



Guide de bonnes pratiques pour accompagner les centres de santé existants

Guide réalisé par COACTIS SANTE

Avril 2012



- Le Réseau National des Centres de Santé Mutualistes et la Fédération Nationale de la Mutualité Française se sont engagés en avril 2011 à approfondir la question de la viabilité économique du concept de centre de santé.
- Ils ont ainsi travaillé conjointement à la construction d'un prototype économique, devant réunir l'ensemble des bonnes pratiques existantes dans un centre de santé médical, polyvalent et / ou dentaire. Ils ont pour cela été accompagnés par le cabinet de conseil COACTIS.

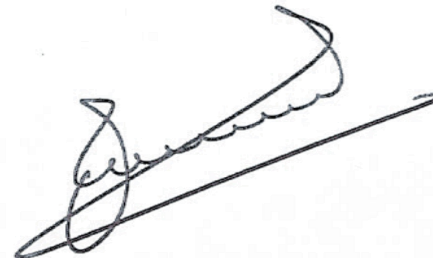
LE PROTOTYPE ECONOMIQUE

- Ce prototype, simple d'utilisation, constitue une modélisation approfondie du fonctionnement d'un centre de santé, dans le cadre d'une création de centre. Il permet de définir les conditions humaines, techniques, organisationnelles et financières garantissant la pérennité économique d'un centre de santé. Il s'est pour cela inspiré des bonnes pratiques existantes en centres de santé mutualistes et non mutualistes et a été construit à partir d'un paramétrage très détaillé comprenant plus de 6000 lignes de calcul, sur la base d'hypothèses validées auprès de centres de santé.
- Ce travail est un projet innovant qui permet d'affirmer que les centres de santé peuvent être économiquement viables. Il ne faut cependant pas perdre de vue que ce prototype reste un modèle théorique, construit à partir de conditions de gestion optimales qui doivent être ensemble réunies.

LE GUIDE DES BONNES PRATIQUES

- Dans la continuité du travail réalisé sur la création du prototype économique, un guide des bonnes pratiques a été rédigé à partir de la réflexion menée sur les facteurs clés de succès du prototype économique. Des préconisations ont ainsi pu être développées dans un contexte de création de centre de santé et de gestion d'un centre existant.
- Ce guide regroupe les bonnes pratiques qui ont été identifiées et qui sont issues de la mise en œuvre d'hypothèses et de paramètres de gestion optimisés. Il propose une approche très didactique : des ratios de gestion et des paramètres clés, des préconisations d'organisation, de management, de communication et de gestion.

- C'est un document technique et une ressource utile pour aider le gestionnaire de centres à se situer par rapport à d'autres centres de santé, mettre en place certaines pratiques et suivre des indicateurs précis.



Etienne Caniard
Président de la
Fédération de la
Mutualité Française



Jean-Paul Panzani
Président du Réseau
National des Centres
de Santé Mutualistes

Page 5	▶	Les ratios de gestion et paramètres clés
Page 11	▶	Les bonnes pratiques : volet organisation
Page 22	▶	Les bonnes pratiques : volet communication et partenariats
Page 28	▶	Les bonnes pratiques : volet management et RH
Page 38	▶	Les bonnes pratiques : volet gestion et suivi de l'activité
Page 44	▶	Synthèse

LES RATIOS DE GESTION ET PARAMÈTRES CLÉS

①

Les pré-requis

②

Les paramètres clés

③

Les ratios de gestion

Les conclusions sur les travaux menés sur le prototype économique ont permis de mettre en avant :

→ L'importance de la taille critique du centre

La taille critique d'un centre est la capacité minimale du centre pour atteindre un Chiffre d'affaires qui garantisse l'équilibre. Il faut donc avoir un nombre minimum de cabinets / fauteuils pour atteindre un chiffre d'affaires minimum :

- au moins 13/14 cabinets en centre médical sans activité dentaire sur Paris (4 - 4,5 M€ de CA),
7/8 cabinets en Province (2 - 2,5 M€ de CA),
- au moins 3 fauteuils en centre de santé dentaire (1,5 – 1,7 M€).

→ L'importance du mix d'activités nécessaires pour un centre de santé polyvalent

Mêler des activités « équilibrées », comme le dentaire, à des activités « déficitaires », comme la dermatologie => diversifier l'activité pour diversifier le risque.

→ L'importance de l'implantation initiale

Il est bien sûr nécessaire que le centre soit implanté dans les zones à forts besoins de santé et qui restent attractives pour les professionnels de santé.

2- Les paramètres clés

Les éléments clés ci-dessous s'inspirent du prototype économique qui a fixé des paramètres clés, après un travail de recherche et de réflexion pour la construction de la modélisation économique.

→ Liste des paramètres les plus sensibles

- La taille critique du centre et les activités choisies,
- L'amplitude d'ouverture et le nombre de cabinets,
- Le taux d'occupation des cabinets par des praticiens et la part de temps de travail productif vs improductif,
- Le taux de remplissage effectif du planning des praticiens,
- Le chiffre d'affaires moyen / heure / ETP praticien,
- Les taux de rémunérations des praticiens,
- Les ratios de personnels administratifs et leur niveau de rémunération,
- La part de consommables médicaux et dentaires (+ coût des prothèses) dans le chiffre d'affaires,
- Le coût du tiers payant.

2- Les paramètres clés

PROTOTYPE : PRINCIPAUX PARAMETRES PAR BRIQUE

	Médecine générale	Omniprati que dentaire	Orthodon tie	Implanto logie	Radiologie	Ophtalmo logie	ORL	Gynécolo gie	Cardiolo gie	Dermato logie
1/ Activité										
Nb d'heures d'ouverture à la consultation / semaine	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55
Nb de semaines d'ouverture/an	50	45	45	45	50	45	45	45	45	45
TOTAL heures / an	2 750	2 475	2 475	2 475	2 750	2 475	2 475	2 475	2 475	2 475
Taux d'occupation des cabinets	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Taux d'heures productives vs heures contractuelles	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
Productivité horaire / ETP (en nb de passages)	4					4	3	3	3	4
Tarif moyen / passage (en euros)	23					42	44	44	54	31
TOTAL CA / H / ETP	92	190* ¹ / 220* ²	350* ¹ / 400* ²	na	cf radio	168	132	132	162	124
Taux remplissage planning praticiens	98%	98%	95%	85% (cas 3)	98%	98%	98%	98%	98%	98%
2/ Rémunération des praticiens										
Pourcentage des actes rétribués (hors congés payés)	40%	30%* ³ / 25%* ⁴	33%	25%* ⁵	cf radio	35%	35%	35%	35%	35%
3/ Autres charges										
Consommables médicaux et dentaires + coût des prothèses (en % du CA)	2%	4,5%* ³ / 23,5%* ⁴	8%	23%* ⁶ / 23,5%* ⁴	2%	2%	2%	3%	2%	3%
Coût du tiers payant (€ TTC / passage)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

*1 : en province

*2 : à Paris

*3 : soins dentaires

*4 : prothèses dentaires

*5 : hors rémunération sur les implants dans le cas 3 = 33%

*6 : implants dentaires

2- Les paramètres clés

Compléments radiologie							
	Radiologie conventionnelle	Echographie	Mammographie	Densitométrie osseuse	Table petit os	Scanner	Panoramique
1/ Activité							
Productivité horaire / modalité (en nb de passages)	3 ^{*1} /5 ^{*2}	3	4	2	6	4	1 ^{*3}
Tarif moyen / passage (en euros)	60,35 ^{*1} /31,43 ^{*2}	53,56	66,42	39,96	24,30	142,26	27,93 ^{*4}
TOTAL CA / H / modalité	na	161	266	80	146	569	
2/ Rémunération des praticiens							
Pourcentage des actes rétribué (yc congés payés)	16,5%	27,5%	16,5%	16,5%	16,5%	60,0%	16,5% ^{*4}

*1 : hors table petits os

*2 : avec table petits os

*3 : nb de passages indiqué hors adressage dentaire dans le centre

*4 : hors cas panoramique 3D

Compléments personnel administratif						
	Accueillant	Coordinateur	Assistante de direction	Infirmière de coordination	Assistants dentaires	
1/ Ratios / praticiens						
Nb de postes / ETP praticiens	1/6 ^{*5}	1/10 ^{*6}	na ^{*7}	1/8 ^{*8}	1	
2/ Rémunération						
Rémunérations brutes annuelles	21.680 ^{*9}	25.745 ^{*9}	29.133 ^{*9}	33.875 ^{*9}	24.390 ^{*9}	

*5 : 1 poste pour 6 ETP praticiens en médical (avec 1 temps plein minimum) et en dentaire (avec un mi-temps minimum); hors radio (1 poste / 100 passages jour et un temps plein minimum)

*6 : hors radiologie (pas de coordinateur)

*7 : 1 quart temps pour 4 ETP professionnels de santé (hors radiologie) avec au maximum un temps plein

*8 : 1 poste pour 8 ETP généralistes ou en présence d'un cardiologue, pour 4 ETP généralistes (réalisation des ECG en plus); au minimum un mi temps

*9 : en Province ; +13% à Paris

Nota : ces ratios sont inhérents à l'organisation cible envisagée par CoActis et doivent donc être utilisés avec précaution (cf. slide organisation cible).

3- Les ratios de gestion clés

→ Les ratios de gestion clés résultent des simulations issues du prototype.

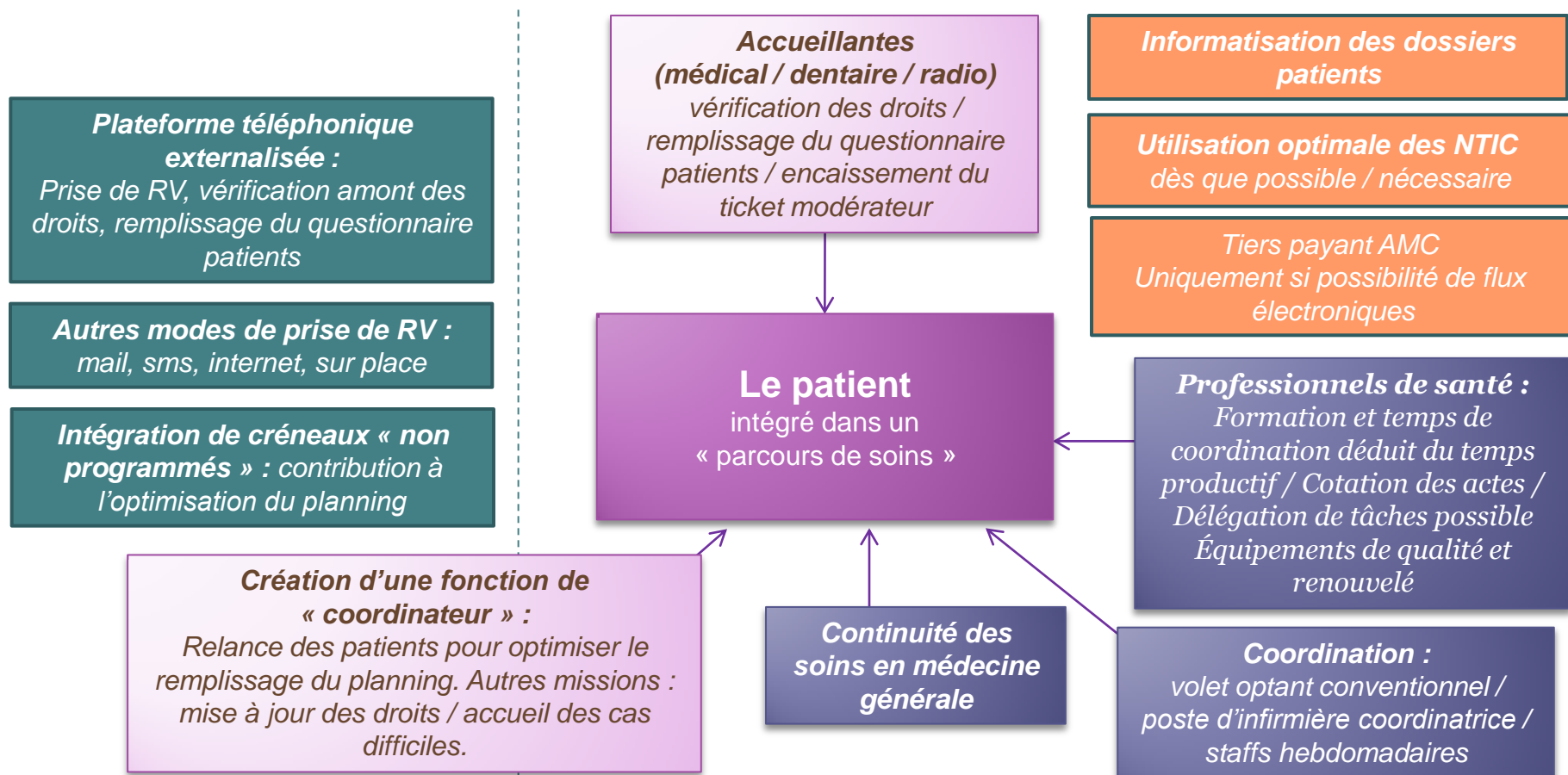
- **Masse salariale chargée** (+ taxe sur les salaires) : entre 65 et 75% du CA (hors télésecrétariat externalisé et hors traitement des rejets tiers payant) ou entre 68% et 80% du CA en les incluant. Ces % n'incluent pas le personnel support traité en frais de siège (RH, compta, ...) et qui représente autour de 5,5% du CA.
- **Rapport ETP administratifs (hors auxiliaires)/ ETP praticiens** : inférieur à 1.
- **Coût des consommables médicaux et dentaires** : cf slides précédents.
- **Loyers** : entre 2 et 5% du CA (en fonction des zones immobilières plus ou moins tendues).
- **Coût de la maintenance informatique** : inférieur à 2-2,5% du CA.
- **Excédent brut d'exploitation** : au minimum 6-7%.
- **Marge brute / activité** : de l'ordre de 97-98% en médical, autour de 79% en omnipratique dentaire et 92% en orthodontie.
- **Marge sur salaires directs** (y.c. taxes sur les salaires et congés payés) : pas plus bas que la MG, soit 32%.

LES BONNES PRATIQUES – Volet organisation –

- ➊ Rappels sur l'organisation cible (prototype économique)
- ➋ Calibrer l'amplitude horaire
- ➌ Proposer des méthodes de travail innovantes et efficaces
- ➍ Maximiser le remplissage du planning
- ➎ Mettre en place de nouvelles fonctions
- ➏ Optimiser les process
- ➐ Mutualiser/externaliser ce qui peut l'être
- ➑ Elargir le financement de la structure

1- Rappels sur l'organisation cible

- Les choix organisationnels, préalables à la construction du prototype, ont été faits en pensant à l'optimisation des déterminants de l'équilibre économique (taux de remplissage, ratio personnel non soignant / soignant...).
- Ces choix organisationnels ne sont pas en rupture avec l'existant mais combinent les bonnes pratiques mises en œuvre. Un nouveau métier, en charge du taux de remplissage, est toutefois intégré.



2- Calibrer l'amplitude d'ouverture

→ Privilégier une large amplitude horaire (55 H recommandées dans le prototype) dès que les besoins sont présents

- Permet d'amortir les équipements et l'aménagement des locaux avec plus d'activité.
- Permet d'attirer des professionnels de santé à temps partiel (intéressant dans le cadre de la féminisation de la médecine) en accueillant deux professionnels de santé par journée.
- Nécessite une réalisation régulière (tous les 5 ans) d'un diagnostic territorial pour prendre en compte la réalité des besoins de santé.

→ Définir une amplitude d'ouverture la plus standardisée possible par soucis de lisibilité pour les patients

- Communiquer sur ces horaires auprès des patients
 - Via des panneaux dans le centre et à l'extérieur
 - Via des brochures et newsletter dans le centre mais aussi chez des partenaires : hôpitaux, PMI, CMP, etc...

3- Proposer des méthodes de travail innovantes et efficaces

→ Etudier la mise en place une délégation de tâches dès que la spécialité le permet

- Infirmière/médecin généraliste
- Sage femme/gynécologue
- Orthoptiste/ophtalmologue
- Audiométriste/ORL

=> Permet de doubler le rendement en ophtalmologie et ORL (cf prototype économique).

=> Permet d'être plus attractif pour les professionnels de santé en se concentrant sur des activités à forte valeur ajoutée et en termes de rémunération : important pour le recrutement de certains spécialistes dans le contexte actuel de pénurie.

4- Maximiser le remplissage du planning

- **Relancer systématiquement les patients avant chaque rendez-vous pour limiter leur absentéisme**
 - De manière automatique par SMS ou mail. Par les coordinateurs (cf slide suivant) dans des cas particuliers (par téléphone).
 - Quand annulation d'un RV, les coordinateurs appellent d'autres patients pour remplacer le RV annulé (gestion d'une liste de patients en attente de RV rapides).

- **Choisir des plages stratégiques pour le non-programmé en médecine générale (en fonction de l'implantation), en dentaire et en radiologie**
 - Contribution à l'optimisation du planning par une meilleure absorption des aléas.

5- Mettre en place de nouvelles fonctions

→ Créer la fonction de coordinateur au sein du centre

- Principale responsabilité : taux de remplissage du planning des praticiens = paramètre clé d'une gestion saine d'un centre de santé - Fonctions principales :
 - En charge d'un portefeuille de professionnels de santé (entre 3 et 10 professionnels)
 - En charge d'un portefeuille de patients :
 - crée les dossiers des patients « compliqués » renvoyés par les accueillants (c'est-à-dire pouvant ralentir le flux à l'accueil)
 - vérifie et met à jour régulièrement les droits des patients
 - relance systématiquement les patients avant chaque rendez-vous
 - En charge de la rédaction des messages automatiques par SMS ou mail et de leur optimisation régulière
 - relance individuelle dans des cas particuliers/compliqués

→ Intégrer idéalement une infirmière coordinatrice dans l'équipe (ou donner la mission clairement au personnel de l'accueil)

- Mission : mettre en place le volet optant malgré sa complexité administrative et organisationnelle.

→ Négocier avec les acteurs locaux le financement de certains personnels

- Par exemple, la mise à disposition d'une assistante sociale par la Ville pour offrir une prise en charge sanitaire et sociale coordonnée.

6- Optimiser les process

→ Optimiser les parcours patients dans le centre : règle d'« un seul passage du patient à l'accueil lors d'un rendez-vous »

- Pour les actes générant une ordonnance (ce qui est presque toujours le cas sauf pour les avis des spécialistes -C2- et pour l'imagerie), s'organiser pour que le patient passe à l'accueil après son RV.
- Imprimer systématiquement les ordonnances à l'accueil pour obliger les patients à s'y rendre et à payer le ticket modérateur si nécessaire. Prévoir un système de signature électronique du médecin.
- Automatiser dans le système d'information la confirmation par SMS ou par mail du RV avec l'heure, le nom du médecin et le lieu exact du cabinet dans le centre.
- Pour les autres actes (exceptée l'imagerie), faire passer les patients en amont du RV : pour vérification des droits et paiement du ticket modérateur et en prenant le risque d'un changement de cotation.

=> Concentrer ainsi le personnel administratif sur des missions à valeur ajoutée et relationnelle

6- Optimiser les process : le tiers-payant

→ Déployer un processus complet et solide de vérification des droits

- Vérifier les droits lors de la prise de RV.
- Relancer les patients en fin de droits (automatiquement puis par les « coordinateurs »).
- Former les personnels d'accueil.

→ Miser sur une solution logicielle performante

- Avec une alerte sur les patients débiteurs pour les relancer par sms, mail ou au prochain passage.
- Avec une alerte sur les fins de droits.
- Permettant des taux de recouvrement automatique en FSE qui dépasse 95%.
- Avec un paramétrage poussé des contrats et une base à jour pour les AMC.

→ Appliquer une gestion stricte du tiers payant

- Ne pas pratiquer le TP pour les AMC qui n'utilisent pas les flux électroniques (hors dentaire à ce jour) ou pour les patients si les droits RO/AMC ne sont pas à jour.

=> Concentrer ainsi le personnel administratif sur des missions à valeur ajoutée et relationnelle

7- Mutualiser/externaliser ce qui peut l'être

→ Mutualiser les fonctions supports

- Pour bénéficier de prestations adaptées aux besoins pour chaque centre.
- Pour bénéficier d'une réelle expertise qu'on ne peut pas s'offrir seul (ex: une compétence RH).
- Pour bénéficier d'un pouvoir de négociation fort auprès des fournisseurs, pour les achats principalement :
 - Rechercher des économies d'échelle
 - Simplifier les listes de référencements (nb fournisseurs et de consommables),
 - Renégocier régulièrement les conditions d'achat,
 - Privilégier des investissements en équipements limitant la consommation de consommables (ex radio : machines 100% numériques).
 - Contrôler les consommations
 - Mise en place de tableaux de bord et suivi des consommations (outils de contrôle de gestion),
 - Gestion d'autorisations et de seuils de commandes,
 - Définition d'objectifs et suivi de réalisation,
 - Sensibilisation des personnels et information sur la définition et la réalisation des objectifs de consommation + implication des personnels (revue des processus, boîte à idées etc.).

7- Mutualiser/externaliser ce qui peut l'être

→ Aller plus loin ...

- Mutualisation des systèmes d'information et des technologies onéreuses (PACS, télémédecine...).
- Mutualiser/externaliser le traitement des rejets et relances dans le cadre du tiers payant.
- Arbitrage systématique entre mutualisation (fonctions à valeur ajoutée) et externalisation (recherche d'un moindre coût maîtrisé sans perte sur la qualité de la prestation rendue).
- Recherche de bénéfices liés à des effets de seuils : au niveau du centre de santé, de regroupements de centres, de pôles de santé...

8- Elargir le financement de la structure

→ S'organiser pour activer tous les modes de financement des centres de santé

- Le volet optant (forfait généralisé en centre de santé alors qu'il n'est qu'au stade de l'expérimentation pour d'autres modes d'exercice regroupé)
- Le dispositif des CPOM afin d'avoir des financements fléchés
- Les module 1 et 2 sur les nouveaux modes de rémunérations (coordination et éducation thérapeutique) qui pourraient être étendus à l'ensemble des centres.

→ Penser à des partenariats innovants

- Location de cabinets à des médecins libéraux
- Partenariat avec un laboratoire d'analyse pour la création d'un espace de prélèvements sanguins au sein du centre : meilleur service rendu au patient et rétribution du laboratoire

LES BONNES PRATIQUES

– Volet communication et partenariats –

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ① | Communiquer auprès des patients |
| ② | Communiquer auprès des professionnels |
| ③ | Communiquer auprès des partenaires |

1- Communiquer auprès des patients

→ Informer les patients et leur donner de la lisibilité

- Sur les spécialités proposées
- Sur les jours et les horaires d'ouverture
 - via des brochures mises à disposition dans le centre mais aussi chez les partenaires locaux (PMI, structures médico-sociales, hôpitaux etc...)
 - sur des panneaux à l'extérieur du centre et à l'intérieur du centre
 - via un site Internet à jour et dont l'adresse est communiquée largement sur les brochures et les panneaux

→ Se rapprocher de la mairie locale

- Pour que le centre de santé soit indiqué sur des panneaux publics (à la sortie de métro, etc.) et sur le site Internet de la Mairie.

1- Communiquer auprès des patients

→ **Faire des enquêtes de satisfaction régulièrement pour montrer que le centre de santé est au « service des patients »**

- Faire réagir les patients sur la qualité de l'accueil, l'écoute des professionnels de santé, le délais d'obtention de prise de rendez-vous, le temps d'attente, etc.
- Communiquer ensuite sur les résultats de cette enquête.
- Faire évoluer l'organisation et les activités du centre pour montrer sa capacité d'écoute et de réaction.

2- Communiquer auprès des professionnels

→ **Revaloriser l'image des centres de santé pour inverser les rapports de force et faire en sorte que les professionnels de santé soient fiers d'y travailler**

- **Nourrir une image moderne et dynamisante :**
 - Locaux de qualité et aménagement moderne,
 - Présence d'équipements « nouvelle génération »,
 - Utilisation des NTIC : Internet, newsletters, application Iphone, écrans plats dans les espaces d'attente.

- **Innover sur l'appellation du centre :** éviter le terme « centre de santé » encore souvent associé à une image vieillissante de « dispensaire » et préférer des termes moins connotés et plus modernes. Le Réseau National des Centres de Santé Mutualistes propose à ses adhérents les termes « Espace médical Mutualiste, Espace Dentaire Mutualiste, Espace Infirmier Mutualiste » .

- **Communiquer dans la presse professionnelle pour montrer le dynamisme de la structure (dans le respect du code de déontologie)**
 - Informer des recrutements de praticiens reconnus par leurs pairs,
 - Communiquer concrètement sur les pratiques innovantes (éducation thérapeutique, coordination, délégation de tâches, etc..),

2- Communiquer auprès des professionnels

(suite)

- Mettre en avant l'intérêt de l'exercice regroupé par des témoignages (profiter du changement d'aspirations des jeunes médecins),
 - Valoriser les publications et les travaux de recherche effectués par des professionnels du centre.
-
- **Valoriser en permanence, dans le cadre de leur exercice et à l'extérieur, les missions de santé publique des professionnels, qui sont des missions très actuelles : accès aux soins pour tous, coordination, prévention...**

3- Communiquer auprès de partenaires

- **Se rapprocher des associations « relais » pour la prise en charge sanitaire de populations spécifiques.**

- **Tisser des liens et monter des partenariats avec le monde sanitaire et médico-social local, souvent très complémentaires**
 - Les hôpitaux,
 - La médecine de ville,
 - Les réseaux de santé (diabète, personnes dépendantes, oncologie, handicap ...),
 - Les PMI,
 - Les hôpitaux de jour, les IME, IMP, ESAT, FAM ... du monde du handicap,
 - Les EHPAD, accueil de jour ... du monde de la dépendance.

=> Pour une meilleure coordination et ainsi des soins de meilleure qualité pour le patient

- **Monter des partenariats avec l'ARS, l'INPES, le CNSA**
 - Afin de mettre en place et financer des actions de prévention.

- **Monter des partenariats avec des entreprises privées (laboratoires et aussi grandes entreprises implantées localement)**
 - Afin de mettre en place et financer des actions à destination des salariés,
 - En ne prenant aucun risque par rapport à la nécessité d'indépendance.

LES BONNES PRATIQUES

– Volet management et ressources humaines –

- ① Privilégier l'implication des professionnels
- ② Responsabiliser les professionnels sur le plan individuel et collectif
- ③ Former les professionnels
- ④ Evaluer les professionnels
- ⑤ Créer des plans de carrière
- ⑥ Innover dans les modes de rémunération
- ⑦ Motiver pour mieux recruter
- ⑧ Négocier des accords d'entreprise
- ⑨ Conduire le changement

1- Privilégier l'implication des professionnels

→ Contractualiser avec les professionnels pour la réalisation de demi-journées pleines

- Responsabiliser les équipes sur le respect des horaires et des temps de présence.
- Optimiser et maîtriser le temps de présence des professionnels et les coûts associés. Pour les spécialités, la fermeture des consultations 5 semaines par an est préconisée car elle permet de ne pas remplacer les professionnels de santé durant les congés et absences légales : prise en compte des difficultés réelles de remplacement des professionnels de santé.
 - Pas de majoration salariale au titre des jours fériés (sauf 1er mai), ni au titre de la multiplication des personnels de remplacement.
 - Fiabilisation des conditions d'accueil des patients du fait d'une bonne gestion des absences.

→ Remplacer progressivement les professionnels de santé actuels par des professionnels « engagés » dans la structure qui réalisent au moins 5 ou 6 demi-journées d'intervention par semaine

- Ce qui leur laisse la possibilité d'exercer ailleurs.

=> Optimiser ainsi le taux d'occupation des cabinets

2- Responsabiliser les professionnels sur le plan individuel et collectif

→ Responsabiliser les professionnels de santé et les sensibiliser

- Sur l'importance du respect des horaires, de l'anticipation et du traitement concerté des absences
- Sur la gestion coordonnée de la montée en puissance de l'activité lors de la création du centre
- Sur la pérennité économique de la structure et les enjeux associés
 - Dans le respect des obligations contractuelles et déontologiques, articuler et mettre en œuvre des dispositifs complémentaires de rémunération visant à soutenir un esprit collectif de la performance au travers de l'octroi de gratifications liées à l'atteinte d'objectifs préalablement définis.
 - Suivre au quotidien les indicateurs clefs de pilotage de l'activité et informer les professionnels de santé (tableau de bord).
 - Faire participer le corps médical au projet de santé du centre et à la préparation du Plan Pluriannuel d'Investissement en matériel médical.

3- Former les professionnels

- **Elaborer un véritable plan de formation pour l'ensemble du personnel en plus de la formation continue obligatoire pour les professionnels de santé**
 - Lors de l'entretien individuel annuel, recueillir les besoins des professionnels et essayer d'y répondre.
 - Former les professionnels de santé à la notion de « management ».
 - Former l'ensemble des professionnels du centre à l'accueil de patients moins standards (patients en grande précarité, patients en situation de handicap...).

- **Former et sensibiliser à l'optimisation des cotations**
 - Former les professionnels et les personnels administratifs concernés
 - Ex : en radiologie, utilisation du modificateur Z (+21,8%) pour l'interprétation des images conventionnelles par le radiologue et du modificateur U (+15,25 €/passage) pour chaque patient non programmé.
 - Ex : utilisation du C2.

- **Sensibiliser les professionnels de santé à l'adressage interne des patients pour une prise en charge globale et coordonnée par le centre.**

4- Evaluer les professionnels

→ Evaluer l'ensemble des professionnels du centre de santé

- Pour les professionnels de santé, évaluation sur des critères compatibles avec le code de déontologie.
- Pour les autres professionnels du centre (administratifs, paramédicaux...), évaluation en fonction de la définition de leurs missions.
 - Exemple : évaluation des coordinateurs par le taux de remplissage du planning des praticiens.
- Trouver des critères partagés d'évaluation pour créer un esprit collectif de la performance.
 - Exemple : faire du nombre de volets optants un critère d'évaluation pour l'infirmière coordinatrice, les coordinateurs, les médecins, et le responsable du centre.

5- Créer des plans de carrière

→ Pour les professionnels de santé

- Introduire la « notion », même s'il est difficile de prévoir un véritable plan de carrière.
 - Recueillir dans le cadre d'un entretien annuel les aspirations de chaque professionnel de santé
 - Permet d'anticiper un départ, un manque de motivation...
 - Permet de diffuser le CV en interne dans le cadre d'une Mutuelle qui a plusieurs centres ou bien auprès de partenaires.

→ Pour les administratifs

- Penser les parcours possibles au sein d'un centre de santé ou bien au sein d'une Mutuelle pour donner des perspectives.
- Evaluer régulièrement : faire un retour sur les forces et les faiblesses de chacun.
- Motiver et penser la polyvalence des professionnels.

6- Innover dans les modes de rémunération

→ Innover dans les rémunérations des professionnels de santé

- Pour transformer le rapport praticiens / gestionnaires à la rémunération :
 - Proposer un « salaire garanti » pour les nouveaux arrivants et sur un temps donné (3 à 6 mois).
 - Introduire une partie liée à la performance de la structure dans le respect des obligations contractuelles et déontologiques = sensibilisation des professionnels de santé à la pérennité de la structure économique et à l'importance d'être solidaires.

→ Innover dans les rémunérations du personnel administratif

- Introduire une part de rémunérations variable en fonction de l'atteinte des objectifs (taux de remplissage pour les coordinateurs, distribution d'une part du volet optant pour le personnel d'accueil et les coordinateurs...).
- Introduire une forme d'intéressement également pour le personnel administratif à l'instar des professionnels de santé.

=> Impliquer le personnel administratif dans la réussite globale de la structure tant sur le plan économique que dans la réalisation de ses missions.

7- Motiver les professionnels pour mieux recruter

- **Offrir des équipements modernes, voire de pointe, pour enrichir le travail des praticiens**
 - Investir régulièrement dans des équipements / négocier avec les fournisseurs les renouvellements.
 - Mobiliser des financements dédiés / innovants.
 - Développer des pôles d'excellence pour justifier les matériels les plus performants dans le domaine concerné.

- **Prévoir la délégation de tâches dès que la spécialité le permet**
 - Facilite le recrutement des praticiens dans un contexte de pénurie.
 - Permet d'offrir des rémunérations attractives aux spécialistes.
 - Valorise le travail de chaque professionnel.

8- Négocier des accords d'entreprise

→ Mettre en place des accords d'annualisation du temps de travail

- Gérer les effectifs administratifs requis par les larges amplitudes d'ouverture des centres en limitant les surcoûts.

9- Conduire le changement

- ➔ **Malgré la difficulté réelle de faire changer les mentalités, se fixer comme objectif d'impliquer au maximum les professionnels de santé dans le projet de santé et de les rendre acteurs du changement**
 - Recruter de nouveaux professionnels de santé qui ont envie de s'impliquer et qui adhèrent
 - Responsabiliser les professionnels de santé et en faire des salariés « acteurs » du changement
 - Décloisonner le médical et la gestion (ex : créer un comité d'échange médical et gestionnaire)
 - Partager l'information sur les indicateurs de pilotage du centre en matière de gestion
 - Les motiver sur l'impact des innovations
 - Par exemple, leur donner accès aux statistiques médicales du centre dans le cadre de publications pour les motiver à utiliser les systèmes d'informations.

- ➔ **Remobiliser les professionnels de santé autour des valeurs fortes intrinsèques au statut de leur centre**
 - Prévoir des formations valorisantes sur les sujets d'accès aux soins pour tous, de coordination ou de prévention
 - Montrer aux professionnels de santé qu'ils sont au cœur du dispositif de santé publique
 - En faire un axe différenciant et motivant
 - Evoquer ces valeurs dès l'entretien d'embauche pour les nouveaux recrutés (ex : activité liée à la prévention, l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap, etc.)

LES BONNES PRATIQUES

– Volet gestion et suivi de l'activité –

- | | |
|----------|---|
| ① | Piloter son activité pour une gestion saine |
| ② | Disposer d'un système d'information performant en préalable |
| ③ | Créer et suivre des tableaux de bord |
| ④ | Mener des analyses annuelles |

1- Piloter son activité pour une gestion saine

- ➔ **Disposer, à une fréquence régulière, d'un reporting sur les principaux postes du compte de résultat et leurs déterminants.**
- ➔ **Expliquer et rationaliser les états financiers grâce au suivi de leurs déterminants par activité, par professionnel de santé...**

- ▶ **Pouvoir prendre des mesures rapides, grâce à ces outils, pour maîtriser les évolutions, notamment en cas de dégradation.**
- ▶ **Evaluer et améliorer, à tout moment, l'impact des actions menées.**
- ▶ **Communiquer et partager ces informations avec les collaborateurs.**

2- Disposer d'un système d'information performant en préalable

- **Facilitateur du recueil et du suivi d'indicateurs fiables et automatiques**
- **Véritable levier de pilotage et de performance, le système d'information doit s'inspirer des « best practices » présentes dans d'autres secteurs qui allient facilité, modernité et sécurité**
 - Penser à l'hébergement pour la sécurisation des données
 - Envisager des signatures électroniques
- **Le logiciel de tiers payant doit permettre de traiter le recouvrement de manière la plus automatique possible pour limiter les coûts**
- **Les dossiers patients doivent être informatisés**
 - Faire gagner du temps au patient et au professionnel
 - Permettre un partage de dossier unique entre professionnels dans le cadre de la coordination
 - Limiter le besoin en personnel administratif
 - Envoyer des informations pertinentes aux patients (notamment dans le cadre de la prévention)
 - Prévoir des signatures sur écran tactile par les patients pour le volet optant avec des renouvellements par SMS ou par mail
 - Intégrer les données para-cliniques de façon automatisée

3- Créer et suivre des tableaux de bord

→ Mettre en place des tableaux de bord journaliers et hebdomadaires

- Des outils de pilotage qui doivent être faciles et simples à utiliser, réguliers et fiables et qui permettent de visualiser très rapidement quelques données clés

→ Mettre en place des tableaux de bord mensuels

- Des outils d'analyse mensuelle qui permettent de visualiser le compte de résultat global et le détail du chiffre d'affaires par activité, ainsi que d'approfondir la compréhension de ces résultats à l'aide des principaux indicateurs

→ Remarques

- Le tableau de bord est un outil dynamique dont les indicateurs sont susceptibles d'évoluer au cours de la vie du centre
- Il n'a pas vocation à être exhaustif, certaines informations seront toujours à chercher dans le système d'information
- Certaines données du tableau de bord seront exploitables dans une approche complémentaire, à savoir l'évaluation des professionnels

→ SE REPORTER AU GUIDE SUR LES TABLEAUX DE BORD (document annexe).

4- Mener des analyses annuelles

→ Analyses annuelles

- Chaque année, ou deux fois par an, selon la fréquence des clôtures comptables, une revue analytique complète doit être effectuée pour compléter en détail la compréhension de la formation de l'activité et du résultat comptable
- Certaines des analyses menées à cette occasion nécessitent cependant une attention plus régulière lors de la première année d'ouverture du centre. Il s'agit notamment de l'étude de la patientèle, du ciblage des partenaires avec lesquels le centre doit particulièrement travailler (ex. les AMC).

→ Revue comptable analytique complète

- Explication des écarts entre les résultats en fin d'année et ceux de l'année précédente avec des éclairages par activité et en particulier, une étude détaillée de chaque poste de coût pour chaque activité après affectation des charges communes

→ Analyse de la patientèle

- Répartition par âge, sexe, lieu d'habitation, situation professionnelle, AMO et AMC (+ focus CMU et AME)...
- Réalisation d'une enquête de satisfaction : mesure du ressenti des patients en termes d'accessibilité physique, horaire, financière, de qualité de la prise de rendez-vous, de qualité de l'accueil, de facilité d'orientation dans le centre, de qualité de la prise en charge médicale... (se référer au référentiel HAS notamment)

4- Mener des analyses annuelles

→ Bilan social

- Analyse des effectifs au global et par activité (Nb d'ETP et de salariés, nb d'administratifs/PS, nb d'ETP PS/cabinet, pyramide des âges, sexe, CDI/CDD, analyses des arrivées et des départs, analyse fine de l'absentéisme...).
- Analyse des rémunérations et autres avantages.
- Analyse des conditions de travail (durée et aménagement du temps de travail, temps de formation...).
- Mesure du taux de satisfaction des salariés.

→ Analyse du parc d'équipements lourds (machines de radiologie, fauteuils dentaires...)

- Evaluation de la valeur économique des équipements, des besoins des professionnels en fonction du suivi de la technicité de leur exercice (nb d'actes techniques pointus réalisés...)

→ ...

SYNTHESE

- **La gestion d'un centre de santé nécessite de la part du gestionnaire une vigilance accrue sur un ensemble de points très éclectiques.**
 - **En particulier, il doit :**
 - Connaître parfaitement la structure de recettes et de coûts de son centre de santé,
 - Suivre quotidiennement les paramètres clés de son centre de santé avec une logique d'entreprise,
 - Travailler sur l'augmentation des recettes (en fonction des besoins territoriaux) car de façon générale, plus le niveau de recettes est important plus il est facile d'équilibrer un centre de santé.
- **Le management tant des professionnels de santé que des administratifs est la clé de motivation et d'implication des salariés du centre de santé.**
- **Un recul et une remise en cause régulière de ses activités et de son organisation sont nécessaires pour s'adapter aux besoins locaux et à une réglementation mouvante.**