

Pour un modèle économique performant des Centres de Santé et des préconisations pour leur viabilité

**Dr Youssef ERNEZ, Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Monastir et
d'HEC Paris
Nathalie NARP- L'HOSTIS, Directrice / CEO Pilar**

9 novembre 2015

La France possède un système de santé performant permettant un accès universel aux soins, qui fait que la quasi-totalité de la population française habite à moins de 15 minutes d'un médecin généraliste, d'un infirmier et d'un masseur-kinésithérapeute¹. Paradoxalement, la France fait partie des pays d'Europe où les écarts d'accessibilité aux soins sont les plus élevés.

Cet écart d'accessibilité est expliqué par des disparités d'accès aux soins en fonction du territoire pour les spécialités médicales et en fonction de la catégorie sociale qui peut entraîner un refus de soins des individus pour raisons financières.

Cette fragilisation de l'offre de soins et particulièrement celle des soins de 1^{er} recours a été accentuée par la désaffection croissante pour l'exercice libéral isolé chez les professionnels de santé (médecins, dentistes, infirmiers...).

Pourquoi s'intéresser aux centres de santé organisés sous forme d'exercice groupé ou collectif ?

C'est dans ce contexte de réflexion autour des soins primaires que les formes d'exercice groupé ou collectif s'imposent comme les éléments principaux d'un ensemble de solutions à déployer pour remédier à cette problématique profonde.

Ce mode d'exercice groupé est représenté par deux principaux types de structures qui sont les maisons et les centres de santé. Le présent article s'attache à ces derniers car ils ont été l'objet d'un travail de mémoire réalisé par le Dr Youssef Ernez à HEC Paris, sous la direction de Nathalie L'Hostis. Le titre original de cette recherche soutenue en juillet 2015 fut : « *Les structures d'exercice collectif et pluriprofessionnel. Quel modèle économique préconiser pour assurer la viabilité ? Cas particulier des centres de santé* ».

¹ INSEE. Offre de soins de premiers recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. 2012. Y. Ernez, N. Narp-L'Hostis, novembre 2015 : « *Pour un modèle économique performant des Centres de Santé et des préconisations pour leur viabilité* »

Les centres de santé constituent la forme la plus ancienne de l'exercice collectif et peuvent donc être considérés comme les pionniers de ce type d'organisation car leur existence date du XIX^{ème} siècle. Au nombre de 1 220 ² en France, ces structures sanitaires de proximité offrent des soins de premiers recours et des actions d'éducation thérapeutiques et d'intérêt général. Ils sont créés et gérés par des organismes tels que les associations, mutuelles, mairies, communes...qui emploient un personnel exclusivement salarié. Leur avantage « concurrentiel », qui les distingue des maisons de santé, réside dans la pratique de l'avance de frais et de tarifs maîtrisés (secteur 1) qui sont les éléments principaux de leur identité.

En favorisant l'accessibilité financière et géographique à l'offre de soins primaires, les centres de santé occupent une place importante dans le Système de Santé Français qui a été confirmée à plusieurs reprises aux plus hauts niveaux de l'Etat. En effet, la Ministre de la Santé Marisol Touraine a affirmé en Février 2013 et Février 2014: « *J'ai la conviction que les centres de santé sont l'une des réponses. Mon objectif est de déployer les actions confortant la place des centres de santé dans l'offre de soins* ».

Financés presque exclusivement par l'Assurance-Maladie à travers le remboursement des actes dispensés par leur personnel, les centres de santé sont caractérisés par une fragilité financière qui, en l'absence d'actions concrètes et rapides, rend le risque de leur disparition réel.

Une méthodologie fondée sur l'analyse de la performance économique réelle d'un échantillon de centres de santé

C'est cette problématique financière qui nous a amené à rédiger un mémoire sur les structures d'exercice groupé et à mettre l'accent sur les centres de santé. En effet, nous avons essayé, à travers ces travaux, d'approfondir la réflexion déjà initiée par différentes études sur le modèle économique des centres de santé décrit comme fragile.

Afin de répondre à cette problématique, nous avons commencé par un rappel de la notion de soins primaires puis un inventaire de l'offre de soins en France pour ainsi évaluer le poids du mode d'exercice collectif en France.

Nous nous sommes penchés par la suite sur la définition des centres et maisons de santé et une description détaillée de leur mode de fonctionnement.

Au delà de ces aspects théoriques, nous avons porté une attention particulière à l'analyse pratique du modèle économique des centres de santé à travers l'étude de plus de 170 rapports d'activités et de 23 comptes de résultat de structures répartis sur le territoire Français.

² IGAS. *Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*. Juillet 2013.

Y. Ernez, N. Narp-L'Hostis, novembre 2015 : « *Pour un modèle économique performant des Centres de Santé et des préconisations pour leur viabilité* »

Des résultats majoritairement déficitaires, tant en raison des charges que des recettes et de l'organisation

Nous apprenons à travers l'analyse de ces données, que sur un échantillon homogène de 118 centres, les recettes de ces centres varient entre 77 286 et 14 034 059 euros.

Par rapport aux résultats financiers de ces centres (Recettes – Dépenses), nous constatons que 73 de ces structures sur un total de 118 sont déficitaires (61%) avec un déficit qui varie entre -12 euros (0,001 % des recettes) et - 2 010 000 euros (18% des recettes) !

Les résultats négatifs de ces centres nous ont interpellés et ont justifié pleinement l'intérêt d'étudier de plus près le modèle économique de ces centres. Ainsi nous avons procédé, dans un premier temps, à une analyse de l'organisation de l'activité de ces centres pour essayer de comprendre leur gestion des ressources (ratio superficie/ETP, ETP dentistes/ Fauteuil dentaire, Nombre de praticiens/ETP : turnover, Personnel Administratif / Professionnels de santé) et identifier les facteurs aboutissant à ce déficit puis dans un deuxième temps, nous avons effectué une analyse approfondie de leur structure d'exploitation pour ainsi voir la cohérence entre les dépenses et les recettes, mettre en évidence les facteurs à l'origine de ces résultats négatifs et identifier les leviers qui permettront une amélioration de la situation.

Ainsi, nous apprenons que les charges élevées au niveau de ces centres sont constituées de charges salariales à raison de 70% à 80% et que ces charges ne sont pas couvertes par les ressources qui sont très insuffisantes de par la faiblesse des prix pratiqués (secteur 1) et le manque de subventions constantes et importantes. Ces contraintes concernent la plupart des centres. Elles sont à l'origine de cette situation économique intenable et laisse à penser que l'avenir de certains est « incertain ».

Des axes d'amélioration possibles, par des mesures opérationnelles et des actions stratégiques

Pourtant, certains centres mutualistes présentent une situation équilibrée voire excédentaire et sont la preuve que malgré les difficultés rencontrées par ce modèle, l'équilibre est atteignable avec la mise en place de certaines bonnes pratiques composées à la fois de leviers opérationnels et d'autres stratégiques.

Parmi les leviers opérationnels identifiés nous citerons:

- L'élargissement des horaires d'ouverture
- L'augmentation du taux d'occupation des cabinets et du taux de remplissage des plannings
- La délégation de tâches pour dégager plus de disponibilité aux médecins sur des actes à valeur ajoutée
- L'amélioration du coût du tiers payant et de la gestion des factures

Y. Erne, N. Narp-L'Hostis, novembre 2015 : « *Pour un modèle économique performant des Centres de Santé et des préconisations pour leur viabilité* »

Concernant les recommandations stratégiques, nous citerons:

- L'amélioration de la communication vers le grand public
- Le changement de modèle de management des ressources humaines (rémunération de la productivité)
- Un pilotage plus approfondi de l'activité avec l'utilisation d'outils simples et très efficaces comme les tableaux de bord, la réalisation d'un diagnostic territorial (analyse de l'offre et de la demande en soins) et l'utilisation d'un prototype économique (Business Plan) avant tout projet de création d'un nouveau centre
- L'application de la Balanced Score Card Review

L'application de ce type de recommandations devrait permettre l'amélioration de la situation des centres déficitaires et la consolidation de celle des centres bénéficiaires.

Un nécessaire soutien de la part des tutelles et des mécanismes de régulation

Les leviers économiques proposés ne suffiront certes pas à répondre de manière efficace et durable à la problématique profonde de l'incohérence entre les dépenses et les recettes. En effet, la nécessité de réduire les dépenses en contenant la rémunération des médecins, et l'augmentation du chiffre d'affaires à travers la hausse de la productivité de ces derniers, ne peut que fragiliser l'organisation des centres à plus long terme et entrainera à la longue le désengagement des médecins qui préféreront partir vers d'autres structures comme les maisons de santé.

Les recommandations émises dans ce mémoire doivent ainsi être complétées par des efforts importants des autorités de tutelles dans une logique de participation plus active à la pérennité du modèle économique de ces structures.

C'est dans ce contexte que des solutions telles que la réduction des charges salariales, l'augmentation des subventions et la revalorisation des actes... peuvent apporter une marge de manœuvre à ces structures. Cette marge de manœuvre donnera aux centres de santé les moyens nécessaires pour continuer à innover et à s'adapter aux besoins de la population.

Par ailleurs ces recommandations doivent être portées par des équipes de management qualifiées et dotées des outils nécessaires.

C'est dans ce contexte que les Agences Régionales de Santé se sont engagées en 2012³ au côté des gestionnaires des centres pour les accompagner dans l'optimisation de leurs organisations et les modalités de fonctionnement de leurs structures à travers la mise à disposition d'outils de gestion et de management.

Enfin, pour généraliser le déploiement de ces solutions il est nécessaire de se doter d'un organisme unificateur à l'échelle nationale.

³ ARS. Accompagnement des centres de sante, dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique. Octobre 2012.

Y. Ernez, N. Narp-L'Hostis, novembre 2015 : « *Pour un modèle économique performant des Centres de Santé et des préconisations pour leur viabilité* »

C'est en consolidant la situation économique de ces structures et en les développant à plus grande échelle que nous pourrons faire progresser leur poids au niveau de l'offre de soins nationale comme cela est le cas dans les autres pays européens : scandinave et anglo-saxons.

Les premières expériences en matière de soins de santé de premier recours, qui ont commencé depuis plusieurs années, sont arrivées à la conclusion que les structures d'exercice collectif sont la meilleure réponse aux attentes exprimées par les patients d'une part et celles des praticiens qui développent une crainte de l'isolement, particulièrement dans les zones rurales et souhaitent pratiquer une médecine coordonnée et partagée avec d'autres professionnels dans le cadre de structures d'exercice collectif. C'est dans ce sens que la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), par la voix de son président le docteur Michel Chassang, considère qu' « *un médecin sur deux est isolé dans son cabinet. Cet isolement n'est ni bon pour lui, ni pour les patients qui font souvent des kilomètres pour se soigner [...] Il faut inventer un modèle économique. Le médecin responsable du cabinet doit devenir un chef d'entreprise. La médecine de ville doit passer du stade artisanal au stade entrepreneurial* ».

Pour toute demande ou contact :
nathalie.lhostis@pilar-institute.com