



Elements financiers – équipes en maisons, pôles et centres de santé en quartiers populaires

Contexte

En 2011, il a semblé intéressant à l'ACSBE¹, alors en montage de projet de centre de santé associatif, d'échanger avec d'autres acteurs de quartiers populaires sur les questions de soins de proximité et de santé. Une rencontre en mars 2011 à St Denis a été suivie par une rencontre à Lille² en octobre 2012. Ces rencontres ont été cofinancées notamment par l'Acisé.

Les *objectifs de ces échanges* étaient de mettre en lumière les approches, les préalables, les éléments structurants mais aussi les difficultés (...) de l'exercice regroupé pluriprofessionnel (maisons, pôle et centres de santé) dans ces quartiers. Il était également essentiel de mettre en exergue des modes d'exercice de soins primaires en phase avec les problématiques de santé et les situations sociales des habitants des quartiers.

L'ACSBE a souhaité poursuivre en 2013 les échanges en organisant (toujours avec le soutien de l'Acisé) des ateliers de renforcement des équipes en montage ou en activité en maison, pôle ou centre de santé. Un atelier a été co-organisé et animé par l'équipe du pôle de santé de Chambéry Nord³ dans les locaux de l'ACSBE les 8 et 9 novembre avec une quinzaine de participants sur l'éducation thérapeutique en milieu populaire.

Un autre atelier a été organisé les 6 et 7 décembre. 25 professionnels ont participé à cet atelier. Ce document présente la synthèse des travaux et discussions de cet atelier, qui a été présentée aux participants et validée par eux.

1- Analyse comparative des budgets MSP et CDS

Il est important de souligner que les budgets sont structurellement différents entre les centres de santé et les maisons de santé : les honoraires liés aux consultations sont directement perçus par les professionnels sous statut libéral.

Afin de faire une réelle comparaison il faudrait réintroduire les produits liés aux consultations et en contrepartie les revenus des professionnels de santé libéraux.

Nous avons travaillé sur la base d'une structure fictive avec :

- *1 coordinateur administratif, 4 médecins généralistes, 1 secrétaire médicale/accueil, 3 IDE, 1 intervenant social (tous en ETP)*
- *Des intervenants extérieurs : 1 psychologue, 1 diététicien*
- *Des activités de soins*
- *Des activités hors soins : ETP, ateliers de sensibilisation/prévention santé, ateliers cuisine*
- *Le site est en ENMR 1 et 2*

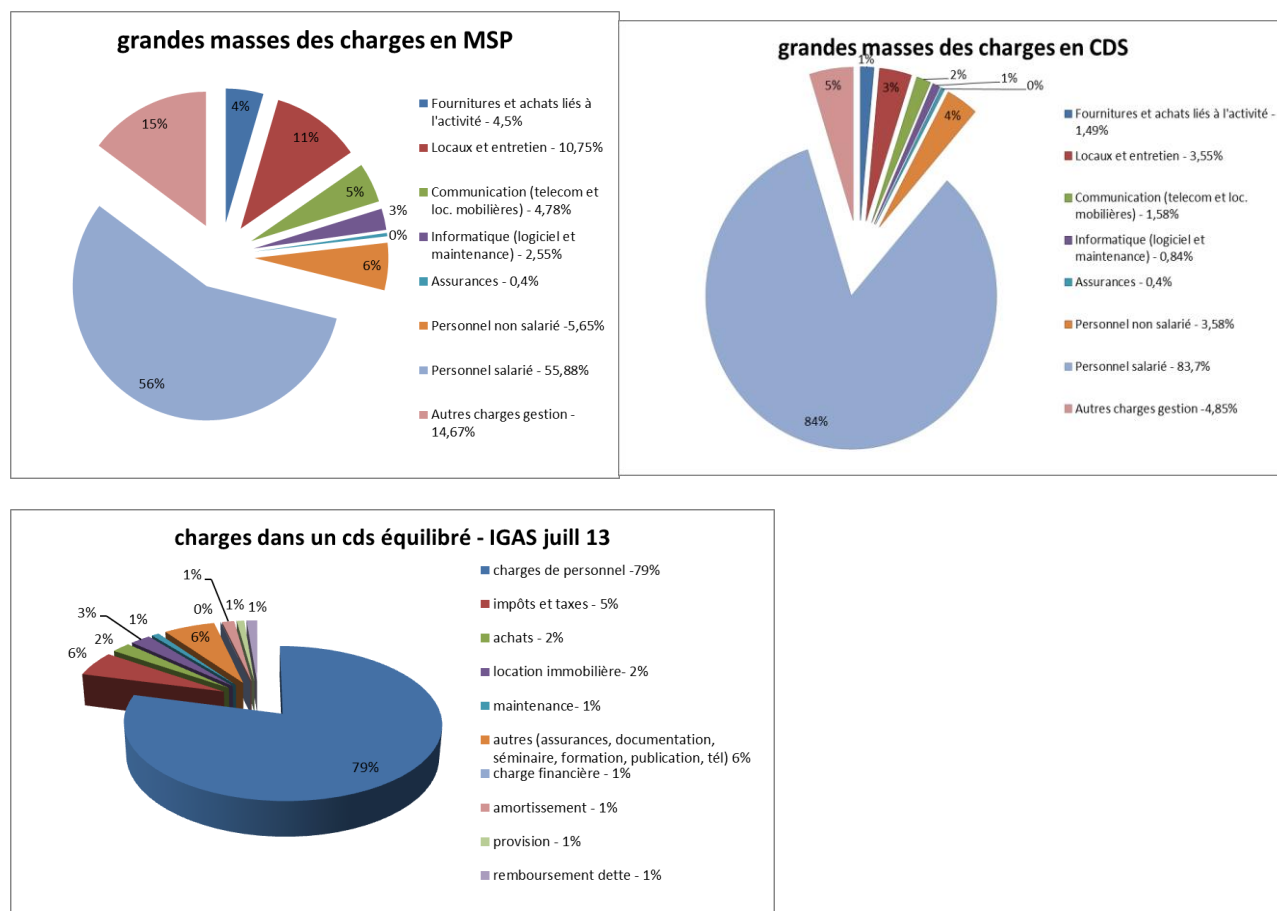
¹Association communautaire santé bien être – Saint Denis - <http://acsbe.asso.fr/>

² Co organisée avec la Maison Dispersée de Lille

³ Jean Louis Corrèa (mg) et Julie Cachard (diététicienne)

Synthèse - Atelier autour des éléments financiers et structures
Maisons, pôles et centres de santé en quartier populaire- 6 et 7 décembre 2013 - Saint Denis

En ce qui concerne les charges :



Les charges les plus importantes sont les charges liées au personnel, même en MSP où les revenus des libéraux ne sont pas intégrés.

Dans le modèle proposé par l'IGAS les charges de personnel sont moindres. Mais dans notre exemple nous avons prévu un temps plein de coordination pour une équipe de 9 personnes.

Dans un projet de MSP une étape incontournable est celle de la négociation des charges qu'on accepte de mutualiser : Loyers / remboursements de prêts (mobilier et immobilier) ; fournitures administratives, médicales, hygiène, documentation ; service informatique : logiciel, matériel ; services : secrétariat, accueil, comptable ; interventions d'autres personnels (non pris en charge par la sécurité sociale) comme diététicienne, psychologue, travailleur social, médiateur...

Cette répartition des charges se fait sur des clés qui peuvent être liées au temps de présence, l'utilisation du service, l'utilisation de la surface, le chiffre d'affaire...

→ *Quel que soit le type de structure, MSP ou CDS, différentes modalités de rétribution sont possibles pour les psychologues, diététiciens, podologues ou tout autre intervenant paramédical, mais aussi les médecins remplaçants*

**Synthèse - Atelier autour des éléments financiers et structures
Maisons, pôles et centres de santé en quartier populaire- 6 et 7 décembre 2013 - Saint Denis**

Par la structure (CDS ou MSP) ou l'équipe (MSP) sous forme de salariat, prestation de service sur facture, convention partenariale...

Par l'usager sous forme de paiement à l'acte.

→ Dans un centre de santé les médecins peuvent avoir un salaire indexé aux actes.

→ Concernant les locaux

Il peut s'agir de locaux en location à un bailleur privé ou public mais aussi d'un achat avec remboursement de prêt. Dans le cas d'une MSP, une SCI sera constitué pour permettre le remboursement du prêt.

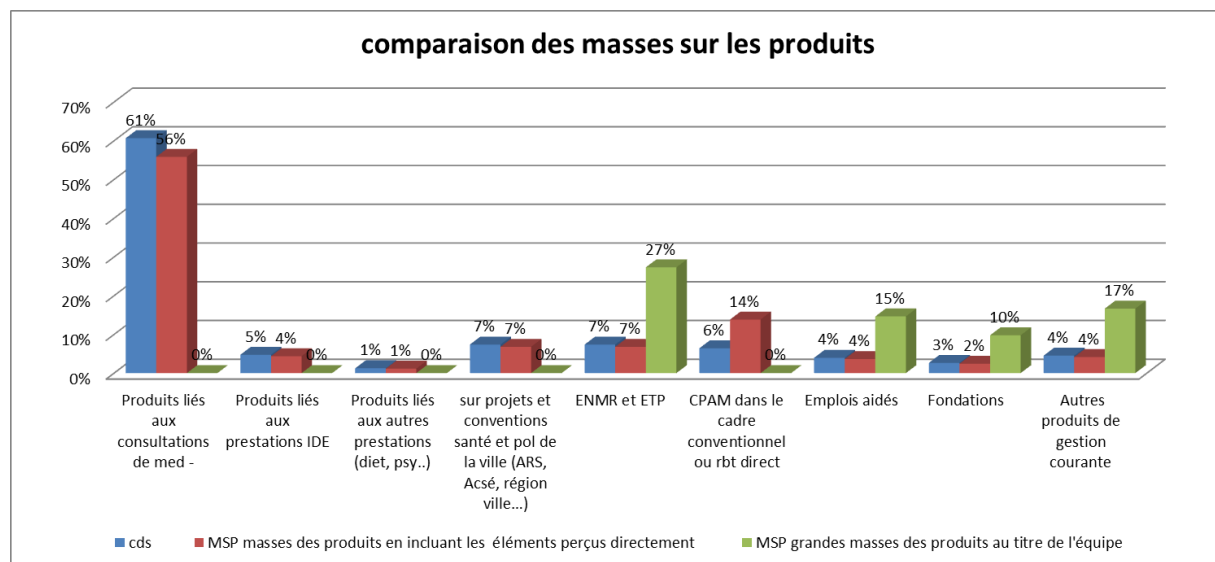
Que ce soit une location ou un achat de locaux des investissements (travaux et achat de matériel) peuvent aussi se faire sur emprunt.

Il faut penser à provisionner l'entretien du matériel et des locaux, réparation et rachat de mobilier

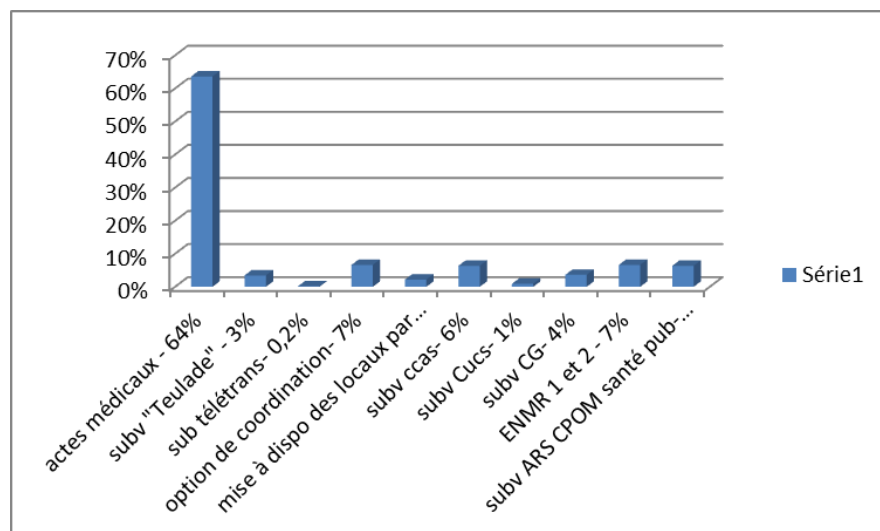
→ Assurances

Sur les aspects médicaux tous les professionnels sont tenus d'avoir une assurance propre et pour les CDS une assurance au titre d'effecteur de soins.

En ce qui concerne les produits :



L'équilibre proposé par l'IGAS pour les CDS



Si l'on prend en compte les produits une fois réintégrés les ressources liés aux actes, ceux liés aux consultations médicales sont entre 61% pour les CDS et 56% pour les MSP et celles liées aux cadres conventionnels avec la CPAM ou remboursement direct aux libéraux sont entre 6% pour les CDS et 14% pour les MSP.

Dans la proposition d'équilibre de l'IGAS les financements liés au cadre conventionnel pour les CDS atteignent 10,2% (6% sur notre exemple) avec 7% pour l'option de coordination. Cette option de coordination est en réalité difficile à suivre du fait d'un système compliqué imposé par la CPAM.

De même les locaux dans la proposition de l'IGAS sont mis à disposition, ce qui n'est pas toujours le cas quand le centre de santé n'est pas municipal.

2- Le projet de santé et les aspects financiers

Les points ci-dessous ont été soulignés et débattus lors des ateliers. Les participants aux ateliers ont réfléchi sur comment, en partant d'un projet de santé, celui-ci pouvait être impacté (positivement ou négativement) par des aspects financiers.

Nous avons mis en regard les recommandations de la mission IGAS sur les centres de santé. Pour certaines, celles-ci peuvent tout aussi bien concerner les maisons de santé.

1) Lien entre la durée des consultations et l'équilibre financier

Quel que soit le mode de consultation retenu dans le projet santé, sur rendez-vous et sans rendez-vous (ou consultation « tout-venant ») un enjeu de productivité peut prendre le pas sur les enjeux du projet, ceci afin de préserver un équilibre financier.

Le projet doit primer et il s'agit donc de trouver le juste équilibre afin d'être au plus près des objectifs du projet de santé. En quartier populaire les consultations sont souvent plus longues, ce qui implique une réelle difficulté à atteindre cet équilibre financier.

Proposition : Un forfait à la capitation ou/et élargissement des nouveaux modes de rémunération

2) Comment appréhender la personne globalement dans son parcours de santé :

→ Accès aux droits (sécurité sociale, CMU, AME), à un régime complémentaire, aux paniers de soins sont des enjeux forts, aussi bien pour permettre un réel accès aux soins que du point de vue financier pour la structure (solvabilité)

Possibilité de former les administratifs sur la question de l'accès aux droits, par exemple auprès des administrations (CPAM/CAF/CCAS....) pour faciliter l'information et l'orientation.

Proposition : Un financement adossé à cette formation et l'implication des administrations concernées.

Accompagnement vers l'accès aux droits avec un personnel dédié (travailleur social, médiation,...).

Proposition : financement pérenne de ces postes (cf ci-dessous sur médiation santé)

Recommandation de la mission IGAS : Inscrire dans l'instruction relative aux contrats entre ARS et centres de santé que ces contrats peuvent porter sur le développement des missions d'action sociale et de santé publique des centres de santé.

Importance de l'articulation avec les PASS – permanences d'accès aux soins de santé

Proposition : PASS de ville dans les centres de santé ou MSP

→ Enjeu du tiers payant total qui est très lourd et très coûteux

Proposition : prise en compte financière du coût et élargissement rapide de l'outil de contrôle des droits « CDR » mis en place dans certaines CPAM (CNAMTS)

Recommandations de la mission IGAS :

1- Inscrire l'obligation pour la CPAM de payer lorsque le centre de santé a vérifié les droits du patient sur la plate-forme CDR ».

2- Mutualiser en centres de santé la gestion du tiers payant en passant par une caisse pivot d'assurance maladie pour la part obligatoire et par une plate-forme commune pour les organismes complémentaire.

3- Ne pas recourir au tiers payant avec les organismes complémentaires qui créent un surcoût pour le centre.

→ Traduction, transmission, accompagnement, sont des éléments importants d'accès à la santé. La médiation peut répondre à cet enjeu avec un financement ACSE (conventions adultes relais).

Proposition : Des financements pérennes de ces postes dans le cadre du droit commun ainsi qu'une reconnaissance de ce nouveau métier de la médiation santé

Recommandation de la mission IGAS : Inscrire dans l'instruction relative aux contrats entre ARS et centres de santé que ces contrats peuvent porter sur le développement des missions d'action sociale et de santé publique des centres de santé et modulation du forfait en fonction des caractéristiques sanitaires et sociales du territoire.

→ Intégration possible, selon les territoires, d'un planning familial dans la structure (MSP ou CDS) afin de faciliter un accès non connoté.

Proposition : faciliter les conventionnements de plannings familiaux et financements ad hoc selon les territoires.

3) Enjeux d'un projet global cohérent dès le début malgré la segmentation des moyens, des dispositifs et des interlocuteurs.

→ Du diagnostic à l'évaluation impliquer l'ensemble des acteurs concernés afin de permettre l'appropriation du projet.

→ Réunir l'ensemble des institutions et des élus concernés pour suivre le projet (toujours du diagnostic à l'évaluation) afin de trouver les équilibres financiers possibles en lien avec le projet global, et ainsi éviter des dotations éponges (comblant les déficits).

Proposition : constituer un comité de suivi réunissant institutions, élus et usagers. Si le porteur ne peut le faire, l'ARS pourrait animer ce type d'espace.

4) Enjeu du choix de la forme juridique, du statut qui peut modifier l'esprit du projet.

Il faut prendre en compte les enjeux de pouvoir, de relation avec les usagers/habitants (par exemple place du bénévolat) et l'ensemble des professionnels qui peuvent avoir des statuts différents (salariés, sociétaires, employeurs...).

La forme juridique implique également des enjeux financiers : financements différents (cadre conventionnel et remboursements de charges pour les libéraux), choix de la clef de répartition des charges (en mode libéral), perception directe des honoraires...

Propositions :

1- Faire le choix de la forme juridique en fonction du projet de santé

2- Rapprocher les modalités de financements des équipes de soins primaires, que leur statut soit centre ou maison de santé (en incluant les financements perçus directement au titre libéral)

Recommandation de la mission IGAS :

1- transposition des dispositions financières applicables aux libéraux qui ne se reportent pas à l'option de coordination

2- Créer un véritable forfait de coordination médicale commun aux centres de santé et aux maisons de santé

5) Enjeux de la place, la parole de l'utilisateur/patient dans le projet de santé avec par exemple l'intégration d'une association d'utilisateurs dans la structure (MSP ou CDS).

Les habitants usagers doivent être considérés comme acteurs de santé à part entière et le diagnostic doit s'appuyer sur leur expérience, mais aussi sur l'histoire du quartier, les dynamiques à l'œuvre (outils d'enquête populaire). La participation des usagers doit s'inscrire dans le temps.

Propositions :

1- Intégrer les usagers dès le diagnostic et à chaque étape du projet, et pour cela prévoir un financement ad hoc pour permettre ce travail avec les habitants.

2- La forme de participation des habitants/usagers devra tenir compte du contexte du territoire et de son histoire.