intérêt pour un grand nombre de centre, le pourcentage de centres obtenant des résultats positifs après activation est très élevés (85%) de plus les résultats obtenus impactent directement et de manière significative les recettes du Centre.

Ainsi par exemple, les Centres n°13 et n°6 viennent d'ouvrir un second fauteuil dentaire et envisagent à moyen terme d'investir dans un troisième fauteuil. Le Centre n°7, disposant déjà de 3 fauteuils, envisage actuellement l'ouverture d'un 4ème fauteuil.

Les actions mises en œuvre par les centres peuvent être regroupées selon 3 axes :

- Le travail sur l'organisation générale du service porte sur :
 - L'optimisation de l'occupation des fauteuils dentaires et, le cas échéant, l'ouverture de nouveaux fauteuils. La demande en soins dentaires est généralement importante, cependant le développement de l'offre repose sur la présence de chirurgiens-dentistes en nombre suffisant dans le Centre (comme pour les autres spécialités médicales, le recrutement n'est pas toujours aisé), un taux de non-venue faible (relance des patients) et la bonne organisation des processus de prise de RDV.
 - Une prise de RDV optimisée : plusieurs modèles se dessinent. La prise de rendez-vous peut être centralisée, effectuée par un standard dédié au dentaire ou mixte en organisant la prise des premiers rendez-vous par le standard et les rendez-vous suivants (plan de soins) au niveau du service dentaire.
 - La réparation des tâches et des responsabilités entre secrétaires et assistantes dentaires, et la révision de leurs fiches de postes pour éviter les glissements de tâches, font également l'objet de réflexion dans bon nombre de Centres.

La révision du planning de présence respective des assistants-dentaires et des chirurgiens-dentistes a permis d'atteindre 95% d'occupation des fauteuils dans le Centre n°12. Un travail d'amélioration générale de l'organisation du service dentaire comprenant la révision des planning et de l'organisation de la prise de rendez-vous a permis de multiplier par 1,9 le chiffre d'affaire d'un service dentaire entre 2011 et 2013 dans le Centre n°7.

- La définition de ratios « soins-prothèses » cibles et optimum sur les soins et les prothèses

Ce point retient l'attention de la majorité des Centres disposant d'un service dentaire et a été repris dans le cadre du groupe de travail dentaire, pour tenter de définir un ratio cible optimal. Le groupe de travail s'efforce ainsi de comparer les pratiques des Centres en la matière, pour définir des ratios cibles différenciant les actes de soins et de prothèses, de temps moyens consacrés à un soin ou à une élaboration de prothèse, et au-delà pour effectuer un benchmarking des pratiques en termes de nombre de RDV moyens nécessaires à l'élaboration d'une prothèse ou pour effectuer un soin. Ces travaux sont toujours en cours lors de la rédaction de ce rapport, et les consultants Referis ont fourni au groupe un outil pour faciliter la collecte et la synthèse des données des Centres participant à l'étude.

- L'uniformisation des pratiques d'achats

Elle est recherchée par un grand nombre de Centres disposant d'un service dentaire. Beaucoup dépendent encore de fournisseurs multiples, pour le matériel et pour les produits, et estiment qu'un regroupement des achats

auprès d'une centrale ou d'un fournisseur unique permettrait de réaliser des économies significatives. Les habitudes propres à chaque praticien, ainsi que la complexité des procédures de passation de marchés pour les Centres municipaux, sont autant de freins à cette évolution des pratiques d'achats au dentaire. Mais force est de constater que les Centres ayant abouti sur ce plan s'en félicitent, cela leur ayant souvent permis de réduire considérablement leurs dépenses.

L'arrivée de la CCAM dentaire constitue encore un point d'interrogation pour l'ensemble des Centres. Ne disposant pas pour le moment d'information concrète sur ses modalités, de nombreuses questions se posent sur ses éventuelles conséquences sur les résultats de leurs services. Ils s'inquiètent, par ailleurs, de la manière dont ils devront organiser sa mise en place prochaine (intégration dans les logiciels, etc).

2.2.6. Réduction des impayés patients et organismes / coût du traitement des factures

Nombre de centres ayant validé ce levier :	27
Nombre de centres ayant activé ce levier :	22 (81%)
Nombre de centres ayant activé le levier et obtenant un résultat positif :	13 (59%)

Les indicateurs permettant de mesurer l'amélioration relative à la mise en œuvre de ce levier sont :

- Le montant des impayés patients par rapport au chiffre d'affaire du centre
- Le pourcentage de rejets par les organismes

Les impayés font partie des points évoqués par les Centres comme ceux ayant un fort impact sur leur situation financière, en particulier les impayés d'organismes. Il n'est donc pas étonnant que ce levier ait été activé par la grande majorité d'entre eux (81%) selon 3 axes :

- La diminution des rejets provenant de la Sécurité Sociale est recherchée à travers différents types d'actions :
 - La vérification systématique des droits des patients dès leur arrivée. A cet égard, la généralisation du déploiement du logiciel CDR (consultation des droits en ligne) est en cours et permet, selon ceux qui en bénéficient déjà, une véritable amélioration. Ce logiciel permet une visibilité meilleure, plus complète et à jour des droits des patients. Les erreurs de saisie du médecin traitant ou concernant le parcours de soins représentant jusqu'alors la principale cause de rejets provenant de la sécurité sociale.
 - La généralisation des Feuilles de Soins Electroniques.

- La formation des agents administratifs au traitement des rejets, à la gestion des rejets en dégradé (facilitée dans le 93 par la mise à disposition par la CPAM de « compagnon flux », un système permettant d'être informé des rejets dans les 48h), la meilleure maîtrise des logiciels informatiques de suivi de la facturation. Certains Centres pointent aussi le fait que plus le traitement des rejets est effectué tôt, plus les rattrapages sont importants, et préconisent ainsi un traitement hebdomadaire des rejets (et non plus mensuel comme c'est souvent le cas).
- L'organisation du circuit de facturation et de contrôle des créances, et notamment la décision dans certains cas de dédier des agents à la gestion du tiers-payant.

La sensibilisation des médecins à la bonne saisie du médecin traitant et la mise en œuvre des lettres de relance avant envoi au trésor public ont permis de réduire les impayés patients à moins d'1% des recettes dans plusieurs Centres. La formation des agents au sein du Centre n°25 au traitement des rejets a permis une baisse du coût du tiers payant par facture de 30%.

- La diminution des rejets par les mutuelles est également recherchée et se traduit par :
 - La réflexion sur le recours à des concentrateurs de Mutuelles comme au Centre n°3
 - Le non renouvellement des conventions avec certaines mutuelles pour lesquelles les remboursements sont particulièrement problématiques. Les Centres expriment parfois un dilemme entre la décision de limiter les conventions avec les mutuelles sources de nombreux rejets et leur mission d'accès facilité aux soins pour tous, et en particulier pour les plus défavorisés qui ne recourent aux soins que lorsqu'ils peuvent bénéficier du tiers-payant.
 - La mise en place d'alertes en cas de rejet par une mutuelle : le patient concerné est alors signalé dans le logiciel, et les agents d'accueil ont pour consigne de refuser le tiers-payant sur la partie mutuelle lors de son prochain passage (Centre n°28).
- La diminution des impayés patients qui s'obtient par :
 - La transmission systématique au Trésor public, après plusieurs courriers de relances. Si l'impact de ces mesures est difficilement évaluable pour les Centres Municipaux. Beaucoup n'ont pas de retour de la part du trésor Public sur le montant des recouvrements effectués, le résultat semble toutefois significatif pour les centres qui disposent des montants recouverts. Au-delà de l'aspect correctif, cette mesure permet d'accroître le nombre de patients venant régler leurs dettes avant mise en demeure par le Trésor Public, et plus directement de diminuer le nombre d'impayés.
 - Le recours à des Sociétés de recouvrement pour certains Centres associatifs qui négocient la garantie d'un pourcentage minimum des

recettes recouvrées.

Sur la question des impayés patients, certains Centres attirent l'attention sur l'arbitrage délicat qu'ils ont à faire pour concilier paiement des sommes dues par les patients et :

- Maintien de la sécurité des agents d'accueil ayant pour consigne de refuser l'accès aux services pour des patients sans droits, en particulier dans les zones sensibles.
- Leur mission d'accès aux soins pour les plus démunis.

2.2.7. Subvention pour les prélèvements

Nombre de centres ayant validé ce levier :	12
Nombre de centres ayant activé ce levier :	10 (83%)
Nombre de centres ayant activé le levier et obtenant un résultat positif :	9 (90%)

L'indicateur permettant de mesurer l'amélioration relative à la mise en œuvre de ce levier est le montant de la subvention par dossier.

L'action des Centres sur ce levier consiste en la négociation d'une subvention pour la réalisation des analyses biologiques des prélèvements réalisés par un laboratoire pour le Centre.

Les subventions négociées varient selon les Centres entre 4,80 et 8,00 euros par dossier mais le prix n'est pas le critère exclusif déterminant le choix du prestataire retenu dans les appels d'offre ou conventions passés auprès des laboratoires : la proximité, la destination des prélèvements, la formation des IDE du laboratoire en échange, le panel des analyses effectuées sont également pris en compte.

Plusieurs types d'accords existent pour le calcul de la subvention versée par le laboratoire; dans certains cas, il s'agit d'un montant par dossier, dans d'autres cas il s'agit d'un montant forfaitaire, quel que soit le nombre de prélèvements réalisés.

2.2.8. Option de coordination

Nombre de centres ayant validé ce levier :	25
Nombre de centres ayant activé ce levier :	11 (44%)
Nombre de centres ayant activé le levier et obtenant un résultat positif :	9 (82%)

Les indicateurs permettant de mesurer l'amélioration relative à la mise en œuvre de ce levier sont :

- ⇒ Le nombre d'adhésion à l'option de coordination
- ⇒ Le montant perçu

Les actions des centres en la matière, se résument par la mise en œuvre de l'option de coordination qui peut être réalisée :

- Sur les soins médicaux
 - Les visites intermédiaires et finales conduites par l'équipe REFERIS dans les Centres mettent en évidence des pratiques et un intérêt variable porté à ce levier par les Centres. Si certains l'ont activé, parfois très récemment, d'autres n'y voient qu'un moyen complexe de générer des recettes jugées marginales, et ne souhaitent pas adhérer. Au-delà des aspects financiers, les Centres justifient souvent leurs réticences par la complexité du processus à mettre en place au moment de l'adhésion des patients, pour le suivi et le renouvellement des adhésions et pour le suivi des montants perçus. A cet égard, les consultants REFERIS se sont appuyés sur les expériences réussies des Centres n°11 et n°20 pour élaborer une Fiche Pratique d'aide à la mise en place de l'option de coordination disponible dans la rubrique « Pilotage » de la boîte à outils (ANNEXE VIII).
 - Plusieurs Centres font part de leur réflexion actuelle sur l'utilité et le bien-fondé de la mise en place de mesures incitatives pour encourager les médecins à adhérer au dispositif. En effet, le succès de la démarche dépend largement de l'implication des praticiens.

Pour favoriser l'implication des praticiens le Centre n°11 a décidé d'allouer aux médecins participant à la mise en place de l'option un « crédit temps » destiné à l'informatisation et au suivi des dossiers des patients. Cela leur permet de se réserver un temps hors consultation. Dans les Centres n°14 et n°18, les fonds générés par l'option sont utilisés pour dégager du temps médical pour réaliser des « staffs » pluridisciplinaires.

- Sur les soins infirmiers

L'option de coordination pour les soins infirmiers a été mise en place par le Centre n°1, qui s'est exprimé sur le sujet lors de la réunion de Bilan à l'ARS en Novembre 2013. Le retour d'expérience de ce centre a permis la rédaction de la fiche pratique (ANNEXE IX) par les consultants REFERIS en collaboration avec les responsables du centre et qui reprend les éléments essentiels pour les centres désireux de la mettre en œuvre. Le versement du forfait de coordination s'effectue par moitié au moment de l'adhésion du Centre de Santé (la démarche n'impliquant pas d'adhésion de la part des patients) et par moitié à l'issue de la période d'un an après remise du formulaire de respect des engagements et du rapport d'activité. La fiche pratique, détaillant les actions opérationnelles à engager, est en ligne dans la rubrique « Pilotage » de la boîte à outils.

- Sur les soins dentaires

Les Centres n°3 et n°17 l'ont mise en place au cours de l'année 2013. Le principe et l'implication des praticiens nécessaire à la bonne mise en œuvre sont les mêmes que pour les soins médicaux. Les responsables du Centre n°17 remarquent cependant que l'organisation d'un rappel pour la visite annuelle à l'ensemble des patients adhérents, qui fait partie des engagements d'un centre optant, est une action difficile à systématiser. Le texte ne précise pas si la relance réalisée par la Caisse primaire d'Assurance Maladie, invitant le patient à renouveler son adhésion fait office de rappel.

De manière plus générale, les Centres ont exprimé des réticences à démarrer un tel dispositif dont la pérennité ne leur semble pas garantie dans les années à venir et dont la mise en place représente une charge de travail administratif supplémentaire pour l'ensemble du personnel médical et non médical.

La gestion et la mise en place sont fortement facilitées lorsque le dossier patient est informatisé, d'une part car la coordination des soins en interne est assurée par le partage des informations par l'ensemble du personnel médical du centre via le logiciel, d'autre part car certains logiciels disposent de fonctionnalités facilitant la saisie des formulaires et le suivi/renouvellement des adhésions.

Dans le Centre n°1, un développement du logiciel permettra bientôt de renseigner le nom du médecin traitant et le caractère « adhérent à l'option » dans le dossier patient et de disposer d'une alerte pour le renouvellement. Le Centre n°17 dispose de feuilles d'adhésion dématérialisées facilitant la saisie.

2.2.9. Achats

Nombre de centres ayant validé ce levier :	26
Nombre de centres ayant activé ce levier :	12 (46%)
Nombre de centres ayant activé le levier et obtenant un résultat positif :	6 (50%)

Les indicateurs permettant de mesurer l'amélioration relative à la mise en œuvre de ce levier sont les ratios d'achat par rapport au chiffre d'affaire.

Les efforts déployés par les Centres pour rationaliser leurs achats et réduire la part qu'ils représentent de leurs chiffres d'affaires portent essentiellement sur :

- ⇒ L'adhésion progressive à des groupements d'achats
- ⇒ Des efforts d'harmonisation des pratiques au sein des Centres, en particulier sur les achats concernant le service dentaire

La marge de manœuvre reste relativement négligeable pour les centres dont les achats sont gérés par la commune. L'activation de ce levier est facilité dans les centres associatifs ou faisant partie d'un regroupement de Centres de Santé. Par exemple, dans les Centres n°7 et n°9 qui sont gérés par la même association, le suivi des ratios sur les achats est centralisé et depuis 1 an et demi une démarche de regroupement des achats a été démarrée sur l'ensemble des Centres gérés par cette association. Un travail de mutualisation des achats médicaux est en cours, et la même démarche est à venir pour les achats de prothèses.

Un travail de redéfinition des besoins et de réduction des commandes hors marché a permis de diminuer le ratio montant des achats par rapport au chiffre d'affaire de 44% à 26% dans le Centre n°19. Un gain de 13% sur le matériel médical a été généré par l'adhésion à une centrale d'achat dans le Centre n°5.

2.3. Poursuite et élargissement de l'action à d'autres Centres de santé

Cette mission a été conduite avec un double objectif :

- ⇒ Accompagner les centres participant à la démarche sur le début de la mise en œuvre des actions d'amélioration identifiées en 2012,
- ⇒ Faciliter l'élargissement ultérieur à d'autres Centres de santé de la région situés dans les départements ayant déjà participé à l'étude (92, 93 et 94) ou dans les autres départements franciliens.

Pour poursuivre, ou rejoindre la démarche, les Centres peuvent s'appuyer sur :

- Les groupes de travail inter-centre lancés, ou la création d'autres groupes à l'initiative de centres volontaires,
- La boîte à outils sur le site de l'ARSIF, accessible à tous,
- Les délégations territoriales qui ont été parties prenantes de toutes les étapes de la démarche.

En outre, les éléments et leviers d'amélioration de la gestion des Centres de santé mis en évidence dans ce travail peuvent également aider les responsables en charge de la création de nouveaux Centres de santé dans la région à adopter des principes d'organisation qui favoriseront la viabilité économique de leur projet.

DISCUSSION ET CONCLUSION

CONCLUSION

A l'issue de cette période de 12 mois d'accompagnement, il apparaît incontestablement que des gains significatifs ont été obtenus grâce à l'activation des différents leviers par les Centres. Quel que soit le levier retenu, à l'exception de ceux sur les ratios de personnel et les modes de rémunération, qui ont été peu ou pas activés, les Centres qui s'engagent résolument dans la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration parviennent à des résultats.

En revanche, les leviers avec les plus fortes marges de progression ne sont pas les mêmes d'un Centre à l'autre. En effet, les contraintes rencontrées n'ont pas le même poids pour les Centres de Santé municipaux et associatifs, tandis que les différents leviers d'action ne présentent pas toujours le même potentiel pour ces deux types de structures. Il en va de même selon la localisation du Centre, sa taille, la diversité de l'offre de soins, etc.

Ainsi, est-il important que chaque Centre prenne d'abord le temps d'identifier parmi les différents leviers lesquels présentent le meilleur potentiel d'efficacité et de faisabilité. Le ciblage des efforts sur les leviers à fort potentiel, à travers un nombre restreint d'actions et d'indicateurs, est le chemin le plus pragmatique pour parvenir à une amélioration. La mise en œuvre de ces indicateurs – trop peu utilisés par les centres – et leur utilisation à des fins de prise de décision prend nécessairement du temps.

La mise en œuvre des transformations préconisées représente un coût financier et prend du temps. En l'état actuel des choses, la poursuite de l'activité des Centres repose, pour un grand nombre d'entre eux, sur l'existence d'une subvention d'équilibre. Ces subventions ne doivent pas se limiter à couvrir des dépenses courantes mais à permettre également de mettre en place progressivement une gestion efficiente.

Afin que cette démarche, qui a bénéficié à 30 centres de la petite couronne, profite à l'ensemble des centres de santé d'Ile-de-France qui le nécessite, les indicateurs seront proposés sous forme d'une boîte à outils. La mise à disposition de cette boîte à outil sur le site de l'ARSIF entend faciliter la mise en œuvre de démarche de pilotage par la performance au sein des Centres de santé et permettre à ces derniers de disposer d'outils à l'efficacité éprouvée pour améliorer leur gestion. La boîte à outils propose ainsi une batterie d'outils « prêts à l'emploi » pour faciliter la gestion des centres de santé et mettre en place des indicateurs de suivi de l'organisation et de la performance.

Dans la même logique, il a été décidé d'ouvrir aux centres de santé des possibilités de soutien dans leurs démarches d'amélioration de leur organisation et leur viabilité économique pouvant éventuellement s'appuyer sur le Fond d'Intervention Régional. En ce sens, un cahier des charges régional sera prochainement publié et proposera cet accompagnement aux centres de santé médicaux ou polyvalents.

ANNEXES

Liste des annexes

- ❖ ANNEXE I : Modèle de Plan d'Actions portant sur le Levier n°1 « Maîtrise du taux de non venue »
- ❖ ANNEXE II : Modèle de grille de recueil des données pour le 3^{ème} trimestre 2013
- ❖ ANNEXE III : Modèle de support d'échanges pour les visites de suivi intermédiaire
- ❖ ANNEXE IV : Modèle de la fiche de synthèse fournie aux Centres suite à la visite de suivi intermédiaire
- ❖ ANNEXE V : Onglet « Menu » de l'outil d'aide au calcul des indicateurs du projet
- ❖ ANNEXE VI : Extraction du guide de Mise en place des indicateurs de performance comptable, Levier n°1 « Maîtrise du taux de non-venue »
- ❖ ANNEXE VII : Extraction de la fiche pratique « Amélioration du codage des actes techniques »
- ❖ ANNEXE VIII : Extraction de la fiche pratique d'aide à la mise en place de l'option de coordination médical
- ❖ ANNEXE IX : Extraction de la fiche pratique d'aide à la mise en place de l'option de coordination des soins infirmiers.

**ANNEXE I : Modèle de Plan d'Actions portant sur le Levier n°1
« Maîtrise du taux de non venue »**




ARS Ile-de-France

Accompagnement des Centres de Santé, dans
l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité
économique

Leviers et Plans d'actions



Plan d'action à 3 ans, issu du diagnostic partagé avec l'équipe de direction du Centre de Santé
Leviers retenus et Gains attendus



Leviers	Gains attendus (en k€)		
	2013	2014	2015
• Taux de non-venue des patients / nombre réel de patients vus à l'heure			
• Optimisation du codage au médical			
• Taux d'occupation des cabinets médicaux – Amplitude horaire			
• Optimisation des résultats d'imagerie			
• Optimisation des résultats en dentaire et organisation du service			
• Impayés patients et organismes / coût du tiers-payant			
• Subventions pour les prélèvements			
• Option de coordination			
• Achats			
• Ratios de personnels			
• Modes de rémunération			
TOTAL			

L'amélioration de la marge brute pourrait être d'environ XXX k€, à trois ans.

ARS Ile-de-France Centres de Santé © Referis 2013 – Tous droits réservés 2

LEVIER 1 : Réduction du taux de non-venue des patients

Les Actions

- **Action 1** → Décrire le processus de prise de RV et de validation de la venue des patients ? Externalisation du processus ?
- **Action 2** → Extraire le taux de non venue (RV non honorés par les patients)
- **Action 3** → Prendre connaissance des supports d'aide à la décision remis aux agents d'accueil / recenser les besoins
- **Action 4** → Observer l'organisation mise en place pour la prise de RV / pour l'annulation des RV / pour la validation des RV
- **Action 5** → Suivre l'évolution des indicateurs
 - extraire le taux de décroché (dans la mesure du possible)
 - adéquation nombre de passages / nombre de patients présents (validés)
- **Action 6** → Proposer des améliorations de pratiques
 - Spécificités des médecins
 - Relances SMS
 - Professionnalisation de la prise de RV (déroulé d'entretien)
- **Action 7** → Accompagner les changements de pratique

LEVIER 1 : Réduction du taux de non-venue des patients

Planning de mise en œuvre

Intitulé chantier :-		Décrire le processus de prise de RV		Pilote :			
Objectifs intermédiaires du chantier		Résultats attendus					
		Indicateurs	Valeur initiale	Valeur cible			
		- % RV non honorés - Taux de décroché		Selon plan d'action à 3 ans			
Actions	Référent	T3 2013	T4 2013	T1 2014	T2 2014		
Décrire les supports remis aux agents pour répondre à une demande de RV	CdS						
Observer la réponse à une demande de RV et les éventuels besoins d'informations complémentaires sur les spécificités des praticiens	Consultant						
Décrire l'organisation du Bureau de Prise de RV (bureau et équipes distincts ?)	CdS						
Extraire le taux de décroché de l'autocom du CdS	CdS						
Préciser les modalités d'annulation d'un RV (ligne dédiée, mail...)	CdS						
Décrire les modalités de confirmation de RV (SMS...)	CdS						
Décrire le processus de validation de la présence d'un patient	CdS						
Vérifier l'adéquation nombre d'actes / nombre de patients validés	CdS / Consultant						

LEVIER 1 : Réduction du taux de non-venue des patients

Suivi des indicateurs

Indicateurs	Valeurs de l'indicateurs					
	Base 0 (données initiales)	2013			2014	Cible à 3 ans
		T2	T3	T4	T1	
• Taux de décrochés	%	%	%	%	%	90%
• Nombre de RDV pris (1)						
• Nombre de passages (2)						
• Nombre de consultations sans RDV (3)						
• Taux de non-venue $((1) - (2) + (3)) / (1)$	%	%	%	%	%	10%

ANNEXE II : Modèle de grille de recueil des données pour le 3^{ème} trimestre 2013

Accompagnement des centres de santé d'Ile de France dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique

Recueil de données - 3ème trimestre 2013

Etablissement :

Date :

1. Données générales d'activité

Horaires d'ouverture du centre de santé

	Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Samedi		Jours fériés	
Matin	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
Après midi	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00

Nombre de cabinets médicaux

Multi discipline :

Spécialisé : cf. annexe 1

2. Patientèle

(renseignez les champs ci-dessous avec les données trimestrielles 2013)

	T1	T2	T3
Taux de décrochés			
Nombre de rendez-vous			
Nombre passages			
Nombre de patients			
Nombre de nouveaux patients			
Nombre de patients ayant un médecin traitant dans le centre			
Nombre d'adhésion à l'option de coordination			
Nombre de renouvellement de l'option de coordination			

3. Valorisation des activités

cf. annexe 1

4. Ressources humaines

<u>Masse salariale médicale depuis le 1er janvier 2013</u>	
Médecine générale	
Spécialités	
Dentaire	
Imagerie	
<u>Masse salariale non médicale depuis le 1er janvier 2013</u>	
Equipe dédiée au 1/3 payant	
<u>Nombre de vacation hebdomadaires par praticien</u>	<u>cf. annexe 1</u>

5. Finances

<u>Montant des impayés</u>	
Montant des impayés organismes depuis le 1er janvier 2013	

Montant des impayés patient depuis le 1er janvier 2013	
--	--

<u>Montant des achats depuis le 1er janvier 2013</u>			
	T1	T2	T3
TOTAL			
Médecine générale			
Spécialités			
Dentaire (soins + prothèses)			
Imagerie			

<u>Chiffre d'affaire trimestriel 2013</u>			
	T1	T2	T3
TOTAL			
Médecine générale			
Spécialités			
Dentaire (soins + prothèses)			
Imagerie			

6. Annexe 1

<u>Spécialité</u>	<u>Nombre de cabinets médicaux spécialisés</u>	<u>Nombre d'actes</u>	<u>Montant total des recettes</u>	<u>Nombre d'actes CCAM</u>	<u>Montant des recettes relatives aux actes CCAM</u>
Médecine générale					
Angiologie					
Allergologie					
Cardiologie					
Dermatologie					
Endocrinologie					
Gastro-entérologie					
Gynécologie					
Médecine du sport					
Neurologie					
Ophtalmologie					
ORL					
Pédiatrie					
Pneumologie					

Psychiatrie					
Rhumatologie					
Urologie					
Consultations sans RV					
Kinésithérapie					
Orthophonie					
Orthoptie					
Soins infirmiers					
Prélèvements*					
Laboratoire					
Imagerie :					
Dentaire :					

ANNEXE III : Modèle de support d'échanges pour les visites de suivi intermédiaire

Accompagnement des centres de santé d'Ile de France dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique		
Etablissement :		
	LEVIER	COMMENTAIRE
Organisation		
Venue des patients	Utilisation de support par les agents pour répondre à une demande de rendez vous	
	Qualité de l'accueil : informations fournies, cordialité, etc.	
	Organisation du bureau de prise de rendez vous	
	Modalités d'annulation d'un RDV par le patient (ligne dédiée, mail, etc.)	
	Modalités de confirmation d'un rendez vous de patient (SMS, etc.)	
	Processus de validation de la présence d'un patient	
Valorisation de l'activité	Utilisation de support/ thesaurus des actes CCAM par les agents	
	Automatisation de la saisie des actes	
Occupation des cabinets médicaux	Evolution de l'amplitude horaire des cabinets médicaux et/ou des plages de consultation offertes	
	Mise en œuvre des décrets de compétence	
Optimisation des résultats d'imagerie	Degré d'adressage en interne des patients pour l'imagerie	
	Organisation générale du service d'imagerie	
Optimisation des résultats du dentaire	Organisation générale du service de dentaire	
	Evolution de l'amplitude horaire des cabinets dentaires et/ou optimisation de l'occupation des fauteuils	

ANNEXE IV : Modèle de la fiche de synthèse fournie aux Centres suite à la visite de suivi intermédiaire

Nom du Centre		Referis	
<ul style="list-style-type: none"> • Département : • Statut : • Directeur : • Médecin Chef : 	<ul style="list-style-type: none"> • Localité : • Gestionnaire : 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecine générale • ORL • Dermatologie • Gynécologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Gastro-entérologie • Tabacologie • Psychologie • Phlébologie • Cardiologie • Ophtalmologie • Dentaire
Actions engagées	Indicateurs	Marges d'amélioration	
Venue des patients <ul style="list-style-type: none"> • Central téléphonique externalisé (8h-20h) et relance SMS • Changement de logiciel de gestion administrative (Elisa Info Santé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de décroché > 90% • Taux de non-venues : 15% → 10% 		
Codage de l'activité médicale <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation des médecins au codage en dermatologie • Codage des actes infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de C2 : +12% • + 85 actes IDE CCAM 	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le codage en gynécologie 	
Occupation des cabinets médicaux <ul style="list-style-type: none"> • Recherche de Dermatologue/Gynécologue pour occuper les vacances disponibles • Projet de recrutement de SF pour 5 vacances (Consultation de tabacologie, nutrition, 1ere arrivée dans la structure) 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'occupation : <ul style="list-style-type: none"> • Dermato : 58% → 80% • Gynéco : 18% → 54% 	<ul style="list-style-type: none"> • Lister les spécialités compatibles avec les locaux et créneaux disponibles et mettre en place des vraies actions de recrutement 	
Impayés <ul style="list-style-type: none"> • Participation de la secrétaire à l'atelier « rejet et facturation » de l'ARS 	<ul style="list-style-type: none"> • Montant des impayés sécurité sociale 2013 : 40k€ 	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau logiciel permettant l'affichage du code rejet de la CNAM et donc un meilleur suivi <i>en novembre 2013</i> • Logiciel CPAM de visibilité des droits patients 	
Achats <ul style="list-style-type: none"> • Adhésion à une centrale d'achat DEM • Uniformisation des achats 	<ul style="list-style-type: none"> • Gain de 13% sur le matériel médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le respect des prix négociés avec la centrale d'achat 	
Subvention de prélèvements		<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser un AO pour l'externalisation des prélèvements avec subvention (appui sur la centrale d'achat?) 	

ANNEXE V : Onglet « Menu » de l'outil d'aide au calcul des indicateurs du projet

ARS Ile de France
Outil d'aide au calcul d'indicateurs d'activité à destination des Centres de Santé polyvalents

Présentation du document

** L'ARS Ile de France, en partenariat avec le Comité Interministériel des Villes (CIV), a engagé en 2012 une mission d'accompagnement des centres de santé de la petite couronne pour améliorer leur organisation et sécuriser leur pérennisation.

** L'action a porté sur 30 centres regroupés dans les trois départements des Hauts de Seine, de la Seine Saint-Denis et du Val de Marne, visant à :

- soutenir individuellement et de façon pragmatique les centres en dégageant des préconisations d'évolutions susceptibles de favoriser leur viabilité économique,
- élaborer une boîte à outils sur laquelle les centres pourraient s'appuyer pour améliorer leur fonctionnement et leur organisation.

** Onze bonnes pratiques ont été identifiées pendant l'étude qui sont considérées comme autant de leviers pour améliorer l'équilibre économique des centres.

Objectifs du document

** Un des constats à l'issu du troisième trimestre 2013 a porté sur les difficultés à mettre en œuvre de systèmes d'informations et qui se traduisent par un faible suivi des actions par des indicateurs quantitatifs et réguliers.

- [\(1\) Maîtrise du taux de non-venue des patients](#)
- [\(2\) Optimisation du Codage](#)
- [\(3\) Amélioration du taux d'occupation](#)
- [\(4\) Optimisation du service dentaire](#)
- [\(5\) Optimisation du service imagerie](#)
- [\(6\) Mise en place de l'option de coordination](#)
- [\(7\) Réduction du coût lié à la gestion du Tiers Payant](#)
- [\(8\) Maîtrise des ratios de personnels](#)
- [\(9\) Amélioration des achats](#)

Cliquez sur les titres pour accéder aux onglets

Méthodologie

** Dans chacun des onglets, les cellules "orange" sont à renseigner avec les valeurs annuelles (ou hebdomadaires lorsque la précision est indiquée) relatives au Centre de Santé

** Dans chacun des onglets, les cellules "gris clair" contiennent des formules de calcul automatique

** Dans chacun des onglets, les cellules "gris clair" contenant des montants en orange contiennent des formules de calcul automatique des gains possibles

10,00 €

Menu (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) ◀ ▶

ANNEXE VI : Extraction du guide de Mise en place des indicateurs de performance comptable, Levier n°1 « Maîtrise du taux de non-venue »




Mise en place d'indicateurs de performance comptables

ARS Ile de France

Accompagnement des Centres de Santé

14/01/2014





Contexte

- **L'ARS, en partenariat avec le Comité Interministériel des Villes (CIV), a engagé en 2012 une mission d'accompagnement des centres de santé de la petite couronne pour améliorer leur organisation et sécuriser leur pérennisation.**
- **L'action a porté sur 30 centres regroupés dans les trois départements des Hauts de Seine, de la Seine Saint-Denis et du Val de Marne, visant à :**
 - soutenir individuellement et de façon pragmatique les centres en dégagant des préconisations d'évolutions susceptibles de favoriser leur viabilité économique,
 - élaborer une boîte à outils sur laquelle les centres pourraient s'appuyer pour améliorer leur fonctionnement et leur organisation.
- **Onze bonnes pratiques ont été identifiées pendant l'étude qui sont considérées comme autant de leviers pour améliorer l'équilibre économique des centres. La mise en place d'indicateurs de suivi est ici proposée pour neuf leviers.**

ARS Ile de France © Referis 2013 – Tous droits réservés 2

- Les difficultés liées au fonctionnement des systèmes d'informations peuvent engendrer un suivi insuffisant des actions par des indicateurs quantitatifs et réguliers
- Les neuf leviers, sur lesquels des améliorations relatives à la mise en place d'indicateurs de performance ont été identifiées, sont les suivants :
 - Maîtrise du taux de non venue des patients
 - Optimisation du codage des actes
 - Amélioration du taux d'occupation
 - Optimisation du service dentaire
 - Optimisation du service imagerie
 - Mise en place de l'option de coordination
 - Réduction du coût lié à la gestion du Tiers Payant
 - Maitrise des ratios de personnel
 - Optimisation des achats

- Les diapositives suivantes présentent, pour chacun de ces leviers :
 - Les prérequis pour la mise en place des indicateurs :
 - ✓ données nécessaires au calcul des indicateurs
 - ✓ requêtes à mettre en place sur la base de données
 - Les outils de calcul des indicateurs :
 - ✓ Les diapositives faisant référence à un onglet du fichier Excel « BAO - ARSIdF - Outil de calcul des indicateurs_2014 » sont marquées par l'indication suivante :

Tableur Excel : cf. onglet (1)

- Le carré dans le coin supérieur droit des diapositives indique la fonction du centre à laquelle s'adresse la diapositive

I Informatique	F Finance
G Gestion/ Administration	P Médical

1 Maîtrise du taux de non-venue des patients

G

- **Prérequis n°1 : données chiffrées nécessaires sur le nombre de rendez-vous honorés/non honorés/annulés**
- **En l'absence de données provenant du système d'information, créer un tableau de suivi dédié :**
 - Créer une ligne – avec un nouveau numéro qui s'incrémente – pour chacune des consultations planifiées ou sans rendez-vous (*les lignes restent présentes même en cas d'annulation*)
 - Renseigner l'identité du patient, la date de la consultation (prévue dans le cas de rendez-vous planifiés et réelle dans le cas de consultation sans rendez-vous), l'heure de la consultation, la spécialité, l'identité du praticien et le critère « avec ou sans rendez-vous »
 - Renseigner le statut de la dernière colonne lorsqu'il s'agit d'une consultation programmée
 - Les dates de création de lignes et de modification du statut sont gardées en mémoire par le système comme attribut du numéro de consultation.

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	N°	Identité du patient	Date de consultation	Heure de consultation	Spécialité	Identité du praticien	Consultation sans rdv	Statut
2	1	Prénom Nom	24/03/2014	10:00	Médecine générale	Dr Prénom Nom	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	2	Prénom1 Nom1	24/03/2014	10:30	Médecine générale	Dr PrénomX NomX	<input type="checkbox"/>	
4	3						<input type="checkbox"/>	Honoré
5	4							Non honoré
								Annulé

1 Maîtrise du taux de non-venue des patients

I

- **Prérequis n°2 : requêtes nécessaires au calcul des indicateurs (entre deux dates saisies par le requêteur) :**
 - Requête sur l'ensemble des consultations : **Nombre de consultations par statut**
 - ✓ Par spécialité, calculer les nombres totaux de:

Spécialité	Nb de RDV planifiés honorés	Nb de consult* sans rdv	Nb de RDV annulés	Nb de RDV non honorés
Médecine générale	1200	300	110	100

 - Rendez-vous planifiés honorés
 - Consultations sans rendez-vous
 - Rendez-vous annulés
 - Rendez-vous non-honorés
 - Requête sur la prise de rendez-vous : **Ouverture des plannings**
 - ✓ Par spécialité, pour toutes les consultations avec rendez-vous, calculer la différence entre la date de rendez-vous et la date de création de la ligne de rendez-vous enregistrée par le système.
 - ✓ Par tranche (>3 mois, > 2 mois, > 1 mois, > 15 jours, > 1 semaine, > 3 jours), calculer les nombres de rendez-vous honorés, non honorés et annulés.
 - Requête sur les rendez-vous annulés : **Délai moyen d'annulation**
 - ✓ Par spécialité, pour toutes les consultations dont le statut est « annulé » calculer la différence entre la date de rendez-vous et la date de sélection du statut « annulé » enregistrée par le système.
 - ✓ Diviser la somme de ces durées en jours, par le nombre de consultations dont le statut est « annulé ».
 - Requête sur les rendez-vous réattribués : **% de rendez-vous annulés et réattribués**
 - ✓ Par spécialité, calculer le nombre de consultations « doublon » (même date, même heure)
 - ✓ Diviser ce nombre par le nombre de consultations dont le statut est « annulé »

1 Maîtrise du taux de non-venue des patients

Tableur Excel : cf. onglet (1)

G

■ Calcul du gain cible lié à l'amélioration du taux de non venue

- Renseigner les cellules orange à partir des données issues des trois requêtes précédentes
- Renseigner le chiffre d'affaire par spécialité, sur la période concernée
- Les valeurs des cellules « grises » sont calculées automatiquement
- Le gain cible se calcule automatiquement

Maîtrise du taux de non venue													Somme des gains possibles	
Spécialité	Nb de RDV planifiés honorés	Nb de consult* sans rdv	Nb de RDV annulés	Nb de RDV non honorés	Nb de RDV réalisés	% de RDV annulés	Délai moyen d'annulation (en j)	% de RDV réattribués	% de RDV non honorés	CA de la spécialité (€)	Ecart par rapport à 90%	Gain d'activité possible	82 907,80 €	
Médecine générale	1200	300	110	100	1500	8%	4	20%	7%	100 000,00 €	83%	82 907,80 €		
					0	0%	-	0%	0%		90%	0,00 €		
					0	0%	-	0%	0%		90%	0,00 €		
					0	0%	-	0%	0%		90%	0,00 €		
					0	0%	-	0%	0%		90%	0,00 €		
					0	0%	-	0%	0%		90%	0,00 €		
					0	0%	-	0%	0%		90%	0,00 €		
					0	0%	-	0%	0%		90%	0,00 €		
					0	0%	-	0%	0%		90%	0,00 €		

ANNEXE VII : Extraction de la fiche pratique « Amélioration du codage des actes techniques »

Fiche Pratique – Amélioration du codage des actes techniques

Déroulement du projet

- **Le référentiel CCAM**

La première difficulté a été d'appréhender le référentiel, extrêmement long et volumineux pris dans son intégralité.

Après quelques recherches, nous avons utilisé l'outil proposé par le site Ameli.fr qui recense les actes par spécialité les plus couramment utilisés. Ceci permet de faire l'économie du nombre important d'actes extrêmement techniques et relevant du secteur hospitalier.

- **Sollicitation des médecins**

Chaque début d'année, la direction adresse aux médecins un récapitulatif du nombre d'actes, de patients reçus, des recettes, en valeur absolue et par heure médicale réalisée. Ceci permet à chacun de situer sa pratique.

Depuis 2013, nous précisons également le taux d'actes codifiés en CCAM. Nous avons proposé aux médecins d'établir un pourcentage cible de recours à la CCAM par spécialité. La démarche n'est pas contraignante : elle est d'inviter les praticiens à observer leur pratique et d'envisager avec eux comment valoriser leurs actes.


La mise à jour des actes s'est donc inscrite assez naturellement dans cette perspective pour les praticiens, qui se sont tous investis favorablement.

- **Le retour des médecins**

Le retour des médecins a été très profitable à plusieurs titres :

- o D'une part, l'étude des listes d'actes a permis un dialogue entre les praticiens de même spécialité : sur la manière de codifier, de considérer différents actes, de possibilité d'effectuer tel ou tel acte...
- o D'autre part, il a permis d'étudier un recours à la CCAM fin : lorsqu'un acte est faisable mais peu intéressant financièrement par rapport à la codification en NGAP, nous avons proposé de codifier ces actes uniquement dans le cas où ils peuvent être associés à un autre acte CCAM.
- o Enfin, certains praticiens ont pu signaler une demande d'acquisition de matériel afin de réaliser tel ou tel acte. Au-delà de l'aspect financier, ceci permet aussi d'ouvrir notre panel d'actes proposés.

ANNEXE VIII : Extraction de la fiche pratique d'aide à la mise en place de l'option de coordination des soins médicaux



Création par : L.PANTANI - Referis Date : 11/02/2014	N° de version : 0 Date : 11/02/2014
Validation par Date :	Validation par Date :
Nombre de pages : 6	Mots clé : Option de Coordination

Fiche pratique d'aide à la mise en place de l'option de coordination des soins médicaux

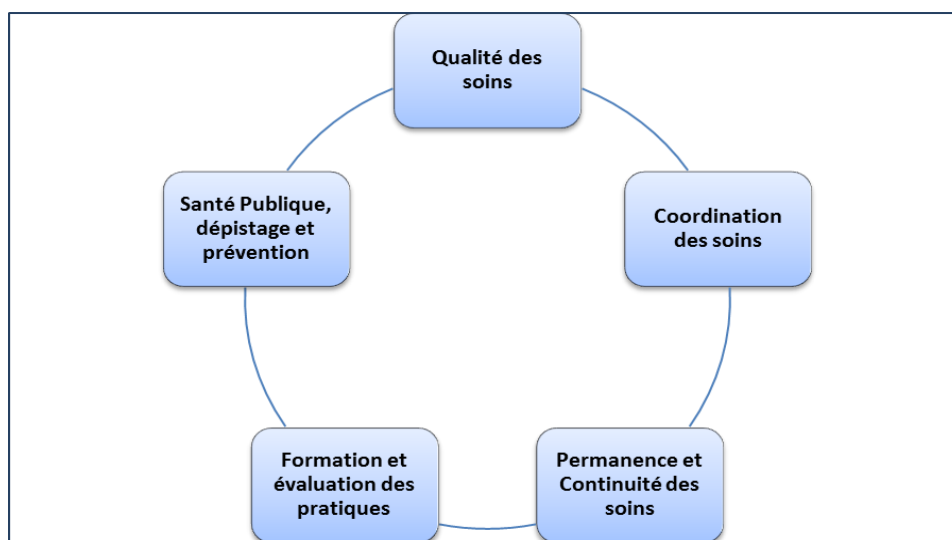
Objectifs de la procédure

- Définir les engagements du Centre de Santé optant
- Décrire de manière pratique les étapes de mise en place de l'option de coordination
- Décrire la contrepartie financière versée au Centre de Santé optant

Engagements du Centre de Santé optant

[L'accord national de 2003](#), destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie, propose aux centres intéressés par la démarche de souscrire à une option de coordination.

Les conditions d'organisation et de coordination des soins relèvent de la responsabilité du gestionnaire du centre de santé. Ce dernier doit s'assurer que les conditions pratiques d'organisation du centre permettent de respecter l'ensemble des dispositions énoncées ci-dessus ainsi que le cadre fixé par la charte d'organisation présentée en annexe.



Contrepartie financière versée au Centre de Santé optant

Le versement du forfait de coordination annuel par patient est de 46 euros et s'effectue par moitié au moment de l'adhésion du patient et par moitié à l'issue de la période d'un an à condition que celle-ci soit toujours effective à cette date.

Pour les années suivantes, le forfait est versé de manière identique en deux fois en renouvelant l'adhésion.

Procédure


Thème	Actions
Demande de dossier	Remplir le formulaire d'adhésion mis en annexe de l'accord national de 2003.
	Signer et faire signer le représentant de la commune.
	Envoyer le formulaire à la CPAM de la circonscription.
	Sans réponse de la CPAM dans les quinze jours qui suivent l'envoi, l'adhésion est réputée acquise.
Adhésion des patients	Préparer un document expliquant aux patients les droits et engagements relatifs à l'adhésion
	Se procurer les formulaires d'adhésion fournis par la CPAM.
	<ul style="list-style-type: none"> Pour les patients n'ayant pas choisi leur médecin traitant dans le centre : proposer au patient de choisir un médecin traitant dans le centre en expliquant la démarche et l'intérêt de l'adhésion et définir le nom de ce médecin. Pour les patients ayant un médecin traitant dans le centre : expliquer les intérêts de l'adhésion, permettant ainsi un financement de la coordination entre les différents praticiens.
	Faire signer trois exemplaires du formulaire au patient adhérent.
	Apposer le nom du médecin coordonnateur et faire signer le dossier d'adhésion par un représentant du centre.
	Envoyer un exemplaire du formulaire à la CPAM, le premier envoi doit comporter 150 dossiers minimum. Il n'y a pas de règles pour les envois suivants.

Organisation de la coordination des soins	Mettre en place un dossier médical de synthèse incluant les informations générales relatives à l'état de santé du patient ainsi que des informations sur ses vaccinations, sa situation par rapport au dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables et les ALD le cas échéant, décrites en annexe 1 .
	Organiser le partage et l'accessibilité de ce dossier entre les praticiens du centre (DPI, serveur partagé, fiche papier).
	Dans tous les cas engager une démarche d'informatisation du dossier patient dans le centre à court ou moyen terme.
Organisation de la permanence et continuité des soins	Permettre à tout adhérent à l'option de bénéficier de consultations médicales durant les heures d'ouverture du centre à chaque fois que son état le justifie (<i>Consultations à domicile par un médecin du centre ou redirection du patient vers un service extérieur</i>)
	Formaliser une communication de l'offre de soins interne et environnante de manière à assurer à tout adhérent à l'option une réponse adaptée à ses besoins pendant et en dehors des heures d'ouverture du centre et notamment les structures de garde et/ou d'urgence (<i>sur les ordonnances, affichage en salle d'attente et en extérieur, brochure d'information, répondeur téléphonique</i>)
Santé Publique, Dépistage et prévention	Organiser l'activité de manière à permettre la participation de l'équipe médicale à des actions de prévention et de dépistage (<i>exemples : Octobre Rose, campagne de vaccination gratuite, etc.</i>).
	Organiser l'activité de manière à permettre à tout adhérent de bénéficier des actions de prévention et de dépistage organisées par le centre à chaque fois que son état le justifie. La participation à ces actions fait l'objet d'un suivi personnalisé dans le dossier médical de synthèse.
Formation et évaluation des pratiques	S'assurer que les praticiens coordonnateurs participent au dispositif de Développement Professionnel Continu. Ce dispositif ayant remplacé la FPC (Formation Professionnelle Conventionnelle) et l'EPF (Évaluation des Pratiques Professionnelles) depuis 2013, l'engagement présenté dans l'article 6 de la charte d'organisation des Centres de Santé optant (Annexe 2 à l'accord national) se voit rempli par la bonne gestion interne du DPC.
	Organiser des réunions interprofessionnelles au sein du Centre de Santé sur des thèmes relatifs à la prévention, au dépistage et à la Santé Publique en général.
Réalisation du Rapport d'activité	Réaliser un rapport d'activité intégrant les informations de l' annexe 2 du présent document.
	Remplir le formulaire de déclaration du respect des engagements relatifs à l'option de coordination mis en annexe de l'accord national de 2003.
	Transmettre à la CPAM de la circonscription le rapport d'activité et le formulaire à l'issue d'une période de un an.
Renouvellement de la demande	Remplir le formulaire de demande de renouvellement de l'adhésion mis en annexe de l'accord national de 2003.

2/6

Fiche pratique d'aide à la mise en place de l'option de coordination des soins médicaux_V0

ANNEXE IX : Extraction de la fiche pratique d'aide à la mise en place de l'option de coordination des soins infirmiers



Création par : L.PANTANI - Referis Date : 11/02/2014	N° de version : 0 Date : 11/02/2014
Validation par Date :	Validation par Date :
Nombre de pages : 6	Mots clé : Option de Coordination

Fiche pratique d'aide à la mise en place de l'option de coordination des soins infirmiers

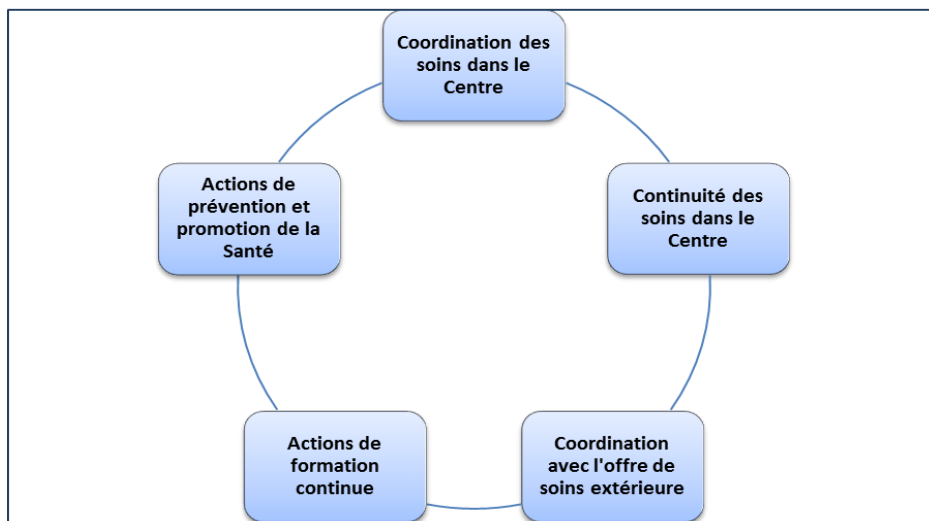
Objectifs de la procédure

- Définir les engagements du Centre de Santé optant
- Décrire de manière pratique les étapes de mise en place de l'option de coordination
- Décrire la contrepartie financière versée au Centre de Santé optant

Engagements du Centre de Santé optant

Le centre de soins infirmiers est susceptible de mettre en place, du fait même de sa structure, une organisation spécifique capable d'assurer la permanence et la continuité des soins et de participer à des actions de prévention. Cette organisation doit apporter une réponse organisée à la demande de soins.

[L'accord national de 2003](#), destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie, propose aux centres intéressés par la démarche de souscrire à une option de coordination.



Contrepartie financière versée au Centre de Santé optant

Le versement du forfait de coordination s'effectue par moitié au moment de l'adhésion et par moitié à l'issue de la période d'un an après remise du formulaire de respect des engagements et du rapport d'activité.

Le montant de la subvention est calculé en fonction du nombre d'ETP de la dernière année civile connue de la manière suivante :

- Nombre d'ETP infirmiers < 4 : 7 622 euros.
- Nombre d'ETP infirmiers ≥ 4 et < 7 : 12 928 euros.
- Nombre d'ETP infirmiers ≥ 7 et < 10 : 16 160 euros.
- Nombre d'ETP infirmiers ≥ 10 : 19 391 euros.

Procédure



Thème	Actions
Demande de dossier	Remplir le formulaire d'adhésion mis en annexe de l'accord national de 2003.
	Signer et faire signer le représentant de la commune.
	Envoyer le formulaire à la CPAM de la circonscription.
	Sans réponse de la CPAM dans les quinze jours qui suivent l'envoi, l'adhésion est réputée acquise.
Organisation de la coordination des soins en interne	Formaliser un planning des soins programmés et non programmés des infirmières au sein du centre.
	Mettre en place un dossier patient comprenant les informations décrites en annexe 1 du présent document.
	Mettre en place une procédure de transmission des informations entre les infirmières grâce à une fiche détaillant l'activité pendant le temps de travail effectué.
	Organiser une réunion mensuelle avec l'ensemble de l'équipe.
Organisation de la continuité des soins en interne	Organiser la transmission des informations entre les infirmières et les autres intervenants du Centre de Santé avec un accès au dossier patient.
	Organiser des réunions médicales inter-disciplines (Staff) intégrant l'ensemble des disciplines du Centre de Santé.
	Formaliser une plaquette de présentation de l'offre de Soins du Centre de Santé avec les contacts des équipes de Soins Infirmiers.

	Mettre cette plaquette à disposition de la patientèle.
Organisation de la coordination avec l'offre de soins extérieure	Réaliser un répertoire de l'offre de soins de la circonscription contenant : <ul style="list-style-type: none"> • Le nom • Le statut • L'adresse • Un contact • Les horaires d'ouverture <i>La Commission Paritaire Régionale peut établir un état des lieux concernant l'offre de soins en vue d'établir des relations contractuelles entre les centres de santé optants et les établissements de soins.</i>
	Mettre en place au moins une convention avec une structure extérieure environnante sur reprenant à minima les informations de l'annexe 2 du présent document. <i>En cas d'impossibilité d'établir une relation contractuelle avec un établissement de soins de la circonscription considérée, la Commission Paritaire Régionale saisit officiellement les autorités de tutelle du problème considéré dans le mois suivant la sollicitation du centre de santé.</i>
Participation à des actions de formation continue	Organiser des actions de formations pour les infirmier(e)s à raison de 2 jours minimum par an. (<i>exemples : Inter-centre infirmier, CNFPT, Congrès des Centres de Santé, Instituts de Formation en Soins Infirmiers, etc.</i>)
Participation à des actions de prévention et promotion de la santé	Organiser au moins une action de prévention (<i>exemple : Octobre Rose</i>) et une action de promotion de la santé (<i>exemple : campagne de vaccination gratuite</i>).
Réalisation du Rapport d'activité	Réaliser un rapport d'activité intégrant les informations de l'annexe 3 du présent document.
	Remplir le formulaire de déclaration du respect des engagements relatifs à l'option de coordination mis en annexe de l'accord national de 2003.
	Transmettre à la CPAM de la circonscription le rapport d'activité et le formulaire à l'issue d'une période de un an.
Renouvellement de la demande	Remplir le formulaire de demande de renouvellement de l'adhésion mis en annexe de l'accord national de 2003.

2/6

Fiche pratique d'aide à la mise en place de l'option de coordination des soins infirmiers_V0

Agence régionale de santé Ile-de-France
35 rue de la gare – 75935 Paris cedex 19
ISBN : 978-2-36950-040-7
Dépôt légal : à parution
Septembre 2014

