



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2016 - 2017**

Date du Jury : **décembre 2017**

Les enjeux des actes et consultations externes dans un hôpital de proximité

Aurélie VERDIER

Remerciements

J'adresse dans un premier temps mes remerciements à l'ensemble des personnes rencontrées durant mon stage pour leur disponibilité et leurs conseils avisés, qui m'ont tous aidée dans l'élaboration de mon mémoire et dans l'avancement de mes missions.

Dans un second temps, je tiens à exprimer plus particulièrement mes sincères remerciements :

A Christine LOUCHET, Directrice du CHBJ et maître de stage,

A la fois pour m'avoir impliquée dans la vie quotidienne de l'établissement, mais aussi pour m'avoir fait participer activement aux problématiques plus stratégiques du CHBJ. Nos nombreux échanges auront nourri ce travail tout au long de son élaboration.

Au président et vice-président de la CME,

Pour leurs conseils avisés en matière de problématiques médicales locales et leur connaissance à la fois du territoire de santé et de l'établissement.

A l'ensemble de l'équipe du service des actes et consultations externes (praticiens, cadre de santé, IDE, secrétaire médicale, agents d'admission et de facturation),

Pour son aide précieuse et indispensable sur un sujet complexe et pour le temps qu'elle m'a accordé.

A l'ensemble de l'équipe de Direction,

Pour son accueil, sa bienveillance, sa disponibilité et ses apports techniques, notamment le responsable RH, la responsable économat / finances, ainsi que la responsable des relations avec les usagers et des recettes, qui m'ont permis d'approfondir ma réflexion sur le sujet.

Aux acteurs locaux, sollicités lors de l'élaboration de ce mémoire : l'ARS Hauts-de-France, la CPAM de l'Oise, les établissements du GHT, ainsi que le Directeur de l'EHPAD La Compassion de Chaumont-en-Vexin,

Pour leur disponibilité et leur écoute.

Enfin, je tiens à remercier mon référent mémoire, professeur à l'EHESP,

Pour son aide tout au long de ma réflexion et de l'élaboration de ce mémoire.

Sommaire

Introduction.....	1
Méthodologie.....	6
1 Un enjeu en matière d'accessibilité pour la population et de pérennité de l'activité pour les établissements de proximité	7
1.1 La réduction des inégalités territoriales et sociales de santé, un enjeu pour la population locale.....	7
1.1.1 Le constat d'inégalités territoriales de santé et d'une offre de soins limitée renforce l'enjeu de la proximité pour les usagers.....	7
1.1.2 Le constat d'inégalités sociales de santé renforce l'enjeu d'une offre financièrement accessible pour les usagers	10
1.2 La visibilité de l'établissement et la pérennité de l'activité : des enjeux de taille pour un hôpital de proximité	14
1.2.1 L'activité externe au service de la reconnaissance de l'établissement comme un acteur central au sein de son territoire de santé.....	14
1.2.2 Les ACE au service de la qualité / sécurité des soins hospitaliers	16
1.2.3 Les actes et consultations externes au service de l'activité de l'établissement de proximité : un mode de recrutement privilégié	18
2 Le poids financier de l'activité externe au sein d'un hôpital de proximité, malgré une forte demande de la population	23
2.1 Une activité déficitaire malgré une demande croissante et une volonté de diversification de l'offre	23
2.1.1 Une activité en croissance constante et un développement de l'offre de soins en fonction des besoins du territoire	23
2.1.2 Des recettes insuffisantes	24
2.1.3 Des dépenses trop élevées	26
2.2 Des coûts structurels importants engendrés par l'activité externe	27
2.2.1 Le personnel médical et le coût du salariat	27
2.2.2 Le personnel non médical et le coût du confort des médecins	29
2.2.3 La dispense d'avance des frais pour les usagers et le coût du tiers payant	30
2.3 Des recettes insuffisantes, du fait d'une activité limitée au sein des territoires de proximité et d'une réglementation défavorable.....	32
2.3.1 La productivité du personnel médical et le règne du salariat en question ...	32
2.3.2 Une organisation des moyens humains et matériels non optimale.....	34
2.3.3 Une réglementation des recettes défavorable aux EPS	36

3	Les perspectives financières de l'activité externe d'un hôpital de proximité et les alternatives envisageables	39
3.1	Diminuer les charges du service tout en conservant un niveau élevé de qualité et sécurité des soins pour les usagers	39
3.1.1	La rémunération des praticiens en question.....	39
3.1.2	Vers une autre forme d'exercice de l'activité médicale	40
3.1.3	La présence d'une équipe paramédicale en question : le coût du confort des médecins et de la satisfaction des usagers.....	42
3.2	L'optimisation des recettes de l'activité externe en vue d'atteindre l'équilibre financier.....	44
3.2.1	Le management de la performance de gestion au service de la productivité du service	44
3.2.2	L'extension des vacations à moyens constants.....	46
3.2.3	La cotation, une étape clé dans l'optimisation de l'activité externe au sein d'un hôpital de proximité	48
3.3	Existe-t-il des alternatives envisageables ?	49
3.3.1	Les maisons de santé pluriprofessionnelles	49
3.3.2	Les centres de santé	50
	Conclusion	55
	Bibliographie	57
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ACE : actes et consultations externes
ALD : affection longue durée
AMC : assurance maladie complémentaire
AMO : assurance maladie obligatoire
ANPAA : association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ARS : agence régionale de santé
AS : aide-soignant
CCAM : classification commune des actes médicaux
CDR : consultation des droits
CdS : centre de santé
CE : consultations externes
CH : centre hospitalier
CHB : centre hospitalier de Beauvais
CHBJ : centre hospitalier Bertinot Juel
CHT : communauté hospitalière de territoire
CME : commission médicale d'établissement
CMU : couverture maladie universelle
CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire
CNAM : caisse nationale d'assurance maladie
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CS : consultation spécialisés
CSP : code de la santé publique
CSS : code de la sécurité sociale
DGOS : direction générale de l'offre de soins
DIM : département de l'information médicale
DMS : durée moyenne de séjour
EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS : établissement public de santé
ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP : équivalent temps plein
EV : espérance de vie
EVN : espérance de vie à la naissance
FEHAP : fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FHF : fédération hospitalière de France

FIDES : facturation individuelle des établissements de santé
GH : groupe hospitalier
GHT : groupement hospitalier de territoire
HCSP : haut conseil de la santé publique
HDJ : hôpital de jour
HL : hôpital local
HP : hôpital de proximité
HPST : hôpital, patients, santé, territoires
IDE : infirmier diplômé d'Etat
IRDES : institut de recherche et documentation en économie de la santé
ISS : inégalités sociales de santé
LFSS : loi de financement de la sécurité sociale
MSP : maison de santé pluriprofessionnelle
NGAP : nomenclature générale des actes professionnels
OMS : organisation mondiale de la santé
ORL : oto-rhino-laryngologie
PH : praticien hospitalier
PM : personnel médical
PMP : projet médical partagé
PNM : personnel non médical
PRS : projet régional de santé
RH : ressources humaines
ROSP : rémunération sur objectif de santé publique
RP : recensement de population
RSA : revenu de solidarité active
SEGA : short emergency geriatric assessment ou sommaire de l'évaluation du profil gériatrique à l'admission)
SI : système d'informations
SSR : soins de suite et réadaptation
T2A : tarification à l'activité
TDB : tableau de bord
TM : ticket modérateur
TO : taux d'occupation
USLD : unité de soins de longue durée
VSL : véhicule sanitaire léger

Introduction

L'accueil de patients ne nécessitant pas d'hospitalisation dans les établissements de santé n'est pas un phénomène nouveau. En 1637, lors de la construction des Frères de la Charité, un « cabinet de réception » était prévu. Il s'agit de l'ancêtre de la « consultation porte ». Puis, en 1941, la loi reconnaît l'opportunité des actes et consultations externes (ACE) pour les malades dont « l'état ne nécessite pas leur hospitalisation ». Le règlement d'administration publique viendra préciser leur objet : « permettre aux malades et blessés en état de se déplacer, soit de venir recevoir des soins, soit de se faire établir le diagnostic d'une affection et prescrire le traitement approprié »¹. Enfin, l'existence des ACE a été consacrée par le décret d'application du 3 août 1959², qui établit leur caractère obligatoire. Ainsi, « tout centre hospitalier doit posséder [...] des services de consultations et de soins pour malades externes dans toutes les disciplines pour lesquelles existe un service d'hospitalisation et rattachés ou non aux services correspondants »³.

Aujourd'hui, l'ensemble de ces textes est abrogé. Toutefois, l'article L 6111-1 du CSP, qui définit les missions des établissements de santé, précise que ces derniers doivent délivrer leurs soins « avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile ». De la même façon, l'article R 162-51 du CSS énonce que « les établissements de santé peuvent organiser des consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26 pour permettre aux malades, blessés et femmes enceintes en état de se déplacer soit de venir recevoir des soins, soit de faire établir le diagnostic d'une affection et prescrire le traitement approprié ».

Même si ce phénomène est ancien, les ACE ne font toujours pas l'objet d'une définition réglementaire. En outre, l'article 15 de la NGAP définit le contenu de la consultation. Ainsi, cette dernière doit comporter « un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique ». Cette activité est de même nature que celle réalisée par les praticiens libéraux en cabinet de ville. Toutefois, la circulaire du 12 février 1983 précise que la consultation externe hospitalière doit être plus large que la consultation en médecine de ville. En effet, « sa caractéristique est de mettre à disposition des patients en un lieu unique une variété de spécialités et d'équipements et de leur offrir ainsi un accès à un plateau technique performant ». Ainsi, selon cette circulaire, l'unité de lieu et la diversité de l'offre médicale définissent la consultation externe hospitalière.

¹ Loi du 21 décembre 1941 relative à la réorganisation des hôpitaux et des hospices civils

² Pris en application de l'ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière

³ Article 3 du décret n°59-957 du 3 août 1959 relatif au classement des hôpitaux et hospices publics

Ainsi, l'analyse de l'activité externe hospitalière nécessite la définition d'un vocabulaire commun en amont. En effet, lorsque l'on évoque les ACE, plusieurs notions peuvent être confondues. Ils recouvrent des activités de natures très variées, sous deux types de prestations⁴. D'une part, les ACE au sens strict correspondent à l'ensemble des prestations référencées dans la NGAP et la CCAM. D'autre part, les prestations hospitalières sans hospitalisation peuvent également être assimilées à des ACE (soins nécessitant la consommation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation, soins réalisés sans hospitalisation, administration de produits et prestations en environnement hospitalier, ...). Le périmètre de cette étude se restreint aux consultations externes médicales, ainsi qu'aux majorations / forfaits / actes associés. Ainsi, les consultations paramédicales ne sont pas retenues. De la même façon, les actes et consultations internes, c'est-à-dire ceux réalisés par les praticiens en faveur des patients hospitalisés ne sont pas intégrés aux données d'activité. En effet, ils ne donnent pas lieu à une recette complémentaire et sont intégrés dans une prise en charge plus globale du séjour. Par ailleurs, les actes d'imagerie médicale sont exclus, ainsi que les actes de biologie, d'anesthésie, d'obstétrique ou encore de chirurgie opératoire.

Le Centre Hospitalier Bertinot Juel (CHBJ) est localisé dans la commune de Chaumont-en-Vexin (60), ville de 3 000 habitants, frontalière de l'Eure (27) et du Val d'Oise (95). Au début des années 1980, la restructuration territoriale de l'offre de soins a provoqué la fermeture de la maternité, puis celle du plateau chirurgical. Mais rapidement, l'établissement a su développer la filière de soins gériatriques (HDJ, médecine, SSR et USLD) et se positionner sur la prise en charge de la personne âgée. Il correspond donc à ce que l'on catégorisait, jusqu'à la loi HPST, comme un « **hôpital local** » (HL). A ce titre, l'établissement a dû développer des consultations avancées de spécialistes en tenant compte « des besoins de la population accueillie, de l'offre publique et libérale existante, de l'éloignement entre l'hôpital local et les établissements de santé »⁵ et a pu, « dans l'intérêt des patients, mettre en place une organisation de proximité pour dispenser des soins médicaux non programmés »⁶.

Si le CHBJ rentre désormais dans la catégorie des EPS, il n'en reste pas moins une structure de proximité, avec un positionnement différent des autres CH. A ce titre, au cours de l'année 2016, l'établissement a été labellisé « **hôpital de proximité** » (HP), sur proposition de l'ARS. A l'échelle nationale, la création de ce label est l'aboutissement d'un certain nombre de constats. Tout d'abord, en 2009, la loi HPST supprime la notion d'HL. Puis, en 2012, le Pacte territoire santé consacre l'engagement n°11 au renforcement du

⁴ CHARPY Christian, secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, « Les comptes de la sécurité sociale, Résultats 2014 – Prévisions 2015 et 2016 », rapport de septembre 2015

⁵ Circulaire DHOS/O 3/DGAS/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

⁶ Idem

rôle des HP dans l'appui au premier recours⁷. Ainsi, les HP doivent jouer un rôle important dans l'accès aux soins des populations locales et la loi leur confie notamment la mission de contribuer, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans le territoire qu'ils desservent et de favoriser l'accès à des consultations spécialisées et avancées. Ensuite, en 2013, un rapport de la Cour des Comptes⁸ fait état des spécificités des prises en charge assurées dans ces structures. Il s'agit notamment de la faible volumétrie des séjours, de la DMS relativement élevée, d'un âge moyen des patients lui aussi élevé avec des comorbidités importantes⁹. En 2014, c'est au tour de la DGOS de lancer une enquête auprès des ARS. Cette enquête démontre que l'intérêt de la présence de structures dites de proximité est étroitement lié au contexte local (densité médicale et offre de soins faibles). Enfin, en 2015, une mesure législative, portée par le Ministère en LFSS, reconnaît le rôle spécifique des HP.

Ainsi, depuis de nombreuses années, le CHBJ développe son offre en matière d'ACE. Cette offre peut être distinguée en deux grandes catégories (objets de l'étude) :

- **Les consultations de médecine générale et soins de proximité** : regroupent l'activité non programmée de petite urgence ou « bobologie », mais aussi les consultations plaies et cicatrisation et les consultations d'évaluation gériatrique ;
- **Les consultations spécialisées (CS) ou avancées** : addictologie, cardiologie, chirurgie orthopédique, dermatologie, diabétologie, gastroentérologie, gynécologie, hémato-oncologie, mémoire, ORL et enfin polygraphie.

A travers l'exemple du CHBJ, nous pouvons alors nous demander pourquoi les HL, puis les HP ont toujours été incités à développer à la fois une offre de soins de premier recours, ainsi que des consultations spécialisées et avancées. **Quels sont les enjeux d'une offre d'ACE de proximité ?**

Du côté des établissements de santé, historiquement, l'activité externe hospitalière a toujours été considérée comme secondaire par rapport à l'activité d'hospitalisation. Cette dernière représente encore le cœur de métier des médecins hospitaliers, mais aussi l'aspect le plus valorisant de leur activité. De plus, les ACE souffrent d'un enjeu financier perçu comme mineur par les décideurs hospitaliers, dû à la réglementation tarifaire en vigueur. Ainsi, les ACE sont souvent perçus comme coûteux et générateurs de

⁷ La notion de premier recours est issue des Etats généraux de l'organisation de la santé et a été consacrée par la loi HPST qui la définit au travers de trois fonctions : l'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement) ; le suivi du patient et la coordination de son parcours ; le relais des politiques de santé publique (prévention, dépistage, éducation thérapeutique, éducation à la santé).

⁸ Cour des comptes, « Chapitre XI - L'avenir des hôpitaux locaux », *Rapport de la sécurité sociale*, septembre 2013

⁹ Les niveaux de sévérité 3 et 4 représentent plus de 33% du total de l'activité

problématiques organisationnelles. Par ailleurs, le précédent mode de financement des EPS (par dotation globale) ne favorisait pas le développement de ce secteur d'activité.

Aujourd'hui, notamment avec la mise en place de la T2A, le changement de paradigme de l'activité externe hospitalière pousse les acteurs hospitaliers à s'y intéresser de plus en plus. Tout d'abord, les ACE représentent un réel potentiel d'activité. En effet, son volume a dépassé les **40 millions en 2014**, avec une progression très dynamique (+9% par an en moyenne depuis 2008 pour la médecine générale et +1,4% pour la médecine spécialisée), alors même que le volume des consultations de ville a tendance à stagner¹⁰. Enfin, les ACE sont également une source de recettes pour les établissements. Leur financement est indépendant des autres tarifs hospitaliers. En effet, la tarification des ACE à l'hôpital (par le biais de la CCAM et de la NGAP) est fixée de manière exogène par la convention établie entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux. Au niveau national, sur la période 2008-2014, les dépenses d'ACE ont connu une progression soutenue (+5% en moyenne par an, soit **3,6 Mds€ en 2014**), contrairement aux dépenses d'assurance maladie liées au financement de l'activité de court séjour des établissements de santé, qui a été deux fois plus modérée¹¹.

L'activité externe du CHBJ atteste les résultats de ce rapport. En effet, celle-ci est en constante augmentation depuis le début des années 2000 et atteint **16 971 consultations** et **3 777 actes** réalisés pour l'année 2016. Cependant, la situation financière du plateau des ACE est problématique pour l'établissement. En effet, le déficit atteint plus de **300 000€** pour la seule année 2016. Ainsi, en fin d'année, l'ARS a versé une subvention non reconductible au CHBJ, ramenant le déficit du service des ACE à hauteur de 150 000€. Jusqu'à présent, l'établissement présentait de bons résultats sur son budget principal (excédent de 175 000€ en 2016). Seulement, dans l'avenir, le déficit de l'activité externe peut représenter un poids financier important pour le CHBJ. En effet, l'établissement se trouve en plein projet architectural actuellement. De plus, comme dans de nombreux HP, le taux d'occupation n'est pas optimal, notamment dans le service de médecine. Ainsi, dans l'EPRD 2017, pour la première fois, le budget principal a été présenté en déficit, à hauteur de 115 000€ (au global des budgets, l'établissement reste à l'équilibre). Le déficit de l'activité externe du CHBJ constitue donc une préoccupation pour l'avenir de l'établissement. Toutefois, la situation financière des ACE du CHBJ n'est pas exceptionnelle au regard des autres plateaux de consultations externes (CE). Au contraire, l'activité externe hospitalière a la réputation d'être structurellement déficitaire.

¹⁰ CHARPY Christian, secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, « Les comptes de la sécurité sociale, Résultats 2014 – Prévisions 2015 et 2016 », rapport de septembre 2015

¹¹ Idem

Ainsi, à travers l'exemple du CHBJ, nous pouvons alors nous interroger sur les atouts d'un service d'ACE au sein d'un CH de proximité, mais aussi sur ses limites en termes de coût et de problématiques organisationnelles ?

L'enjeu ici est de pouvoir se positionner sur l'avenir à moyen et long terme du plateau d'ACE du CHBJ. Il s'agit, en quelque sorte, d'évaluer les plus-values et les moins-values d'un service d'ACE au sein d'un CH de proximité, autant pour les usagers que pour l'établissement lui-même. Pour cela, il faudra identifier les enjeux en matière d'accès aux soins pour la population locale d'une part et les enjeux financiers et organisationnels pour un HP d'autre part. L'objectif final étant de proposer des pistes d'amélioration en vue de combiner la satisfaction des besoins de santé de la population locale et la viabilité économique (c'est-à-dire la tendance vers l'équilibre financier) du service des ACE de l'établissement.

Dans un souci d'accessibilité territoriale et sociale de l'offre de soins et de pérennité de l'activité hospitalière, comment un CH de proximité, au-delà de sa mission première de prise en charge de la personne âgée, peut développer une activité externe équilibrée, malgré la faiblesse du modèle économique ?

Il apparaît alors pertinent de s'interroger, dans un premier temps, sur l'intérêt et la place du service des ACE au sein de son territoire de santé et du projet d'établissement. Dans un second temps, il s'agira d'établir le bilan financier de l'activité externe du CHBJ et d'identifier les différentes problématiques associées au service des ACE, autant au niveau économique qu'au niveau organisationnel. Enfin, il s'agira de se positionner sur l'avenir des ACE du CHBJ, en explorant les différentes possibilités d'optimisation du modèle économique et les diverses alternatives envisageables, sans dégrader pour autant la prise en charge des usagers.

Méthodologie

Des grilles d'entretien semi-directif ont été élaborées pour les différents professionnels interrogés. De nombreux professionnels, exerçant des responsabilités en lien direct ou indirect avec les consultations externes du CHBJ, ont été interrogés, afin de réaliser une étude complète.

Les personnes interrogées peuvent se distinguer en deux catégories. D'une part, des agents du CHBJ ont été rencontrés :

- La Direction : directrice, président de CME, responsable RH, responsable des relations avec les usagers et des recettes, responsable économat / finances ;
- Des agents du service des ACE : praticiens, cadre de santé, IDE, agents des admissions / facturation, secrétaire médicale (SM).

D'autre part, des personnes externes à l'établissement ont également été interrogées :

- Un médecin des urgences du CHB ;
- Le chargé de mission premier recours et professionnels de santé de l'ARS Haut de France ;
- La CPAM de l'Oise ;
- La Direction de l'EHPAD La Compassion de Chaumont-en-Vexin.

Par ailleurs, des temps d'observation ont également été réalisés au sein des équipes de terrain. Il s'agit notamment des équipes d'IDE, de l'équipe des admissions et de la facturation, ou encore du secrétariat médical. Ces observations ont été effectuées à l'aide de grilles, recouvrant l'ensemble des points devant faire l'objet d'une analyse.

Enfin, de nombreuses analyses documentaires ont été effectuées pour mener à bien cette étude. Il s'agit d'une part de documents internes à l'établissement : projet d'établissement 2013-2017, CPOM 2013-2017, rapport d'activité 2016, livret d'accueil, conventions de coopération médicale et contrats des médecins des ACE.

D'autre part, des documents externes à l'établissement ont également été étudiés. Il s'agit notamment de l'état des lieux sanitaire, médico-social et social du territoire de santé Oise ouest (2011), du diagnostic territorialisé des Hauts-de-France / territoires de proximité (2017), du PRS 2012-2017 de l'ex région Picardie et de son rapport d'évaluation.

1 Un enjeu en matière d'accessibilité pour la population et de pérennité de l'activité pour les établissements de proximité

Dans cette première partie, l'objectif est de mener une réflexion sur l'enjeu de l'activité externe au sein des HP. En d'autres termes, il s'agit ici de s'interroger sur la plus value d'une offre de soins ambulatoires au sein d'un CH de proximité, à la fois pour les besoins de santé des usagers externes (1.1), mais aussi pour l'établissement lui-même (1.2).

1.1 La réduction des inégalités territoriales et sociales de santé, un enjeu pour la population locale

En France, les disparités de santé sont multiples, tant en termes de mortalité que de morbidité. D'une part, les HP, comme leur nom l'indique, joue un rôle prépondérant dans l'amélioration de l'accessibilité territoriale aux soins ambulatoires (1.1.1). Ils permettent en ce sens de pallier le déficit de la médecine de ville et de réduire les inégalités territoriales de santé. D'autre part, ils permettent également de réduire les inégalités sociales de santé, en délivrant une offre de soins à tarifs opposables, accessible à tous (1.1.2).

1.1.1 Le constat d'inégalités territoriales de santé et d'une offre de soins limitée renforce l'enjeu de la proximité pour les usagers

Les disparités territoriales, tant en termes de mortalité que de morbidité sont multiples à l'échelle nationale. Les cartes des écarts régionaux des taux standardisés de mortalité prématurée en sont une illustration très globale. Ces disparités font ressortir un gradient nord-sud, plus marqué pour les hommes¹².

Quelle est la situation sanitaire au sein du territoire de proximité du CHBJ ?

Le CHBJ se situe à l'extrême sud-ouest de la région Hauts-de-France, dans le département de l'Oise. Ce dernier est découpé en quatre territoires de proximité : Beauvais, Clermont, Senlis et Compiègne. Le CHBJ est un établissement de proximité de référence au sein du territoire de proximité n°12 de Beauvais, constitué de 17 cantons et plus de 300 communes (cf. annexe 1). D'une manière générale, au niveau régional¹³, les indicateurs de mortalité de la région Hauts-de-France sont plus mauvais que ceux du niveau national et de toutes les autres régions hexagonales. Quel que soit le genre, la mortalité générale est supérieure de 20 % à celle du pays et la surmortalité des moins de 65 ans (mortalité prématurée) est de 33 % pour les hommes et de 26 % pour les femmes.

¹² DANET Sandrine, COCAGNE Nicolas, FOURCADE Aurélie, « L'état de santé de la population en France. Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2009-2010 », DREES, Collection Etudes et Résultats, n°747, janvier 2011

¹³ OR2S en collaboration avec l'ARS Hauts-de-France, « Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France », janvier 2017

En moyenne, sur la période 2006-2013, les hommes ont une EVN de 75 ans dans la région (soit 3 ans en-dessous de la moyenne nationale) ; pour les femmes, elle est de 83 ans (soit 2 ans de moins). L'EVN est donc réduite, quelque soit le genre. Cette situation sanitaire défavorable se retrouve également au niveau infra-régional. Ainsi, les indicateurs de mortalité du territoire de proximité de Beauvais sont, en majorité, plus mauvais que ceux du niveau national. Sur la période 2006-2013, la mortalité générale est supérieure de 15% pour les hommes et de 25% pour les femmes. De la même façon, on observe une surmortalité des 15-34 ans, de l'ordre de 25% avec un différentiel qui ne cesse de croître depuis les années 1980¹⁴.

En ce qui concerne les maladies chroniques, la situation du territoire est également préoccupante. En effet, en région comme pour l'ensemble des territoires de proximité, une surmortalité par cancer est identifiée, quelque soit l'âge, avec une différence encore plus significative chez les hommes de moins de 65 ans. De la même façon, une sur admission pour cancer chez les moins de 65 ans a été établie, quelque soit le genre. Par ailleurs, le diabète de type 2 est également sur représenté dans la région comme dans tous les territoires de proximité, tant en termes de surmortalité, que de sur admission, particulièrement chez les femmes¹⁵. Ainsi, le territoire de proximité du CHBJ présente une situation sanitaire plutôt défavorable et relativement inquiétante.

Les explications de ces variations sanitaires renvoient notamment à la répartition de l'offre de soins sur le territoire. En France, l'inégale répartition des médecins sur le territoire induit un effort de déplacement important pour certains individus (les plus éloignés de l'offre et les moins mobiles), ce qui peut représenter une barrière potentielle dans l'accès aux soins. Selon une récente étude de l'IRDES¹⁶, la proximité est un élément central du choix d'un médecin. Ainsi, la probabilité de recourir au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste est liée à la disponibilité de l'offre sur le territoire. En France, un patient met en moyenne huit minutes pour se rendre chez un médecin généraliste. Ces temps de parcours restent très variables. Toutefois, il est à noter que près de la moitié des consultations a été effectuée au sein de la commune de résidence du patient. En effet, 84% de la population française disposent d'un médecin généraliste dans leur commune de résidence.

De la même manière, l'éloignement de l'offre réduit la probabilité de recourir à un médecin spécialiste. Ainsi, la distance d'accès au spécialiste le plus proche joue un rôle prépondérant. En effet, la probabilité de recourir au moins une fois dans l'année aux soins

¹⁴ OR2S en collaboration avec l'ARS Hauts-de-France, « Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France », janvier 2017

¹⁵ Idem

¹⁶ COM-RUELLE Laure, LUCAS-GABRIELLI Véronique, PIERRE Aurélie (Irdes), avec la collaboration de COLDEFY Magali (Irdes), « Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins », *Questions d'économie de la santé*, n° 219, juin 2016

de médecins spécialistes est plus fréquente pour les personnes résidant dans des communes où l'APL¹⁷ est la plus élevée ou au sein d'un grand pôle. Il existe donc un gradient important de recours aux soins selon la distance d'accès aux spécialistes le plus proche. Parmi les spécialités, seule la cardiologie semble faire exception. En France, un patient met en moyenne près de 20 minutes pour se rendre chez un spécialiste. Seul un quart des recours a été réalisé dans la commune de résidence du patient.

L'IRDES met donc en évidence une inégalité de recours aux soins, liée aux disparités territoriales d'implantation des médecins. Le recours aux soins ambulatoires (généralistes et spécialistes) requière des efforts de déplacements importants pour les patients qui résident dans des territoires où l'offre de soins est insuffisante et influencent leur recours aux soins. Ils ont une plus faible probabilité de consulter un généraliste ou un spécialiste dans l'année. Ainsi, le soin n'est pas un bien consommé selon des préférences individuelles. En effet, il dépend en partie de l'offre sur un territoire donné.

Qu'en est-il de l'offre de soins ambulatoires sur le territoire du CHBJ ?

Tout d'abord, il faut savoir que les territoires de proximité isariens sont moins bien pourvus en médecins généralistes libéraux que le reste de la région, voire de l'Hexagone. Au niveau du territoire de proximité de Beauvais, leur densité est largement en-dessous de la densité nationale (moins de 70 pour 100.000 habitants contre 91 pour la région et 92 pour la France)¹⁸. Le territoire de proximité de Beauvais se retrouve donc parmi les moins denses en médecins généralistes libéraux de la région et la part de médecins ayant au moins 55 ans est particulièrement élevée (près de 65%)¹⁹. Par conséquent, le nombre d'actes moyens par habitant en consultations et visites de médecins généralistes libéraux en 2015 est d'à peine 4 (contre 4.3 pour la France)²⁰.

De plus, lors de la dernière étude infra-régionale de 2007²¹, l'ancien territoire de santé Oise Ouest (cf. annexe 2) disposait d'une densité de spécialistes libéraux 2,4 fois plus faible que la moyenne nationale (35.7 contre 87.1 pour 100.000 habitants). Pour un grand nombre de spécialités, la part des médecins exerçant en secteur libéral était plus élevée au niveau national (entre 20 et 40%). Cela a pour conséquence une densité de médecins libéraux moindre pour de nombreuses disciplines (cf. annexe 3), notamment les dermatologues (0,9 pour 100 000 habitants contre 5,2 pour la France entière). En outre, parmi les libéraux, près de trois médecins sur quatre sont âgés de 55 ans ou plus dans

¹⁷ Accessibilité potentielle localisée

¹⁸ OR2S en collaboration avec l'ARS Hauts-de-France, « Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France », janvier 2017

¹⁹ Idem

²⁰ Idem

²¹ OR2S en collaboration avec l'ARS Picardie, « Territoire de santé Oise-Ouest - Etat des lieux sanitaire, médico-social et social des territoires de santé de Picardie », Collection : les territoires de santé en Picardie, livret territorial, janvier 2011

certaines disciplines. Si l'on ajoute les médecins spécialistes salariés aux libéraux, l'ancien territoire de santé Oise Ouest compte deux fois moins de spécialistes qu'au niveau national. Dans certaines spécialités, 75% de l'effectif a au moins 55 ans.

Quel est le rôle de l'HP dans ces territoires fragiles où la densité médicale décline ?

Le 13 décembre 2012, l'ancienne Ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, présentait le Pacte territoire santé. Elle y fait le constat d'une intensification de la désertification médicale : « en cinq ans, deux millions de français supplémentaires sont touchés (...). Les inégalités entre les territoires ne cessent d'augmenter. Les délais pour accéder à un médecin spécialiste sont de plus en plus longs »²². Dans ce document, la Ministre présente douze mesures, afin de lutter contre ces déserts médicaux, dont la onzième s'intitule : « Adapter les HP et responsabiliser les CH de niveau régional à l'égard de leur territoire ». En effet, les HP sont implantés sur des territoires fragiles et jouent, à ce titre, un rôle important en matière d'accès aux soins. Les disparités régionales de recours aux soins s'expliquent en partie par des différences au niveau de l'offre de soins, l'offre créant en partie la demande dans notre système de santé. Les caractéristiques organisationnelles du système de santé, notamment l'accessibilité sous sa dimension géographique, influent donc sur l'état de santé de la population. Ainsi, dans les territoires où la densité médicale décline, les structures de proximité telles que le CHBJ répondent aux besoins de santé d'une population vulnérable, nécessitant d'être prise en charge proche de son domicile compte tenu de sa fragilité et permettent de garantir l'accès à l'offre de premier recours. Les territoires fragiles présentent des enjeux importants en termes de maintien ou d'amélioration de la démographie médicale. En parallèle, l'accès aux soins ambulatoires doit prendre en compte un autre paramètre, la vulnérabilité sociale de la population locale.

1.1.2 Le constat d'inégalités sociales de santé renforce l'enjeu d'une offre financièrement accessible pour les usagers

Plusieurs études démontrent l'importance de la catégorie sociale, du niveau de revenus, du niveau d'éducation et de la place dans la hiérarchie sociale. L'accès à l'emploi, les conditions de travail, les possibilités d'occuper un logement adapté constituent de véritables déterminants de santé. Ainsi, les groupes socialement favorisés semblent être en meilleure santé. Ces inégalités sociales de santé se constituent dès le plus jeune âge et ont des conséquences durables²³. En France, le HCSP a documenté le sujet en 2009 et a pu constater des différences notables d'espérance de vie entre groupes sociaux. Par

²² Ministère des affaires sociales et de la santé, « Pour lutter contre les déserts médicaux », *Le Pacte territoire santé*, décembre 2012

²³ OMS, « Rapport sur la santé en Europe 2009 – santé et systèmes de santé », Bibliothèque de l'OMS, 2010

exemple, les écarts d'espérance de vie à 35 ans atteignent sept ans pour les hommes et trois ans pour les femmes, en faveur des cadres par rapport aux ouvriers. De plus, ces ISS ont même tendance à s'accroître, malgré une tendance concomitante à l'amélioration de l'espérance de vie. Ceci constitue un véritable paradoxe. En effet, le système de santé français est considéré par l'OMS comme le plus performant au monde, alors même que « les disparités devant la mort en fonction des catégories socio professionnelles sont parmi les plus élevées des pays occidentaux »²⁴.

De la même façon, un lien étroit entre la consommation individuelle de soins et la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du ménage a été établi. Ainsi, les dépenses totales de santé sont plus élevées pour les personnes issues des groupes sociaux moins favorisés. Ainsi, les groupes sociaux les moins favorisés subissent une « double peine »²⁵ : une espérance de vie plus courte et des incapacités plus importantes (plus forte présence de la maladie et des comportements néfastes à la santé).

Comme pour les inégalités territoriales de santé, les ISS peuvent induire un renoncement aux soins. Ici, c'est l'accessibilité financière des soins qui est en question et non plus l'accessibilité territoriale. Il s'agit d'un phénomène complexe, qui n'a pas encore de définition stabilisée. Ce renoncement financier aux soins est aussi appelé « renoncement barrière »²⁶. En 2012, le pourcentage de français ayant renoncé (temporairement ou définitivement) aux soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois se situe entre 16 et 18%²⁷. Une étude plus récente, effectuée en 2014 auprès d'étudiants, fait état d'un renoncement à des consultations de professionnels de santé ou à des soins à hauteur de 27%²⁸. L'absence de couverture maladie complémentaire semble être le facteur explicatif le plus important, concernant le renoncement financier aux soins. Il est directement lié à la situation socio-économique de la population.

Quelles sont les caractéristiques socio-économiques de la population du territoire du CHBJ ?

La population de la région Hauts-de-France présente une réelle fragilité sociale, mesurée tant par le niveau de diplôme, l'accès à l'emploi, que par les revenus, y compris les transferts sociaux²⁹. En effet, dans la région, 16,6 % des jeunes de 25-34 ans ne sont pas

²⁴ FASSIN Didier et HAURAY Boris, *Santé publique l'état des savoirs*, INSERM, La Découverte, 2010

²⁵ RAIMONDEAU Jacques, *L'épreuve de santé publique* 2ème édition, Presses de l'EHESP, Collection Fondamentaux, 2016

²⁶ DESPRES Caroline, « Le renoncement aux soins pour raisons financières – Analyse socio-anthropologique », DREES, Série Etudes et Recherche, n°119, mars 2012

²⁷ Idem

²⁸ La mutuelle des étudiants (LMDE), *4^{ème} enquête nationale sur la santé des étudiants (ENSE 4)*, juin 2015

²⁹ OR2S en collaboration avec l'ARS Hauts-de-France, « Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France », janvier 2017 (sources : Insee-Exploitation OR2S)

ou peu diplômés au 1er janvier 2013 (pour 14,7 % en France). Il y a même six points qui séparent les diplômés de niveau Bac+2 et plus (37,4 % en région pour 43,3 % en France). Dans les Hauts-de-France, une personne sur six de 15 ans et plus déclare être au chômage au RP 2013. Il s'agit du taux le plus important des régions françaises. Les jeunes sont particulièrement concernés (36,5 % des actifs de 15-24 ans pour 28,3 % dans l'Hexagone). En moyenne, les revenus sont plus faibles dans la région. Ainsi, en 2014, plus de 3 200 € séparent le revenu moyen annuel des foyers fiscaux de la région de ceux du pays. C'est aussi dans les Hauts-de-France que la part des foyers fiscaux non imposés est la plus élevée (59,8 % versus 53,8 %). Cette première place est également détenue pour les transferts sociaux (RSA : 12,1 % versus 8,0 % au 31 décembre 2014 ; allocations logement : 26,8 % versus 22,7 %, à cette même date).

Cette fragilité sociale est plus contrastée au niveau infra-régional³⁰. Ainsi, au sein du territoire de proximité de Beauvais, près de 20% des jeunes de 25-34 ans ne sont pas ou peu diplômés au 1^{er} janvier 2013. Ce taux est largement supérieur à ceux de la région (16.6%) et de l'Hexagone (14.7%). De la même manière, le taux de jeunes diplômés d'au moins bac +2 est inférieur à la moyenne régionale et nationale (respectivement 37.4% et 43.3%). De plus, une personne sur sept de 15 ans et plus déclare être au chômage au RP 2013. Ce taux est légèrement supérieur au taux national (une personne sur huit), mais il est inférieur au taux régional de 16.4%. De la même façon, les jeunes sont particulièrement concernés (30% des actifs de 15-24 ans pour 28.3% dans l'Hexagone et 36.5 dans la région).

Toutefois, on peut noter que l'emploi précaire des jeunes est sous-représenté au niveau du territoire (inférieur à 20% pour une moyenne hexagonale de 23.3%). De même, l'analyse des indicateurs de revenus montre que le territoire de proximité de Beauvais se situe dans la moyenne nationale et dans une situation bien plus favorable que la moyenne régionale. En effet, plus d'un foyer fiscal sur deux est non imposable en 2014 (près de 55% des foyers fiscaux pour 53.8% pour la moyenne nationale), alors que ce taux atteint près de 60% en région. Quant aux transferts sociaux, ils sont également proches de la moyenne hexagonale, que ce soit pour le RSA (près de 10% versus 8% au 31 décembre 2014) ou les allocations logement (environ 20% versus 22% pour la France). Ces taux restent largement inférieurs à ceux de la région (12.1% pour le RSA et près de 27% pour les allocations logement). De la même façon, la part de bénéficiaires de la CMUC du territoire est comparable à celle du niveau national (aux alentours des 8% en 2015). Ainsi, la population du territoire présente des caractéristiques socio-économiques plutôt

³⁰ OR2S en collaboration avec l'ARS Hauts-de-France, « Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France », janvier 2017 (sources : Insee-Exploitation OR2S, Ministère de l'Economie et des Finances-DGFIP, CCMSA, Cnaf, Ministère du logement et de l'habitat durable-RPLS, SNIIRAM, ARS Hauts de France)

moyennes, voire défavorables. Elle subit donc les effets des inégalités sociales de santé et il existe un risque avéré de « renoncement barrière ».

Quel est le rôle de l'HP en matière d'accessibilité financière aux soins ?

A travers les siècles, l'Hôpital s'est toujours positionné en faveur des personnes démunies. C'est également le cas du CHBJ, ancien hôpital-hospice. Un hospice peut être considéré comme le « lieu de relégation traditionnel pour les vieillards misérables ou indésirables »³¹. Dès 1662, Louis XIV demande la création, dans chaque ville importante, d'un hôtel-Dieu et d'un hospice pour y recevoir et « renfermer les pauvres, vieillards, vagabonds, enfants orphelins et prostituées ». Puis, sous la troisième République, l'idée d'une assistance publique moderne est consacrée. La doctrine solidariste, développée par Léon Bourgeois, inspire les lois adoptées pendant cette période. Il s'agit notamment de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, ou encore de la loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables. Les hospices deviennent un signe de solidarité républicaine.

Quant au CH de Chaumont-en-Vexin, sa construction a démarré en 1913 et son inauguration a eu lieu le 21 septembre 1924, grâce notamment aux deux legs successifs de Madame et Monsieur BERTINOT JUEL. La donation de ces deux bienfaiteurs était assortie d'une condition : un lit d'hospitalisation serait réservé gratuitement pour l'accueil des nécessiteux.

Aujourd'hui encore, le CHBJ est un EPS de proximité, qui porte les valeurs du service public et qui défend l'égalité d'accès aux soins. Ainsi, l'établissement propose des consultations externes hospitalières à tarif opposable et a mis en place le tiers payant, afin d'éviter l'avance des frais aux usagers. Les ACE au sein des HP jouent donc un rôle important en matière d'accessibilité financière aux soins, du fait de l'opposabilité des tarifs, stipulée à l'article L 162-26 du CSS. Dans certains cas, ils permettent même de pallier une offre libérale à tarif opposable insuffisante ou plus difficile d'accès. Ainsi, dans les régions où la densité de spécialistes libéraux conventionnés de secteur 1 est faible, la dépense de consultations de spécialistes en activité externe par habitant est plus élevée. Le phénomène inverse est également constaté au niveau national. En 2015, l'ex-région Picardie affichait alors une dépense de consultations de spécialistes en activité externe par habitant supérieure à la moyenne nationale (7.30€ contre 6.96€³²). En effet, la densité

³¹ FELLER Elise, Du vieillard au retraité - La construction de la vieillesse dans la France du XXe siècle, Collection Effiscience, janvier 2017

³² Les comptes de la sécurité sociale, « Les actes et consultations externes à l'hôpital », Fiche éclairage des rapports à la CCSS (commission des comptes de la sécurité sociale), septembre 2015

de spécialistes libéraux conventionnés de secteur 1 est inférieure à la moyenne nationale dans cette région (37.8 contre 47.4 pour 100.000 habitants³³).

Nous venons de voir la plus-value des ACE pour les usagers, notamment en matière d'accessibilité territoriale et sociale aux soins ambulatoires. Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique, qui peut en partie répondre à la problématique des inégalités de santé. A présent, nous allons essayer de comprendre pourquoi le CHBJ s'est lancé, depuis quelques années, dans le développement de cette activité externe.

Dans ce contexte relativement défavorable, quels bénéfices un HP peut-il retirer du développement d'une activité externe ?

1.2 La visibilité de l'établissement et la pérennité de l'activité : des enjeux de taille pour un hôpital de proximité

Outre la réponse à l'amélioration de l'accès aux soins ambulatoires pour les patients externes, il existe également un certain nombre de bénéfices à développer l'activité externe pour les HP eux-mêmes.

Il s'agit notamment ici de la visibilité des établissements de proximité sur leur territoire de santé et même au-delà (1.2.1), de la qualité et de la sécurité des soins hospitaliers dispensés au sein de ces structures (1.2.2), mais aussi du maintien de leur niveau d'activité, plus particulièrement en médecine (1.2.3).

1.2.1 L'activité externe au service de la reconnaissance de l'établissement comme un acteur central au sein de son territoire de santé

Le temps où les hôpitaux pouvaient vivre en autarcie est aujourd'hui révolu. Ces derniers doivent coopérer avec une multitude d'acteurs de santé publics, privés associatifs ou lucratifs, sans parler de la médecine de ville libérale. Dans un contexte de désertification médicale, de nombreuses spécialités médicales sont devenues des ressources rares. Ainsi, la mutualisation du temps médical entre plusieurs établissements peut être un atout. En effet, cela permet de rendre plus attractif le recrutement du médecin (partage du coût pour les établissements et exercice diversifié pour le praticien) et d'apporter une réponse adaptée aux besoins de la population (offre de proximité privilégiée). Des coopérations organisées et formalisées favorisent la qualité des soins et un meilleur emploi des ressources médicales, ainsi que l'accessibilité de l'offre de soins. Entre les EPS, les CHT puis les GHT sont le vecteur privilégié de développement de stratégies de groupes publics.

³³ Les comptes de la sécurité sociale, « Les actes et consultations externes à l'hôpital », Fiche éclairage des rapports à la CCSS (commission des comptes de la sécurité sociale), septembre 2015

Le CHBJ est inscrit depuis de longues années dans cette stratégie et a toujours privilégié les coopérations avec les différents partenaires de son bassin de vie. Dans un souci de complémentarité médicale et s'insérant dans une politique de coopération dynamique, le CHBJ a signé plusieurs conventions dans le cadre du développement de son activité externe. Ainsi, l'établissement accueille, au sein de son plateau de CS, des praticiens du CH de Beauvais (CHB), du CH René Dubos de Pontoise, du GH Carnelle Portes de l'Oise et de l'ANPAA. Par ailleurs, le CHBJ compte également des médecins libéraux parmi ses praticiens attachés. Dans les projets futurs de développement de l'activité externe, de nouvelles conventions de partenariat sont à privilégier, notamment avec la mise en place du GHT Oise Ouest et Vexin. Ainsi, grâce à son service d'ACE, l'HP est totalement ancré dans son environnement sanitaire et multiplie les coopérations avec les acteurs de son bassin de vie, ce qui augmente sa visibilité et crée du lien. Ainsi, il apparaît comme un acteur incontournable de son bassin de vie aux yeux des autres acteurs sanitaires, qu'ils soient partenaires ou concurrents.

Plus encore, un service d'ACE au sein d'un HP peut également être un atout majeur dans les relations avec les tutelles. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, l'accès aux soins est un véritable enjeu de santé publique. Avec une densité moyenne de 230,9 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants³⁴, la Picardie est l'ex région de France ayant la plus faible densité médicale. La situation est préoccupante, notamment dans l'Oise. Entre 2007 et 2015, le nombre de médecins dans ce département a baissé de plus de 6% et l'on constate une « fuite » importante de jeunes diplômés hors de la région.

Ainsi, entre 2012 et 2017, l'ARS Picardie puis Hauts-de-France incite le CHBJ à développer son activité externe. Dans le CPOM de l'établissement, elle insiste sur un point stratégique central : l'ancrage de l'établissement sur son territoire de santé, notamment à travers les consultations spécialisées coordonnées avec l'offre de premier recours du territoire. Le CHBJ, EPS de proximité, doit renforcer son offre de soins au profit de la population locale en garantissant et préservant l'accès aux soins. D'une part, l'ARS souhaite le renforcement des consultations de médecine générale et soins de proximité et l'organisation de cette activité, qui doit faire l'objet d'une attention particulière de manière à toujours garantir des soins de qualité et en toute sécurité. L'augmentation de ces consultations, compte tenu de la pénurie de médecins généralistes, atteste que le CHBJ joue un rôle important dans le service médical rendu à la population en sa qualité d'HP. D'autre part, l'ARS incite également à la consolidation, voire même à la diversification de l'offre de CS de proximité dans le cadre des filières territoriales. L'amélioration de l'accès aux soins repose sur la poursuite du développement de l'offre de

³⁴ Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Atlas de la démographie médicale en France », situation au 1er janvier 2015

soins existante. Ainsi, les tutelles reconnaissent clairement le rôle central de l'établissement au sein de son territoire.

Enfin, le développement d'une activité externe au sein d'un HP peut même offrir une visibilité à l'établissement au-delà de son propre territoire de santé. C'est notamment le cas du CHBJ, qui se trouve dans une situation géographique très particulière. En effet, il se situe à la fois au carrefour de trois régions (les Hauts-de-France, sa région d'appartenance, la Normandie et l'Île-de-France), mais aussi au croisement de quatre départements (l'Oise, son département d'appartenance, l'Eure, la Seine-Maritime et le Val d'Oise). Ce positionnement géographique singulier constitue un véritable atout pour l'établissement. En effet, le territoire de l'Eure connaît des problématiques sanitaires comparables à celles de l'Oise (environnement socio-économique, démographie médicale,...). Ainsi, le service des ACE de l'établissement attire à la fois des patients du département de l'Oise, mais aussi de l'Eure, ou encore du Val d'Oise.

Département	Total	Soins de proximité	CS
Oise	85,1%	86,6%	80,1%
Eure	11,8%	10,5%	16,3%
Paris et Région parisienne	2,3%	2,1%	3,0%
Autres départements	0,6%	0,6%	0,3%
Seine Maritime	0,3%	0,2%	0,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Ainsi, grâce au développement de l'activité externe, la zone d'attraction du CHBJ s'étend au-delà de son territoire de santé. Un service d'ACE représente donc un réel atout pour un HP, notamment en matière de visibilité de son offre de santé et de reconnaissance de son utilité sur son territoire. ***Mais peut-on imaginer que l'établissement en retire également des bénéfices en interne, sur le plan qualitatif et économique ?***

1.2.2 Les ACE au service de la qualité / sécurité des soins hospitaliers

Pour un HP disposant de services polyvalents et donc de praticiens de médecine générale, les consultations externes hospitalières permettent de disposer de la compétence de médecins spécialisés de manière régulière. La présence d'un service de consultations spécialisées constitue donc un réel atout qualitatif au sein d'un CH de proximité comme le CHBJ. En effet, les médecins spécialistes du plateau d'ACE peuvent réaliser des consultations au profit des patients hospitalisés et des personnes hébergées dans les autres services du même établissement. Au cours de l'année 2016, **174 CS** ont été réalisées au profit des patients hospitalisés ou hébergés au CHBJ (cf. annexe 4). Le premier bénéfice constaté est donc la qualité du service médical. En effet, l'ensemble des

services du CH (médecine / SSR / USLD) bénéficie de l'ensemble des spécialités médicale proposées au sein de l'établissement. En règle générale, comme nous venons de le voir, les médecins des HP sont soit des généralistes, soit des gériatres. Ils ne disposent donc pas nécessairement de compétences spécialisées. Ainsi, de par la proximité des services, un médecin spécialiste des ACE peut donner son avis sur le cas d'un patient d'un de ses confrères. Il existe donc une véritable complémentarité entre les différents services de l'hôpital et le service des ACE. Nous pouvons donc supposer que la qualité des soins est meilleure, grâce à la présence d'un service d'ACE.

De plus, en l'absence d'un tel service sur place, les patients en question auraient dû être transportés vers une autre structure sanitaire possédant la spécialité en question, ce qui aurait dégradé leur prise en charge. En effet, les établissements de proximité prennent généralement en charge une population âgée fragile et difficilement transportable.

Et sur le plan financier, des bénéfices sont-ils possibles ?

Au cours de l'exercice 2016, 174 patients du CHBJ ont consulté au service des CE. En l'absence d'un tel service sur place, l'établissement devrait prendre à sa charge le transport des patients vers la structure sanitaire de référence la plus proche, à savoir le CHB, qui se situe à 27km de l'établissement. En effet, le transport d'un patient d'un EPS vers un autre établissement de santé pour une consultation est assimilé à un transport provisoire entre structures³⁵ et est à la charge directe de l'établissement d'origine.

Afin de calculer ce coût, nous nous appuyerons sur les tarifs conventionnels applicables aux transports sanitaires par ambulance³⁶. La tarification des transports sanitaires par ambulance comporte :

- Un forfait départemental de 51.30€ ;
- Un tarif kilométrique applicable à la distance parcourue de 2.19€.

Ainsi, le coût aller-retour du transport sanitaire par ambulance pour un patient atteindrait 220.86€³⁷. Pour l'exercice 2016, cela concerne 174 patients. L'économie annuelle s'élèverait donc à **38 429.64€**.

Cependant, l'état d'un patient qui se rend en CS ne nécessite pas toujours de transport sanitaire en ambulance. Des moyens de transports plus économes peuvent être utilisés, comme par exemple en VSL. La tarification des transports sanitaires par VSL³⁸ comporte :

- un forfait départemental à 11.97€ (zone D) ;
- un tarif kilométrique applicable à la distance parcourue de 0.89€.

³⁵ Circulaire N°DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients

³⁶ Tarifs au 1^{er} février 2013

³⁷ Coût d'un transport sanitaire aller-retour par ambulance = (51.30 + (27*2.19)) * 2

³⁸ Tarifs au 1^{er} janvier 2015

Ainsi, le coût aller-retour du transport sanitaire en VSL pour un patient atteindrait 72€³⁹. Pour l'exercice 2016, cela concerne 174 patients. L'économie annuelle s'élèverait donc à **12 528€**.

Par ailleurs, la présence de consultations de médecine générale et soins de proximité constitue également une plus-value pour un HP. En effet, au-delà de la dispensation de consultations pour les patients externes, les praticiens du service exercent également leur activité au sein des autres services de l'établissement (médecine / SSR / USLD). Ils assurent la permanence des soins et, à ce titre, sont présents sur l'établissement 7j/7 et 24h/24, ce qui constitue un gage de qualité et de sécurité des soins pour les patients hospitalisés. Ainsi, ils doivent répondre aux urgences internes de l'établissement pendant les heures de garde, mais également en cas d'absence ou de non disponibilité du médecin référent du service.

En conclusion, il existe une indéniable complémentarité entre le service des ACE et les autres services au sein d'un CH de proximité comme le CHBJ. Celle-ci se mesure à la fois qualitativement (meilleure qualité et sécurité de la prise en charge médicale) et quantitativement (coûts évités en matière de transports sanitaires). Les ACE constituent véritablement la vitrine d'un établissement.

Seulement, les bénéfices d'un plateau d'ACE ne s'arrêtent pas là. En effet, ce dernier constitue également la porte d'entrée privilégiée dans un HP.

1.2.3 Les actes et consultations externes au service de l'activité de l'établissement de proximité : un mode de recrutement privilégié

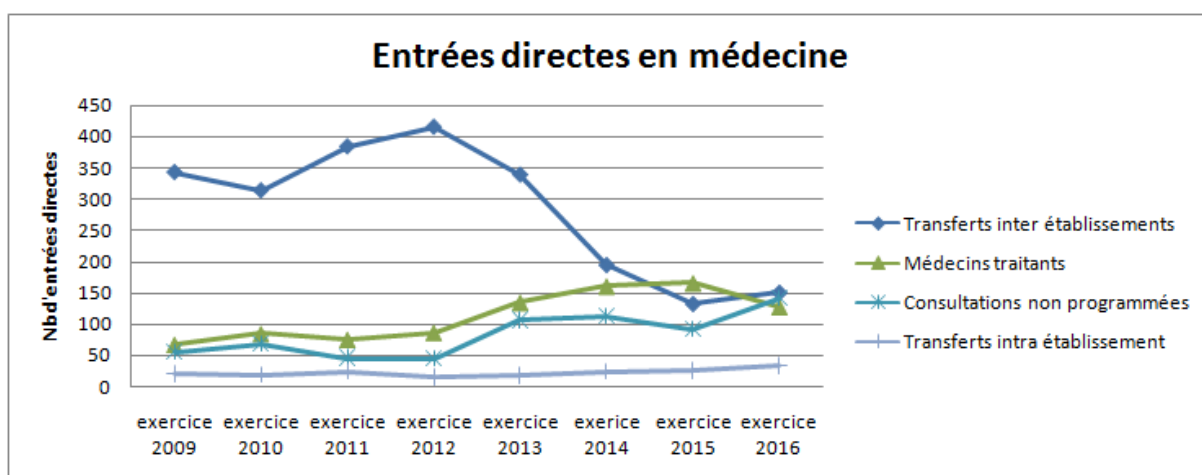
Dans son projet médical, le CHBJ souhaite avant tout développer tous les modes de prise en charge au sein de la filière gériatrique. C'est pourquoi, une autorisation d'HDJ gériatrique (deux places) et une CS d'évaluation gériatrique ont été mises en place en 2014. De plus, une CS mémoire est en place dans l'établissement depuis 2006. Dans la filière gériatrique, tous les maillons de la chaîne sont nécessaires pour permettre au patient âgé d'avoir accès à tous les services possibles (cf. annexe 5). Sur ce schéma, nous pouvons constater que les CE non programmées constituent l'un des modes de recrutement de la filière gériatrique, dans laquelle l'hôpital souhaite s'inscrire.

En effet, le dépistage de la fragilité chez la personne âgée peut être fait à l'occasion d'un passage au niveau des CE non programmées. La fragilité est un état physiologique de vulnérabilité faisant suite à de multiples déficiences ou dérégulation des systèmes, qui conduisent à une diminution des réserves physiologiques. Les facteurs environnementaux viennent renforcer les difficultés de santé, induisant des situations complexes. La détection de la fragilité est donc un enjeu majeur de prévention de la dépendance. Une

³⁹ Coût d'un transport sanitaire aller-retour en VSL = $(11.97 + (27 \times 0.89)) \times 2$

grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité a été mise au point et peut être remplie au moment de la consultation non programmée. Cet outil est destiné à l'évaluation rapide du profil de fragilité des personnes âgées. L'évaluation peut être faite par tout acteur du champ gériatrique formé. Cette grille n'est pas une évaluation gériatrique, mais elle dessine un profil de risque de fragilité et donne un signalement des problèmes et des facteurs susceptibles d'influencer le déclin fonctionnel. Cette grille est une adaptation de la grille SEGA. Si l'évaluation de la fragilité de la personne âgée s'avère positive, cette dernière peut être orientée vers les CS présentes dans l'hôpital, puis vers une consultation d'HDJ gériatrique, en suivant la logique de la filière identifiée sur le schéma en annexe.

Par ailleurs, les HP sont caractérisés par une faible volumétrie de prises en charge en médecine notamment. En effet, l'activité de médecine doit se situer en-dessous d'un seuil plafond à hauteur de 5.500 séjours⁴⁰ en hospitalisation complète en moyenne sur les deux années précédentes. Il est donc indéniable que l'activité de médecine de ces structures a besoin de soutien, comme en témoigne l'exemple du CHBJ.



Depuis 2009, l'établissement peine à consolider son recrutement pour le service de médecine. La raison de cette difficulté réside dans la diminution des adressages provenant d'autres établissements et notamment de l'établissement support. En effet, les transferts inter-établissements ont été divisés par plus de deux sur la période. En effet, en 2009, le CHB adressait plus de 60% des entrées directes en médecine. Alors qu'en 2016, celui-ci n'adresse plus que 10% des séjours. A contrario, les adressages de la part des médecins traitants libéraux ont quasiment été multipliés par deux sur la même période. De la même façon, les entrées directes en provenance du plateau d'ACE de l'établissement ont pratiquement triplées et les mouvements internes ont été augmentés de plus de 60%.

⁴⁰ Arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des HP

Ainsi, les ACE peuvent constituer une véritable « porte d'entrée » et un mode de recrutement privilégié pour les services de médecine des CH de proximité. En effet, comme le démontre le CHBJ, en 2016, les consultations de médecine générale et soins de proximité pouvoient près d'un tiers des entrées directes en service de médecine (**142 entrées** via les consultations de médecine générale et soins de proximité sur 455 entrées au total), au même titre que les transferts via d'autres établissements de santé et que les adressages via les médecins traitants. En 2016, ces trois modes de recrutement sont d'égale importance. Ainsi, l'activité externe constitue un enjeu majeur pour le CHBJ et un atout de taille. Si l'on considère le montant moyen d'un séjour en médecine dans l'hôpital (3.907€), cela signifie que les CE ont permis à l'établissement de réaliser **554.794€** de recettes supplémentaires en médecine, sur la seule année 2016.

De la même façon, certaines CS alimentent le service de médecine de l'établissement. Il s'agit notamment de la consultation d'addictologie, réalisée par un médecin mis à disposition par l'ANPAA. Ainsi, en 2016, cette consultation a été à l'initiative de cinq hospitalisations de courte durée au sein du service de médecine. Ces hospitalisations peuvent être valorisées à hauteur de **19.535€** en moyenne sur l'année.

Ainsi, grâce aux CE, le CHBJ gagne donc en indépendance, vis-à-vis de son hôpital support notamment. Comme le dit le président de la CME, également pharmacien du site, « le CHBJ doit gagner en autonomie par rapport au CHB, qui ne joue pas le jeu des HP ». Et cela passe en partie par le développement des ACE et la diversification du recrutement, qui ont permis, en 2016, l'augmentation du nombre de journées et du TO dans le service de médecine notamment (à hauteur de 85%).

Par ailleurs, les consultations de médecine générale et soins de proximité et certaines CS (notamment la chirurgie orthopédique) permettent également d'alimenter les plateaux d'imagerie médicale des établissements de proximité et donc de générer des recettes supplémentaires. En effet, en 2016, les consultations de médecine générale ont été prescriptrices de 114 actes d'échographie et de 1 595 actes de radiologie, pour une valorisation financière respective de 5.430€ et 46.680€. De la même façon, les consultations de chirurgie orthopédique ont été prescriptrices de 43 actes de radiologie pour une valorisation financière de 1.149€. Au total, les ACE ont permis de valoriser **53.200€** en imagerie médicale au cours de l'année 2016.

Enfin, les CE possèdent un dernier atout en matière d'activité et de recrutement de patientèle. En effet, elles peuvent s'auto-alimenter. Ainsi, il n'est pas rare que les praticiens de médecine générale adressent certains de leurs patients à leurs confrères spécialistes. De la même façon, certains spécialistes s'alimentent entre eux. Au CHBJ, c'est notamment le cas des spécialités de cardiologie et de polygraphie. En effet, les problèmes cardiaques et l'apnée du sommeil sont deux pathologies souvent liées. Les

ACE au sein d'un HP peuvent donc permettre de développer des collaborations entre les différentes spécialités et les différents praticiens d'un établissement.

Ainsi, les ACE au sein du CHBJ sont un réel atout pour l'ensemble des services de l'établissement. Il s'agit tout d'abord d'un atout qualitatif, en matière de visibilité et d'ancrage de l'établissement sur son territoire de santé, mais aussi de sécurité des soins apportés aux patients hospitalisés (présence médicale permanente et présence de spécialistes). Ils constituent également un atout en matière de niveau d'activité et de valorisation financière. En effet, les ACE ont indirectement généré près de **640.000€** de recettes pour l'établissement (évitement des coûts de transport sanitaire, recrutements directs en médecine et en imagerie médicale). En revanche, il n'est pas possible de connaître le montant exact qui aurait été perdu par l'établissement en l'absence de service d'ACE sur place.

Nous venons de voir qu'un plateau d'ACE au sein d'un CH de proximité était un atout indéniable, autant pour la satisfaction des besoins de santé de la population locale que pour la pérennité de l'activité de l'établissement. En effet, les ACE permettent de positionner la structure comme un acteur central de son territoire de santé et apportent une réponse adaptée aux usagers, dans un contexte socio économique difficile et de désertification médicale. Enfin, dans son adossement avec les autres services de l'hôpital, nous pouvons constater un gain en matière de visibilité et d'activité pour le site, mais aussi de qualité / sécurité des soins pour les patients hospitalisés. Cependant, ces gains ne sauraient occulter le coût financier et les problématiques organisationnelles propres au service des ACE.

2 Le poids financier de l'activité externe au sein d'un hôpital de proximité, malgré une forte demande de la population

Dans cette deuxième partie, nous essaierons de mettre en évidence la charge financière imputable au service d'ACE du CHBJ, ainsi que les différentes problématiques organisationnelles. A cette fin, dans un premier temps, nous établirons le bilan financier de l'activité externe **(2.1.)**, afin d'évaluer l'ampleur du déficit de l'exercice 2016. Ce dernier peut être dû à des dépenses trop élevées et / ou à des recettes insuffisantes. Ainsi, dans un second temps, nous essaierons de dégager les problématiques majeures en matière de coûts engendrés par un service d'ACE au sein d'un HP **(2.2.)**. Enfin, nous essaierons d'identifier les principales limites d'un plateau de consultations au sein d'un établissement de proximité en matière d'activité et de recettes **(2.3.)**.

2.1 Une activité déficitaire malgré une demande croissante et une volonté de diversification de l'offre

2.1.1 Une activité en croissance constante et un développement de l'offre de soins en fonction des besoins du territoire

Comme nous l'avons vu précédemment, le CHBJ est un établissement de proximité dont l'offre de soins vise à couvrir le mieux possible les besoins de santé de la population locale. Dans un contexte de démographie médicale défavorable sur le territoire et en raison de la relative fragilité sanitaire et sociale de la population, le volume d'activité ne cesse de croître depuis le début des années 2000. Les consultations de médecine générale et soins de proximité ne cessent d'augmenter depuis plus de quinze ans. Ces six dernières années, l'évolution annuelle de ces consultations dépasse la barre des 10%. Ainsi, le nombre de consultations non programmées a plus que triplé de 2004 à 2016 (cf. annexe 6). La tendance est toujours attendue à la hausse compte tenu de la démographie médicale du territoire et du départ imminent (retraite ou autre) de certains médecins généralistes de la commune. Les consultations spécialisées connaissent, elles aussi, une augmentation continue de leur activité sur les dix dernières années. Cette augmentation atteint près de 10% en 2016 (cf. annexe 6).

Non seulement l'activité des ACE du CHBJ est en constante augmentation sur la dernière décennie, mais l'établissement suit également une dynamique de diversification de son offre de soins, afin de répondre aux besoins de santé de la population et à la demande des tutelles. Ainsi, ces cinq dernières années, l'établissement a continué d'étoffer ses CS. Il s'agit notamment des spécialités suivantes : addictologie, cardiologie, dermatologie, endocrino-diabétologie, hémato-oncologie, polygraphie, évaluation gériatrique, plaie et

cicatrisation. L'établissement souhaite poursuivre sur cette tendance, afin de satisfaire les besoins de la population et les recommandations de l'ARS.

Le fait d'avoir une activité externe en constante augmentation dans la durée est plutôt un atout pour un CH de proximité. Cependant, comme nous l'avons vu en introduction, cette hausse continue ne permet pas à l'activité d'être équilibrée. Or, la question de la couverture des dépenses des ACE par les recettes est un enjeu majeur pour les EPS. En effet, depuis l'entrée en vigueur de la T2A et donc du paiement à l'acte, la lecture de l'activité externe a évolué et pousse les acteurs hospitaliers à raisonner en termes de dépenses / recettes. Il convient donc aujourd'hui de réaliser un bilan économique et financier du plateau de consultations du CHBJ, afin de savoir si celui-ci représente une activité rentable, ou tout du moins pas trop déficitaire. Afin d'établir le bilan de la performance économique et financière de l'activité externe du CHBJ, nous identifierons les recettes générées d'un côté et les dépenses engendrées de l'autre côté.

2.1.2 Des recettes insuffisantes

L'état des lieux des recettes de l'activité externe du CHBJ a été réalisé en collaboration avec la Responsable des relations avec les usagers et des recettes de l'établissement.

Ainsi, le premier tableau en annexe 7 retranscrit les différentes recettes rattachées au secteur des ACE du CHBJ. Cet état des lieux démontre qu'au cours de l'exercice 2016, ces recettes s'élèvent à **494 477€**, dont 347 539€ (environ 70% des recettes) pour les consultations de médecine générale et soins de proximité et 146 938€ pour les seules CS (environ 30% des recettes). Ce premier bilan nous permet de constater qu'une consultation de médecine générale est facturée **25€** en moyenne, contre **45€** pour une CS. En effet, les recettes prennent en compte le prix de la consultation (au tarif opposable), mais aussi diverses majorations, forfaits et actes qui viennent augmenter la recette moyenne d'une consultation.

Cet état des lieux permet également de mettre en évidence la « rentabilité » ou la « non rentabilité » de chaque spécialité. Ainsi, on peut noter que les polygraphies constituent des actes très rémunérateurs (146€ l'acte). En effet, les polygraphies, en nombre de consultants, représentent seulement 1,4% de l'activité des CS, alors qu'elles représentent près de 5% des recettes. De la même manière, les consultations mémoire sont très rémunératrices (120€ la consultation en moyenne). En effet, les consultations mémoire représentent seulement 1,4% de l'activité, alors qu'elles contribuent à hauteur de près de 4% aux recettes des CS. Afin de comprendre, il faut analyser la structure des recettes en détail :

Spécialité	UF	Nombre	Valorisation	Montant
Mémoire : CS	8122	49	23,00 €	1 127,00 €
Mémoire : actes ATM		69	69,12 €	4 769,28 €
<i>sous total des spécialités Mémoire</i>				5 896,28 €

Ainsi, pour la consultation mémoire, la rémunération de la consultation en elle-même n'est pas élevée (19% des recettes). Ce sont les actes ATM qui permettent de rémunérer cette spécialité (81% des recettes). D'ailleurs, nous pouvons noter qu'il y a plus d'actes ATM que de consultations (en moyenne 1,4 actes par consultation). Or, l'activité de cette spécialité est relativement faible dans l'établissement. Il s'agirait donc, à court terme, de développer la file active pour ces deux spécialités, rémunératrices.

De même, les consultations de dermatologie et de cardiologie sont rémunératrices (respectivement 70 et 78€ en moyenne). Lorsque nous analysons la structure des recettes, nous pouvons noter que la valorisation des consultations est élevée pour les deux spécialités (respectivement 38.64€ et 45.43€ la consultation en moyenne), mais aussi que ces deux spécialités entraînent la facturation de majorations, d'actes et de forfaits divers, qui représentent environ 40% des recettes.

	Cardiologie			Dermatologie		
	Nombre	Recettes	%tage	Nombre	Recettes	%tage
Consultations	259	11 767 €	59%	425	16 422,00 €	55%
Majorations / Forfaits	2	6 €	0%	173	1638,4	6%
Actes	39	8 310 €	41%	361	11677,18	39%
Total		20 083 €	100%		29 737,58 €	100%

La cotation des différents actes est donc très importante pour la valorisation de l'activité. Il est donc crucial que le personnel médical et paramédical soit formé.

A l'inverse, certaines consultations sont peu rémunératrices. Il s'agit notamment des consultations d'hémo-oncologie et des consultations de gynécologie, où le tarif opposable de 23€ correspond au montant moyen de la consultation. En résumé, rien n'est facturé en sus de la consultation elle-même (ni majoration, ni forfait, ni acte). Ces deux spécialités devraient donc faire l'objet d'une analyse plus précise. Il faudrait également sensibiliser les médecins à la valorisation de l'activité et les former sur la cotation des actes.

Après avoir fait l'état des lieux des recettes générées par l'activité externe au sein de l'établissement, il est opportun d'analyser à son tour la structure des dépenses du plateau de consultations du CHBJ.

2.1.3 Des dépenses trop élevées

L'état des lieux des dépenses de l'activité externe du CHBJ a été réalisé en collaboration avec le Responsable RH et la Responsable économat / finances de l'établissement.

Afin de réaliser un bilan financier complet de l'activité externe du CHBJ, il faut identifier les différentes charges relatives aux ACE :

Titres	Consultations de médecine générale		CS		Total	
	Valorisation	%tage	Valorisation	%tage	Valorisation	%tage
Titre I : charges de personnel	510 909 €	92%	217 401 €	88%	728 310 €	91%
<i>PM</i>	314 646 €	57%	150 391 €	61%	465 036 €	58%
<i>PNM</i>	196 263 €	35%	67 011 €	27%	263 273 €	33%
Titre II : charges à caractère médical	8 903 €	2%	9 965 €	4%	18 868 €	2%
Titre III : charges à caractère hôtelier et général	28 629 €	5%	8 676 €	4%	37 305 €	5%
Titre IV : amortissements, charges exceptionnelles	7 360 €	1%	11 549 €	5%	18 909 €	2%
Total	555 801 €	100%	247 591 €	100%	803 392 €	100%

Il est intéressant de noter que les dépenses de personnel des ACE représentent, à elles seules, plus de 90% des charges de ce secteur (**92%** pour la médecine générale et **88%** pour les différentes spécialités). Le niveau optimal en effectif est donc un facteur clé pour l'équilibre économique de cette activité et plus généralement pour l'équilibre financier de l'établissement.

Lorsque l'on détaille les dépenses par spécialité (cf. tableau 2 annexe 7), on peut noter que certaines spécialités sont plus coûteuses que d'autres. Ainsi, on peut noter que le coût moyen d'une consultation de médecine générale est de **41€**. Cette activité est surtout consommatrice en personnel (92% des dépenses). En effet, le médecin est assisté d'une IDE du lundi au samedi. De plus, cette activité de soins non programmée est très chronophage en temps d'accueil, d'admission, de facturation et de traitement des rejets, ce qui implique d'avoir du temps administratif dédié. Quant au coût moyen d'une CS, il atteint **76€** en moyenne. Mais cette moyenne cache de grosses disparités selon la spécialité. En effet, le coût moyen d'une CS va de 32€ pour la gynécologie à 202€ pour la polygraphie notamment (coût multiplié par six). Certaines spécialités sont coûteuses, du fait des dépenses induites par le matériel médical. Il s'agit notamment de l'ORL (utilisation d'un endoscope), de la gastro-entérologie (utilisation d'un endoscope) et de la polygraphie (utilisation d'un polygraphe), dont les titres II, III et IV représentent près de 20% du total des dépenses.

	ORL		Gastro		Polygraphie	
Titre 1 : Charges de personnel	27 141 €	82%	54 007 €	80%	7 801 €	79%
Titre 2 : Charges à caractère médical	2 951 €	9%	5 576 €	8%	258 €	3%
Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	734 €	2%	1 435 €	2%	1 854 €	19%
Titre 4 : Amortissements, charges exceptionnelles	2 435 €	7%	6 383 €	9%	0 €	0%
Total Dépenses Directes :	33 261 €	100%	67 401 €	100%	9 913 €	100%

Ainsi, lorsque l'on met les recettes face aux dépenses (cf. tableau 3 annexe 7), l'ensemble des consultations est structurellement déficitaire. Pour l'exercice 2016, le déficit atteint près de **310 000€** (210 000€ pour la médecine générale et 100 000€ pour les spécialités). Les recettes sont donc insuffisantes pour couvrir les dépenses. Le taux de couverture des charges s'élève à 62% pour le CHBJ (63% pour la médecine générale et 59% pour les CS). Ce bilan économique synthétique permet également de mettre en avant l'écart qui existe entre le coût moyen d'une consultation (41€ en médecine générale et 76€ pour les spécialités) et le tarif opposable (23€ en médecine générale et 26€ pour les CS). Cependant, cet écart doit être nuancé par le montant de la recette moyenne d'une consultation au CHBJ (25€ en médecine générale et 45€ en médecine spécialisée). Cela signifie que chaque consultation coûte plus qu'elle ne rapporte, à hauteur de 16€ pour la médecine générale et de 31€ pour l'ensemble des spécialités.

Il convient cependant de souligner les limites de cet exercice. En effet, l'activité de consultations internes n'est pas comptabilisée dans les recettes (environ 6 000€ non valorisés). Il s'agit des consultations réalisées au profit des patients hospitalisés et des personnes hébergées dans les autres services de l'établissement (cf. annexe 4). En effet, ces consultations font partie de la prise en charge globale des patients et ne donnent pas lieu à des recettes supplémentaires pour l'établissement. Néanmoins, ce bilan, même s'il est en partie approximatif, permet d'objectiver des ressentis. En effet, dans l'esprit des acteurs hospitaliers, le secteur des ACE est une activité structurellement déficitaire, que l'on ne peut pas équilibrer. Dans un contexte financier de plus en plus contraint, il est important pour l'établissement de tirer les conclusions de ce bilan financier négatif. Ce bilan défavorable peut se lire selon deux axes : soit un recouvrement des recettes trop faible en regard du montant encaissable, soit des dépenses trop élevées en regard de la prestation servie.

2.2 Des coûts structurels importants engendrés par l'activité externe

2.2.1 Le personnel médical et le coût du salariat

Ces dernières décennies, le modèle du salariat intéresse et a tendance à se développer. En effet, le rapport au travail a changé et les médecins ne font pas exception à la règle. Ainsi, comme nous pouvons le constater en annexe 8⁴¹, en France, près de la moitié des médecins exerce en tant que salariée, avec une augmentation de près de 10% sur la dernière décennie. A l'inverse, la part des médecins libéraux ne cesse de diminuer (- 8% en dix ans). Par ailleurs, si l'on regarde les effectifs de médecins exerçant selon un mode unique, nous constatons même que les médecins salariés sont plus nombreux que les

⁴¹ Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Atlas de la démographie médicale en France », situation au 1er janvier 2016

médecins libéraux, ce qui n'était pas encore le cas quelques années auparavant (47% de libéraux contre 43% de salariés au 1^{er} janvier 2013). La préférence des médecins pour le salariat est donc largement confirmée par ces derniers chiffres.

Les causes de cette préférence sont multiples. En premier lieu, la féminisation du corps médical est souvent avancée. En effet, la part des femmes parmi les médecins en activité est passée de 43% en 2013 à 46% en 2016⁴². Elle atteint même 50% des effectifs médicaux pour la médecine spécialisée. Un exercice salarié permet d'avoir des horaires fixes et, de ce fait, permet d'améliorer la conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle. L'exercice libéral, quant à lui, notamment dans des zones de faible démographie médicale, peut induire des conditions de travail dégradées (multiplication des heures sous la pression de la demande). En second lieu, l'exercice salarié se fait, le plus souvent, au sein de structures où interviennent plusieurs praticiens. Il permet donc un échange pluridisciplinaire et favorise la coopération médicale. Il s'agit donc d'un réel facteur d'attractivité pour les médecins.

Ainsi, le CHBJ a fait le choix du salariat pour l'intégralité des médecins intervenant sur le plateau des CE. Au total, seize praticiens interviennent au sein du service des ACE du CHBJ (six pour les consultations de médecine générale et soins de proximité et onze pour les CS). L'ensemble de ces médecins est salarié. Ils ont cependant des statuts différents. En effet, l'établissement emploie à la fois des médecins libéraux et des PH mis à disposition par d'autres établissements. Les médecins libéraux sont rémunérés directement par l'établissement, sur la base d'un contrat de praticien attaché négocié (dermatologue, gynécologue, gastro-entérologue et chirurgien orthopédique). Quant aux PH, ils sont rémunérés par leur établissement d'origine avec un remboursement rétroactif du CHBJ, sur la base d'une convention de mise à disposition.

Toutefois, ce statut unique de médecin salarié peut présenter de nombreuses limites pour un HP. En effet, les médecins qui interviennent sur l'établissement exercent leur activité à temps partiel, voire très partiel (entre une et deux vacations par semaine pour les médecins spécialistes notamment). Or, un contrat salarié, pour de faibles quotités de temps, peut être très pénalisant. Ainsi, le salariat représente un coût de travail élevé, en raison des charges sociales payées par l'établissement (25% de la rémunération en moyenne). Par ailleurs, le salariat alourdit la gestion administrative (temps agent dédié pour le suivi des contrats, conventions et réalisation de la paie ou du remboursement).

De plus, comme nous l'avons vu précédemment, le territoire de santé de l'établissement présente une démographie médicale défavorable. On peut donc aisément penser que les médecins sont en position de force. Par conséquent, l'établissement peut difficilement négocier, que ce soit avec les médecins libéraux ou avec les EPS voisins. Ainsi, les

⁴² Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Atlas de la démographie médicale en France », situation au 1er janvier 2016

médecins libéraux ont négocié des salaires élevés. Il s'agit notamment de la dermatologue et du gynécologue, deux spécialités largement sous-dotées au niveau territorial. Par ailleurs, les EPS alentours peuvent également alourdir le coût de la rémunération en négociant des remboursements forfaitaires, inscrit dans les conventions de mise à disposition.

Par ailleurs, l'ensemble des praticiens intervenant sur le plateau des CE est rémunéré sur la base de vacation. Ce mode de rémunération présente des limites. En effet, en 2016, la durée moyenne d'une vacation est d'environ 3h00, ce qui représente à peine une demi-journée de travail. Ces données sont à utiliser avec prudence, car cette estimation ne prend pas en compte les heures réelles de début et fin de vacation, mais seulement les heures théoriques du planning des consultations. Cependant, il existe des différences notables entre les praticiens / spécialités. En effet, les vacations passent du simple au double lorsque l'on compare certaines spécialités comme la gastro-entérologie et la dermatologie. Ce mode de rémunération n'est donc pas optimal.

	Cardio	Chir ortho	Dermato	Diabéto	Gastro	Gynéco	Hémato cancéro	Mémoire	ORL	Moyenne
nb de vacations par an	27	44	44	14	74	65	11	41	43	40
nb moyen d'heures par vacation	2,75	2,25	4,5	3	2	3,3	3	2,5	2,5	3

Enfin, il est également important de préciser que l'établissement consacre un budget relativement important au remboursement des frais de déplacement des praticiens. Ainsi, pour l'exercice 2016, le CHBJ a dépensé 6.821€ en frais de déplacement pour les praticiens des CS notamment. Cela correspond tout de même à près de 3% des dépenses totales du plateau de CS sur l'exercice en question.

Le deuxième facteur de coût RH de l'activité d'ACE est le PNM. Le CHBJ a mis en place une équipe paramédicale, destinée au bon fonctionnement de l'activité externe. Cette dernière représente le tiers du total des charges du service des ACE, soit **263 273€**. Ainsi, il s'agit d'une véritable dépense structurelle pour l'établissement.

2.2.2 Le personnel non médical et le coût du confort des médecins

Dans un premier temps, nous pouvons noter qu'il existe de nombreux glissements de tâches, notamment du PM vers le PNM. En effet, au sein de l'établissement, comme dans de nombreux services d'ACE, le travail des équipes paramédicales est organisé de manière à ce que les médecins se consacrent entièrement à leur « art ». C'est pourquoi, l'ensemble des tâches administratives sont effectuées par du personnel paramédical, ce qui n'est pas toujours le cas dans les cabinets de ville.

Ainsi, de nombreuses tâches administratives sont déléguées aux IDE : rangement des dossiers papier, cotation des actes des consultations de médecine générale et soins de proximité et de certaines spécialités, tenue des registres, ... De la même manière, les IDE effectuent également diverses tâches d'hygiène : nettoyage et désinfection des salles et box de consultation, pré-nettoyage du petit matériel médical, nettoyage des endoscopes. Par ailleurs, l'équipe d'admissions et frais de séjour s'occupe de l'accueil des patients, de la vérification de leurs droits, de la constitution de leurs dossiers administratifs, de la facturation de l'activité, mais également de la gestion des rejets et impayés.

Enfin, l'établissement ne compte qu'une secrétaire médicale pour le secteur des CS. Cette secrétaire a en charge la rédaction et l'envoi des comptes-rendus médicaux à destination des médecins traitants, l'archivage des dossiers médicaux et la prise de rendez-vous. Selon la secrétaire médicale, il y a un véritable « effet cocooning », apprécié de l'ensemble du corps médical.

En résumé, tout est mis en place pour favoriser la productivité des médecins. Ces derniers peuvent se consacrer à leur « art », ce qui a un coût élevé en matière de PNM.

Dans un second temps, il est important de souligner que le PNM du service des consultations est fortement mutualisé et polyvalent sur l'ensemble de l'activité externe, ce qui est indispensable au bon fonctionnement d'un plateau de consultations :

Grade	Equipe PNM		Affectation aux soins de proximité	Affectation auxCS	Total activité externe	Affectation autres services
	UP	ETP	ETP	ETP	ETP	ETP
Cadre	1	1	0,2	0,1	0,3	0,7
IDE	3	2,8	2,05	0,75	2,8	0
SM	1	1	0	0,2	0,2	0,8
Agent administratif	4	4	1,9	0,5	2,4	1,6
Total PNM	9	8,8	4,15	1,55	5,7	3,1

Ainsi, le PNM intervenant sur les ACE n'est pas un personnel dédié à ce secteur. Il s'agit donc d'un effectif socle, difficile à rationaliser d'avantage. Les marges de manœuvre en termes d'optimisation des effectifs PNM sont donc quasi nulles.

2.2.3 La dispense d'avance des frais pour les usagers et le coût du tiers payant

Le CHBJ a mis en place le tiers payant pour son service d'ACE. Pour les usagers, le fait de ne pas avoir de frais à avancer est une des raisons majeures de l'attractivité des CE. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, le CHBJ est un ancien hôpital-hospice. Aujourd'hui, il se positionne comme un EPS de proximité, qui porte les valeurs du service public et qui défend notamment l'égalité d'accès aux soins de tous. Cela rappelle les volontés testamentaires des époux BERTINOT JUEL : réserver un lit d'hospitalisation

pour l'accueil des nécessiteux, dans un contexte où l'accès aux soins peut être remis en cause pour les personnes les plus démunies.

Néanmoins, la pratique du tiers payant s'accompagne d'un coût non négligeable. Ce dernier se décompose en deux parties : le front office (accueil du patient, vérification des droits et établissement d'un dossier administratif) et le back office (gestion de la facturation, des rejets et des impayés).

La première étape est cruciale. En effet, c'est elle qui va déterminer le niveau de valorisation des recettes de l'établissement, sur la base du remboursement de la CPAM et des mutuelles. En 2016, une consultation de médecine générale est facturée 23€ (16.10€ pris en charge par la sécurité sociale et 6.90€ par la mutuelle). Pour être pris en charge par l'AMO, le patient doit avoir déclaré un médecin traitant et suivre le parcours de soins coordonné. La partie mutuelle est prise en charge lorsque le patient a souscrit auprès d'un organisme complémentaire. De même, s'il est bénéficiaire de la CMU-C, du dispositif de suivi d'une ALD ou s'il s'agit d'une femme enceinte de plus de six mois, l'utilisateur est exonéré du TM. Cette première étape suppose que l'agent d'accueil connaisse parfaitement les règles de facturation de l'Assurance maladie. Or, ces règles peuvent être très complexes. De plus, elles sont évolutives. Ce qui suppose une formation spécifique et récurrente de l'équipe d'accueil. Par ailleurs, nombreux sont les usagers qui viennent sans avoir les éléments administratifs nécessaires (oubli de carte vitale ou d'attestation de mutuelle, ou encore une carte vitale ou une attestation non mise à jour). Ainsi, les agents d'accueil doivent vérifier différemment les droits des usagers. En effet, toute rupture de droits est susceptible d'entraîner un rejet de la part de l'Assurance maladie ou de la mutuelle. Ces rejets seront traités, dans un second temps, en « back office ».

La seconde étape suppose donc que l'établissement détache des agents, en plus des agents d'accueil et d'admission, afin de gérer la facturation, ainsi que les éventuels rejets et impayés. Cette équipe est dite « back office », car elle n'est pas visible pour les usagers. Au sein du CHBJ, il s'agit de la même équipe, qui est polyvalente sur l'ensemble des fonctions de « front office » et de « back office ». Par ailleurs, depuis 2016, l'établissement est passé à la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES). Cela consiste à facturer au fil de l'eau les recettes liées à l'activité externe de l'établissement. Le système FIDES permet la facturation électronique systématique, ce qui permet une optimisation de la trésorerie et un allègement des coûts de traitement. De plus, la FIDES a un autre avantage. En effet, elle est associée à l'outil informatique de consultation des droits dit « CDR ». Cet outil permet de consulter les droits d'un assuré social, quelle que soit sa caisse d'affiliation. Cet outil est synchronisé avec les données de l'Assurance Maladie, ce qui permet de réduire très fortement les rejets de facture.

Ainsi, le tiers payant est une source de dépenses pour les EPS. En effet, ce dernier comprend à la fois les coûts administratifs relatifs à l'admission et à la facturation et le montant total des factures rejetées. L'établissement possède quatre agents d'accueil polyvalents sur le front office et le back office. Par ailleurs, ces agents sont mutualisés avec les services de médecine / SSR et l'USLD. La quotité de temps de travail consacrée aux admissions et à la facturation des ACE a été estimée à 60% par le responsable RH. Cette quotité de travail représente environ **81 000€** en coût chargé. Au cours de l'exercice 2016, 190 factures ont été rejetées. Tout d'abord, nous pouvons noter que le nombre de factures rejeté est faible. En effet, il représente à peine plus de 1% du nombre de consultations ayant eu lieu en 2016. Seulement, il n'existe pas de suivi au niveau de la valorisation du montant non perçu (créances irrécouvrables). Afin d'avoir une idée de la somme que cela représente, nous reprendrons la recette moyenne par consultation (cf. annexe 7). Celle-ci équivaut à 29€. Nous pouvons donc estimer le montant des factures rejetées à environ **5 000€** en 2016.

Ainsi, le coût total du tiers payant représente environ **86 000€** pour le seul exercice 2016. Avec 16.971 consultations réalisées en 2016, le coût du tiers payant par consultation atteint les **5€** en moyenne pour le CHBJ. Ce coût est élevé, du fait notamment des coûts administratifs relatifs à l'admission des patients et à la facturation. Seulement, ce coût est également en partie surévalué. En effet, sur les 190 factures rejetées, certaines seront régularisées. Seulement, il n'y a pas de suivi des créances irrécouvrables par service au sein de l'établissement.

Ainsi, les charges structurelles d'un service d'ACE sont élevées, ce qui explique en partie le déficit de l'activité externe. Le second axe d'analyse à explorer est le recouvrement des recettes associées.

2.3 Des recettes insuffisantes, du fait d'une activité limitée au sein des territoires de proximité et d'une réglementation défavorable

2.3.1 La productivité du personnel médical et le règne du salariat en question

Comme nous l'avons vu plus haut, le CHBJ a fait le choix du salariat de l'intégralité des médecins intervenant sur le plateau des CE. En effet, le modèle du salariat constitue un véritable facteur d'attractivité pour le recrutement de praticiens. Cependant, le salariat des médecins est souvent synonyme de faible productivité, en ce sens qu'il affirmerait une relation désintéressée entre le médecin et son patient. En effet, le médecin n'est pas incité à multiplier les actes, ou encore le nombre de patients puisque son salaire lui est versé chaque mois. Ainsi, le salariat n'incite pas les médecins à être productif et à développer l'activité. Cela peut même aller jusqu'à impliquer un désintérêt des médecins quant aux résultats financiers de la structure. A l'inverse, la rémunération à l'acte de la

médecine libérale aurait un caractère inflationniste, en ce sens qu'elle inciterait les professionnels de santé à faire un maximum d'actes ou à voir un maximum de patients, au détriment de la maîtrise des dépenses de santé.

L'exemple du CHBJ illustre en partie le lien qui pourrait exister entre le salariat des médecins et une productivité inégale. Tout d'abord, le CHBJ est un CH de proximité, à taille humaine, qui attire une population très localisée. Il existe donc, selon la secrétaire médicale des CS, une sorte de « convivialité » qu'il n'y aurait pas dans un hôpital plus grand, voire un « esprit familial ». De la même manière, les médecins ont moins l'impression « de travailler à la chaîne » du fait de la taille de l'établissement et de la fidélité de la patientèle reçue.

L'activité des consultations a été étudiée sur un exercice complet, ce qui permet de retranscrire des données objectives et de neutraliser l'effet des congés. Tout d'abord, concernant les consultations de médecine générale, l'établissement du bilan de la performance organisationnelle (cf. annexe 9) démontre que la productivité du personnel médical est relativement élevée. Ainsi, nous pouvons noter qu'une vingtaine de patients sont vus par demi-journée en moyenne, soit cinq patients par heure. De plus, la durée moyenne d'une consultation par patient atteint à peine onze minutes. Le rythme de prise en charge démontre une activité soutenue du service de consultations de médecine générale.

Quant au bilan des CS, il démontre que la productivité du personnel médical est fonction de la spécialité. Ainsi, on observe qu'en moyenne neuf patients sont vus par vacation. Seules quatre spécialités sont en-dessous de ce seuil (diabétologie, gastroentérologie, hémato-oncologie et consultations mémoire). De plus, la durée moyenne d'une consultation est de 18 minutes. Certaines spécialités sont même en-dessous de ce seuil (chirurgie orthopédique, gastroentérologie et ORL). Les différences de rythme de prise en charge peuvent être justifiées par la particularité de la prise en charge comme en hémato-oncologie par exemple. Mais, elles reflètent également l'activité de la consultation, comme pour la consultation mémoire, qui connaît des difficultés en matière de recrutement de patientèle. Il est tout de même important de souligner que ces données sont des moyennes et peuvent cacher, dans certains cas, les bonnes performances de différents praticiens, ou encore des progressions sur l'année. Cependant, cette analyse permet d'avoir une visibilité sur l'activité réelle du plateau des ACE. Ainsi, afin d'améliorer la performance de l'ensemble des consultations, des objectifs de prise en charge de patients par vacation pourraient être fixés aux praticiens, en fonction des particularités de prise en charge de chaque spécialité.

2.3.2 Une organisation des moyens humains et matériels non optimale

L'objectif d'optimisation, voire même de développement de l'activité des ACE implique d'établir un état des lieux sur les ressources existantes, tant en moyens matériels qu'en moyens humains, afin d'identifier les problématiques actuelles et les gains potentiels à moyen et long terme. Le bilan de la performance organisationnelle du service des ACE peut donc être analysé à travers deux thématiques : l'utilisation des ressources matérielles d'une part et des RH d'autre part.




Dans un premier temps, concernant l'utilisation des moyens matériels, une problématique se pose sur le plateau des CS. En effet, le taux d'occupation des salles n'est pas optimal :

	Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Taux d'occupation semaine	
	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi
Salle de consultation 1	Gynéco (1 sem / 2)	ORL	Gastro	Ortho			Gynéco	Gastro	Evaluation gériatrique	Evaluation gériatrique	35%	40%
Salle de consultation 2			Cardio	Cardio			Dermato		Mémoire	Plaie et cicatrisation (1 sem / 2)	30%	15%
Salle de consultation 3			Diabéto	Diabéto			Cancéro (1 fois par mois)				13%	10%
Taux d'occupation par jour	17%	33%	100%	100%	0%	0%	83%	33%	67%	50%	52%	43%
	25%		100%		0%		54%		58%		48%	

Ce tableau démontre que le plateau de CS n'est pas saturé (excepté le mardi et le jeudi matin) et peut même encore accueillir des activités complémentaires. Seulement, les médecins qui interviennent en CS ont une activité principale à l'extérieur de l'établissement et ne peuvent pas modifier leur jour et horaire de vacation du fait de cette activité multi-sites. Par conséquent, le constat précédent de disponibilité des locaux doit être nuancé par la non volonté des praticiens actuels d'étendre leurs plages de consultation. La solution réside donc dans un recrutement extérieur.

Dans un second temps, concernant l'utilisation des moyens humains, une étude plus approfondie de l'organisation du PNM a permis d'identifier un dysfonctionnement de planning. Il s'agit d'une inadéquation entre les horaires des différents PNM intervenants sur le plateau des ACE :

	8h00	8h30	9h00	9h30	10h00	10h30	11h00	11h30	12h00	12h30	13h00	13h30	14h00	14h30	15h00	15h30	16h00	16h30	17h00	17h30	18h00	18h30	
Lundi																							
Mardi																							
Mercredi																							
Jeudi																							
Vendredi																							
Samedi																							
Dimanche																							

	Présence des IDE
	Présence des agents d'accueil / admissions
	Présence des manipulateurs radio

Ce schéma nous permet de constater une inadéquation entre les plannings des différentes équipes. Dans l'idéal, afin d'optimiser l'activité et la qualité de la prise en

charge des usagers, il faudrait calquer le planning du PNM sur les horaires d'ouverture des consultations de médecine générale :

	8h00	8h30	9h00	9h30	10h00	10h30	11h00	11h30	12h00	12h30	13h00	13h30	14h00	14h30	15h00	15h30	16h00	16h30	17h00	17h30	18h00	18h30
Lundi	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE
Mardi	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE
Mercredi	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE
Jeudi	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE
Vendredi	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE
Samedi	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE	Présence des IDE
Dimanche																						
	Présence des IDE																					
	Présence des agents d'accueil / admissions																					
	Présence des manipulateurs radio																					

En effet, les horaires du plateau d'imagerie médicale ne sont pas adaptés à l'activité médicale, notamment le samedi. Or, un usager externe des consultations non programmées devrait pouvoir bénéficier d'un accès privilégié au plateau d'imagerie médicale, dans les meilleurs délais. C'est d'ailleurs ce qui différencie les consultations hospitalières des consultations de ville dans la circulaire du 12 février 1983. Seulement, dans ce cas, le manque à gagner pour l'établissement n'est pas chiffrable. De la même manière, les agents des admissions sont ceux qui enregistrent les usagers externes, qui constituent leur dossier administratif (dont la vérification des droits) et qui éditent la fiche de circulation qui permet par la suite de facturer les actes. Seulement, le bureau des admissions ferme à 17h00, alors que les consultations de médecine générale non programmées ont lieu jusqu'à 18h00. Ainsi, pour les patients externes qui arrivent dans l'établissement après 17h00, l'enregistrement ne peut pas être effectué et la fiche de circulation n'est pas forcément établie. Par conséquent, la facturation ne peut pas avoir lieu. A ce jour, ce sont les IDE qui devraient prendre le relai lorsque les agents d'accueil ne sont plus présents et établir une fiche papier. Seulement, ce n'est pas toujours le cas, ce qui implique des pertes de recettes pour l'établissement, qui peuvent être valorisées de manière approximative. Ainsi, au cours de l'exercice 2016, 12%⁴³ des consultations de médecine générale non programmées ont eu lieu après 17h00, soit environ 1 640 consultations. Sachant que la recette moyenne pour une consultation de médecine générale est de 25€ (cf. annexe 7), nous pouvons donc estimer le manque à gagner à environ **40 000€** en 2016. Seulement, ce coût est en partie surévalué. En effet, l'ensemble des patients des consultations de médecine générale non programmées pris en charge après 17h ne font pas l'objet d'un non recouvrement des recettes associées. D'après les agents du bureau des admissions, seule une IDE sur les trois du service des CE ferait le travail d'enregistrement après 17h00. Ainsi, nous pouvons estimer que les deux tiers des recettes calculées plus haut ne sont pas recouvrées, soit environ **27 000€**.

⁴³ Données du rapport d'activité 2016

2.3.3 Une réglementation des recettes défavorable aux EPS

Tout d'abord, il faut savoir que les ACE au sein des EPS ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires. En effet, l'article L162-26 du CSS stipule que « les consultations et actes externes sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1 et L. 162-21-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles ». De plus, l'article R162-51 du CSS précise non seulement que les tarifs des ACE « sont ceux déterminés en application de la présente section et des articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 », mais aussi que « les majorations de tarifs prévues en application de ces articles sont applicables aux consultations et actes dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ». Ainsi, non seulement les ACE ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires, mais en plus, les majorations de tarifs applicables sont conditionnées par un arrêté ministériel. Le texte de référence pour l'année 2016 est l'arrêté du 3 mai 2007. Celui-ci dispose dans son article 1 que : « les majorations prévues en application des dispositions des articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 [...] sont applicables [...] aux tarifs des consultations et actes externes [...], à l'exception des majorations directement liées aux modalités du conventionnement lui-même ». Cependant, son article 2 précise une liste exhaustive de ces majorations. Ainsi, « les majorations applicables aux établissements de santé mentionnées à l'article 1er du présent article sont :

- La majoration pour actes effectués la nuit, le dimanche et jours fériés, [...] ;
- Le forfait pédiatrique du médecin généraliste (FPE) ;
- La majoration nourrisson (MNO) pour le médecin généraliste [...] ;
- Les majorations de coordination (généralistes : MCG, spécialistes : MCS) ;
- L'ensemble des modificateurs prévus par la CCAM [...] ».

En outre, les modalités de facturation de l'activité externe des établissements de santé n'ont pas été mises à jour depuis cet arrêté du 3 mai 2007, relatif aux majorations applicables aux tarifs des ACE des EPS et des ESPIC, alors que de nombreuses majorations ont été créées depuis, ce qui constitue un sérieux manque à gagner pour lesdits établissements. En l'absence de mise à jour, il est logique que l'article 1 de l'arrêté s'applique : toute majoration non conditionnée aux modalités du conventionnement lui-même devrait être applicable à l'hôpital. Seulement, les pouvoirs publics retiennent une interprétation stricte de ce texte, refusant toute assimilation des EPS au secteur 1. Ainsi, parmi les majorations créées depuis, presque aucune n'est autorisée pour les établissements de santé. Nous ne pouvons donc que souligner l'écart entre le codage de l'activité de ville et celui des EPS. Cet écart est pour le moins paradoxal, dans le contexte

de pénurie médicale locale, face à laquelle les ACE assurent, de plus en plus, un rôle de premier recours, en palliant le déficit de la médecine de ville⁴⁴.

De plus, le passage en FIDES est l'occasion pour chaque CPAM d'un réexamen des flux de l'établissement. Dans ce cas, les lots transmis avec un volume important de lettre clés non autorisées pourraient faire l'objet d'un rejet global, générant un travail de retraitement très conséquent. L'établissement doit donc s'en tenir aux conditions précisées dans l'arrêté, sous peine de rejets majeurs de facturation.

Ainsi, l'établissement est dans l'incapacité de maximiser ses recettes, du fait de cette réglementation défavorable aux EPS. En effet, certaines majorations pourraient être facturées par l'établissement, car elles correspondent à la patientèle reçue. De plus, toutes les conditions sont remplies par les médecins du CHBJ, qui sont à l'unanimité en secteur 1. Il s'agit uniquement d'une différence faite entre le secteur libéral et le secteur hospitalier et qui pénalise ce dernier. En effet, l'impossibilité de coter certaines majorations représente un réel manque à gagner pour l'établissement. Ainsi, concernant l'ensemble des CE, les majorations non applicables aux ACE des EPS représentent un manque à gagner pour l'établissement, à hauteur de près de **17 000€** (cf. annexe 10 pour les détails de calculs).

De plus, les praticiens de médecine générale ne peuvent pas facturer les majorations réservées aux médecins traitants. Ainsi, les praticiens de médecine générale des ACE des EPS ne peuvent pas endosser le rôle, pourtant majeur, de médecin traitant, ce qui est incompatible avec un suivi de la patientèle.

Une actualisation des tarifs et majorations applicables aux ACE des EPS a cependant eu lieu suite à l'arrêté du 20 octobre 2016, portant approbation de la convention nationale 2016-2021 organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. Un nouvel arrêté est paru en date du 27 avril 2017, relatif aux tarifs applicables aux ACE des EPS notamment. Ce dernier redéfinit les majorations applicables aux EPS. L'application de cette nouvelle convention est porteuse de recettes supplémentaires pour l'établissement à court et moyen terme. Celles-ci seront traitées ci-après, dans la troisième partie, concernant les perspectives et préconisations.

⁴⁴ Courrier commun FHF, FEHAP et UNICANCER en date du 16/11/2016, relatif aux transpositions tarifaires de la convention médicale 2016-2021 aux ACE des EPS et des ESPIC à destination de la ministre des affaires sociales et de la santé

3 Les perspectives financières de l'activité externe d'un hôpital de proximité et les alternatives envisageables

Comme nous venons de le voir, le CHBJ est face à une situation complexe. Il doit, à la demande des usagers et des tutelles, développer une activité externe qui représente un réel poids financier pour l'établissement. Dans un souci d'équilibre budgétaire et de pérennité de l'activité, la viabilité économique du service des ACE constitue donc un véritable défi à relever pour un HP. Les préconisations envisagées par la suite s'articulent autour de trois axes : diminuer les dépenses **(3.1.)**, optimiser les recettes **(3.2)** et envisager des alternatives **(3.3)**.

3.1 Diminuer les charges du service tout en conservant un niveau élevé de qualité et sécurité des soins pour les usagers

3.1.1 La rémunération des praticiens en question

La rémunération du PM est un obstacle auquel doit faire face le CHBJ s'il entend réduire ses charges. En effet, les dépenses de PM constituent la charge la plus importante du service (**465 000€**, soit près de 60% des dépenses).

Les praticiens sont rémunérés selon deux modes de contractualisation. D'une part, les praticiens attachés sont salariés de l'établissement et sous contrat. Certains ont une activité libérale de base. Ces derniers ont directement négocié leur contrat avec la Direction de l'établissement. Seulement, diminuer ce poste de dépenses signifierait « renégocier » leurs contrats à la baisse. Cette perspective n'est pas envisageable. **En effet, quel médecin accepterait de voir son salaire revu à la baisse ?** Cette perspective n'est pas souhaitable non plus. En effet, du fait de la démographie médicale défavorable du territoire de santé, l'établissement a besoin d'être attractif pour recruter des praticiens. D'autre part, certains praticiens sont mis à disposition par d'autres établissements via des conventions de coopération médicale. Dans ce cas, la rémunération du praticien est statutaire.

Ainsi, les différents modes de contractualisation n'apportent pas de marge de manœuvre à l'établissement. **Quelles autres pistes peuvent donc être envisagées dans la perspective d'une diminution des rémunérations des médecins ?**

Lorsque l'on étudie de plus près la rémunération des praticiens du service des ACE, il est intéressant de noter que le CHBJ a mis en place deux modes de rémunération. Tout d'abord, certains praticiens bénéficient d'une rémunération forfaitaire, calculée sur la base du nombre de vacations mensuelles et renvoyant à un ETP. Les autres praticiens sont rémunérés au temps de présence effectif. Dans ce cas, la rémunération du praticien

dépend du relevé de présence, établi par le responsable RH du CHBJ et communiqué à l'établissement d'origine. Ce mode de rémunération est un atout car il permet de corréler la rémunération à la constatation de service fait. Cependant, il ne concerne que quatre spécialités du service des CS.

Ainsi, nous pouvons noter que la rémunération forfaitaire n'est pas optimale en matière de viabilité économique. En effet, la rémunération au temps de présence est à privilégier autant que possible au sein d'une activité externe, notamment du fait de la T2A. Les recettes sont liées à l'activité du praticien, elle-même liée à sa présence. Il faut donc que la rémunération du médecin soit liée à sa présence effective. Dans cette optique, la Direction de l'établissement pourrait renégocier l'ensemble des contrats et conventions de mise à disposition sur la base d'une rémunération au temps de présence et non plus forfaitaire. Il est même possible d'aller encore plus loin. Afin de diminuer les charges, l'établissement pourrait mettre en place une rémunération horaire du PM. Seulement, ce mode de rémunération entraînerait un contrôle accru de la part de la Direction, ainsi qu'une gestion administrative conséquente et une perte d'autonomie pour les praticiens.

Enfin, l'établissement consacre un budget relativement important au remboursement des frais de déplacement des praticiens des CS (6 821€ en 2016, soit 3% des dépenses totales du plateau de CS). Seulement, certains de ces médecins sont des PH mis à disposition par d'autres EPS du territoire. A ce titre, ils perçoivent déjà une prime multi-sites⁴⁵, du fait de leur activité partagée et de la distance entre les différents établissements dans lesquels ils interviennent (environ 400€ par mois).

Ainsi, pour ces praticiens, le paiement des frais de déplacement n'a pas lieu d'être, ce qui permettrait à l'établissement d'économiser plus de **2 000€** sur un exercice. Cette somme est dérisoire et le non paiement des frais de déplacement pourrait impacter l'attractivité du CHBJ de manière négative. En effet, celui-ci implique une diminution du salaire des praticiens. L'établissement n'a donc pas forcément intérêt à revenir sur cet avantage de manière systématique. A minima, le paiement des frais de déplacement pourrait faire l'objet d'une attention particulière dans la négociation des contrats, conventions, ou encore avenants à venir.

Les marges de manœuvre sont donc très limitées sur la rémunération du PM. ***Existe-t-il d'autres formes d'exercice à privilégier ?***

3.1.2 Vers une autre forme d'exercice de l'activité médicale

D'une part, l'article L 6146-2 du CSP prévoit que « le directeur d'un établissement public de santé peut [...] admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à

⁴⁵ Abrogée au sein des statuts médicaux à compter du 1^{er} juillet 2017 et remplacée par la prime d'exercice territoriale créée par le décret n° 2017-327 du 14 mars 2017 qui variera entre 250 et 1 000€ brut

titre libéral [...] à participer [...] à l'exercice des missions mentionnées aux articles L 6111-1 et L 6112-1 ». Ainsi, les ACE permettraient de laisser le libre choix aux médecins de leur mode d'exercice. De plus, cet article précise que les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement. Ce dernier « verse aux intéressés les honoraires aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, minorés, le cas échéant, d'une redevance ». Ainsi, en ce qui concerne le service rendu aux usagers, le changement serait indolore. En effet, les médecins devraient appliquer les tarifs conventionnés de secteur 1, les mêmes que ceux appliqués actuellement.

Le changement de mode d'exercice des médecins présenterait-il un intérêt sur le plan financier ? Afin de démontrer un intérêt économique potentiel du changement de statut de ces médecins, nous devons reprendre la dépense engendrée par le paiement des salaires des praticiens concernés d'une part et les recettes générées par leur activité, minorées de la redevance d'autre part :

Salaires annuels chargés	Recettes annuelles	Redevance	Economies réalisées
87 000€	86 000€	12 000€	13 000€

Ainsi, si l'on se base sur l'exercice 2016, nous aboutissons donc à une situation selon laquelle passer d'un statut salarié à un statut libéral pour les praticiens libéraux déjà en place aurait un impact sur le plan économique à hauteur de **13 000€⁴⁶**.

Il y aurait donc un intérêt financier pour l'hôpital à ouvrir ses consultations à des médecins libéraux. Seulement, il faut également s'interroger sur l'avantage d'un tel dispositif pour les médecins eux-mêmes. Le tableau ci-après synthétise l'écart de rémunération encouru par les quatre médecins libéraux en cas de changement de leur mode d'exercice :

Spécialité	Salaire 2016	Recettes 2016 - redevance	Ecart
Chir ortho	8 994,00 €	14 455 €	5 461 €
Dermato	27 585,00 €	24 428 €	-3 157 €
Gastro	38 263,00 €	20 610 €	-17 653 €
Gynéco	14 506,00 €	15 113 €	607 €

Il apparaît alors évident que certains spécialistes, qui ont le pouvoir de négocier leur salaire, n'ont pas intérêt de pratiquer la médecine libérale à l'hôpital.

D'autre part, l'article L 6154-1 du CSP autorise les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les EPS à exercer une activité libérale au sein de ces mêmes EPS en parallèle. L'article L 6154-2 du CSP en précise les modalités. Par ailleurs, l'objet de cette « activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ». Seulement, cette activité libérale doit s'exercer « au sein des

⁴⁶ 87 000 – 86 000 + 12 000 = 13 000€

établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique ». Or, la majorité des praticiens hospitaliers du plateau de CS sont mis à disposition du CHBJ par d'autres EPS, dans lesquels ils exercent la majorité de leur activité. Cette activité est différente de la précédente, du fait que le praticien peut effectuer des dépassements d'honoraires. A l'inverse, comme dans le cas de la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des EPS, l'activité libérale des praticiens hospitaliers donne lieu au versement d'une redevance⁴⁷.

Seulement, dans ce cas, il n'existe aucun gain financier pour les établissements. En effet, le PH temps plein reste un salarié de l'établissement. Il n'y a donc aucune diminution de charges. En revanche, il y a une diminution des recettes, car celles-ci sont directement perçues par le praticien ou reversées par l'établissement de manière rétroactive⁴⁸. La perte de recettes est toutefois minorée d'une redevance. Cette solution n'est donc pas avantageuse financièrement, ni pour les établissements, ni pour les usagers, qui peuvent se voir appliquer des dépassements d'honoraires.

Ainsi, l'établissement a très peu de marge de manœuvre sur les dépenses de PM. A côté de cela, le PNM représente le deuxième poste de dépenses du service (**260 000€**, soit un tiers des charges). ***Qu'en est-il des marges de manœuvre sur le PNM ?***

3.1.3 La présence d'une équipe paramédicale en question : le coût du confort des médecins et de la satisfaction des usagers

D'une part, le maintien d'une équipe infirmière au sein du service des ACE peut poser question. En effet, le coût des IDE du plateau de consultations atteint plus de **150 000€** sur l'exercice 2016 (soit près de 20% des charges totales du service). La Direction souhaite optimiser cette dépense. Il a longtemps été question de remplacer les IDE par des AS. Cependant, il faut savoir que les IDE du service des consultations ont un vrai rôle à jouer en matière de qualité et sécurité des soins. En effet, les soins non programmés correspondent à une activité de petite urgence (cf. annexe 11). Ainsi, les infirmières procèdent au tri des patients en salle d'attente et jouent un rôle d'orientation.

De plus, les IDE permettent également de maximiser l'activité et, de ce fait, les recettes corrélées. En effet, elles travaillent en binôme avec le praticien, ce qui permet de prendre en charge le flux de patients, en minimisant l'attente. Il y a donc un gain, à la fois pour les patients et pour l'établissement. D'un côté, les délais d'attente sont diminués pour les patients et de l'autre côté, la productivité et les recettes sont optimisées.

Enfin, les IDE sont également à l'origine de recettes qui leur sont propres. En effet, elles réalisent des actes infirmiers. Pour l'exercice 2016, ces derniers représentent près de

⁴⁷ Modalités de calcul précisées par l'article D6154-10-3 du CSP

⁴⁸ Article L6154-3 du CSP

18 000€ de recettes supplémentaires pour **2 512 actes** (soit environ 7€ par acte). De plus, les IDE gèrent également les audiométries prescrites et examinées par l'ORL. Les audiométries en question représentent près de **5 000€** de recettes supplémentaires pour **103 actes** (soit près de 50€ par acte). Ainsi, au cours de l'exercice 2016, les IDE sont à l'origine directe ou indirecte de près de **23 000€** de recettes. L'idée n'est donc peut-être pas de réduire les charges correspondant à l'équipe infirmière, mais plutôt d'optimiser leur temps de travail pour leur permettre, d'une part, de se concentrer sur la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients et, d'autre part, de développer les actes infirmiers rémunérés. Ainsi, certaines tâches devraient être réattribuées au PM. Il s'agit notamment de la tenue du dossier patient informatisé et de la cotation des ACE. Au préalable, il faudra prévoir la formation des praticiens sur ces deux tâches et accompagner le changement.

D'autre part, le tiers payant représente un coût pour un service d'ACE au sein d'un HP. Pour le CHBJ, cette charge s'élève à 86 000€ (soit environ 5€ par consultation). Pour autant, l'établissement a déjà mis en œuvre de nombreuses actions pour tenter de réduire ce coût. En effet, la FIDES est en place depuis 2016, le parcours patient a été optimisé, afin qu'il ne fasse qu'un seul passage à l'accueil et les personnels d'accueil appliquent une gestion stricte du tiers payant, c'est-à-dire le paiement par le patient de la totalité du reste à charge si les droits ne sont pas à jour. Seulement, ces efforts sont encore insuffisants et l'établissement doit donc continuer d'améliorer son organisation interne.

Tout d'abord, il s'agirait d'étudier la charge réelle de travail et d'optimiser le personnel administratif. En effet, le dimensionnement de cette équipe (2.4 ETP) peut être questionné. Un agent a été recruté fin 2015, sur la base d'un contrat, afin de mettre en place la FIDES au sein de l'établissement. Aujourd'hui, l'agent en question pourrait donc être redéployé dans l'établissement, sur un autre poste, ce qui entraînerait une diminution des charges du service à hauteur de **12 000€**.

Par ailleurs, concernant le nombre de factures rejetées, l'établissement affiche déjà un résultat encourageant, avec seulement 1% de factures rejetées, grâce à la mise en place de la FIDES et de l'utilisation de l'outil associé CDR. Seulement, ces rejets pourraient encore être diminués. En effet, la partie AMC n'est pas prise en charge par la FIDES. Ainsi, l'équipe des admissions doit facturer sous format papier. Cette étape alourdit la charge de travail pour l'équipe de facturation et entraîne un allongement du délai d'obtention des recettes. L'établissement devrait donc miser sur une solution logicielle performante, en dématérialisant la facturation de la partie AMC. L'objectif serait également d'avoir un logiciel recensant les différentes mutuelles, avec une consultation des données synchronisées, à l'instar de l'outil CDR pour la partie AMO. Ainsi, le nombre de rejets pourrait être diminué, ce qui limiterait considérablement le travail de

recouvrement en back office et les pertes de recettes associées, soit au plus **5 000€** en moyenne sur l'exercice 2016.

Ainsi, le service des ACE a très peu de marge de manœuvre concernant la réduction de ses dépenses de PM (au plus 2 000€) et de PNM (au plus 17 000€). Au total, à peine **19 000€** pourraient être économisés, ce qui ramènerait le déficit à **291 000€**. Afin d'améliorer le bilan financier du service des ACE, l'établissement doit donc se tourner vers une optimisation des recettes du plateau de consultations.

3.2 L'optimisation des recettes de l'activité externe en vue d'atteindre l'équilibre financier

Le déficit financier du service des ACE pousse l'établissement à s'interroger sur le fonctionnement du service et notamment sur le niveau de recettes, comparé au niveau de dépenses engagées. Comme nous venons de le voir, les coûts du service sont quasi structurels. L'établissement doit donc se tourner vers l'optimisation des recettes de son activité externe hospitalière. Afin d'augmenter ces ressources, trois axes de réflexion sont envisageables : l'optimisation de la productivité (**3.2.1.**), la montée en charge de l'activité (**3.2.2.**) et l'optimisation de la cotation des actes (**3.2.3.**).

3.2.1 Le management de la performance de gestion au service de la productivité du service

L'évolution du système de santé et la mise en place de la T2A rendent nécessaire un pilotage stratégique et technique des activités et des ressources internes des établissements. Et un service d'ACE au sein d'un HP n'y échappe pas. Cette approche repose sur deux piliers : l'équilibre budgétaire et financier, mais aussi, le management de la performance de gestion. Ainsi, en tant que décideurs hospitaliers, nous devons privilégier un pilotage médico-économique permettant d'encadrer et d'impulser l'activité. En ce sens, les politiques de performance doivent faire l'objet d'une large diffusion et d'appropriation par les acteurs internes. L'objectif est de responsabiliser chacun sur les enjeux de l'activité et de l'efficience de gestion.

Il existe notamment des indicateurs en matière de management de la performance de gestion. Il s'agit notamment de la mise en place du contrôle de gestion, ou encore de pilotes médicaux et paramédicaux, d'une comptabilité et de TDB analytique et du couplage de ces derniers avec un suivi d'activité en volume et en valorisation, avec mise en regard de la consommation de ressources en personnel. L'établissement devra mettre en place l'ensemble de ces préconisations à moyen et long terme. En effet, à ce jour, il n'y a pas de contrôleur de gestion identifié dans l'établissement. De plus, seul le volume d'activité est suivi et communiqué de manière mensuelle. Dans le cadre de la mise en place des GHT, un HP comme le CHBJ peut bénéficier de l'expérience de son

établissement support (partage de documents types, harmonisation des systèmes d'informations, ...) et de temps partagé (médecin DIM, contrôleur de gestion,...).

D'un point de vue quantitatif, comme nous l'avons vu en deuxième partie, la productivité du PM du plateau des ACE est disparate. Afin d'améliorer la performance de l'activité des consultations à moyens constants, il faudrait fixer une durée minimale de vacation ainsi que des objectifs de prise en charge. Ces derniers sont évidemment à fixer en prenant en compte les particularités de chaque spécialité médicale et en collaboration avec les praticiens concernés. Ils devront ensuite faire l'objet d'un suivi régulier sous forme de TDB et être ajustés et enrichis en cas de nécessité. En effet, l'intérêt d'un tel outil réside dans l'appui qu'il apporte aux prises de décision et à la mise en œuvre d'actions correctives. L'objectif affiché est l'optimisation de l'activité des consultations à moyens constants. L'établissement doit donc disposer d'indicateurs en routine, renseignant sur le volume d'activité, mais aussi sur la consommation de ressources et sur les recettes correspondantes. La mise en place de tels indicateurs doit faire l'objet d'une concertation entre la Direction et les praticiens, afin de piloter au mieux l'activité des CE.

De la même manière, d'un point de vue qualitatif, des indicateurs, tels que le temps d'attente, ou encore le délai de rendez-vous, ne sont pas collectés. En effet, la pratique n'a pas été instaurée. Cette absence d'indicateurs en routine sur l'organisation et les pratiques au sein des CE ne permet pas un pilotage efficace. L'élaboration d'une charte de fonctionnement, pour un service aussi complexe, aurait ainsi le mérite de formaliser les règles dans un document de référence connu de tous. Ce dernier a pour objectif de définir les conditions de fonctionnement de l'activité externe à la fois dans l'intérêt du patient, mais aussi des équipes médicales et paramédicales. Les points essentiels à afficher dans cette charte concernent l'organisation type d'une vacation, mais aussi l'organisation du travail des différents intervenants. L'élaboration d'un tel document pourra mettre en évidence les différents besoins et faire émerger les bonnes pratiques au sein du service. De la même manière, l'élaboration et l'analyse d'un questionnaire de satisfaction à destination des usagers externes aurait le mérite d'initier une politique d'amélioration continue de la qualité du service rendu à la population.

Après l'établissement de ce type de documents, une dernière question reste en suspens : celle du pilotage de l'activité. En effet, ces différents outils n'ont de sens que s'ils sont réellement mis en œuvre, évalués et réajustés en cas de nécessité. L'instauration d'une instance ou d'une personne référente est donc une prérogative indispensable, afin d'avoir un pilotage clair et identifié par tous et de garantir le respect des règles édictées. Ce pilotage devra être de préférence confié à un médecin, qui pourra se faire aider dans sa pratique par le cadre paramédical de santé en charge du service. Le suivi des indicateurs pourra se faire au cours des instances, telles que la CME.

3.2.2 L'extension des vacances à moyens constants

L'accroissement des amplitudes horaires serait favorable à une augmentation des recettes de l'activité externe de l'établissement. Au-delà de l'intérêt financier, il s'agirait également d'une mesure permettant d'apporter un service supplémentaire à la population et ainsi de satisfaire aux obligations de service public hospitalier.

Concernant les consultations de médecine générale, sur l'exercice 2016, nous avons pu constater que plus d'un patient sur dix venait après 17h00. De la même manière, plus d'un patient sur dix consulte le samedi. Il s'agit d'un pourcentage non négligeable de l'activité. Il semble y avoir un besoin identifié de la population. Ainsi, il pourrait être opportun d'étendre ces plages horaires. Seulement, l'extension des plages horaires la semaine n'est pas judicieuse. En effet, après 18h00, une problématique se pose : l'absence d'équipe paramédicale. Dans un souci de qualité et sécurité des soins, cette solution ne sera pas retenue, à moins de pouvoir doubler les équipes paramédicales, afin de couvrir une plage horaire plus importante. Cependant, une telle initiative entraînerait une dépense supplémentaire importante et inopportune dans la situation budgétaire actuelle. En revanche, concernant la journée du samedi, l'extension de la plage horaire des consultations de médecine générale peut constituer une réelle opportunité pour le développement de l'activité externe de l'établissement. En effet, l'établissement pourrait, à effectif constant, proposer une ouverture de 9h00 à 18h00 le samedi, au même titre que les autres jours de la semaine. Pour cela, il faudrait également revoir les plannings de présence des équipes paramédicales (agents d'accueil, IDE et manipulateurs radio) en fonction de ces nouveaux horaires (cf. annexe 12). Une telle extension permettrait de prendre en charge 780 patients⁴⁹ supplémentaires en moyenne sur un exercice, soit près de **20 000€** de recettes supplémentaires (consultation de médecine générale valorisée à 25€ en moyenne), ce qui ramènerait le déficit à **271 000€**.

Pour cela, l'établissement devrait, en parallèle, recruter de nouveaux patients. Il est donc opportun d'étudier le potentiel d'augmentation de l'activité externe. A cette fin, l'étude de la DREES⁵⁰ démontre que le recours aux consultations externes hospitalières s'élève à 306 pour 1 000 habitants en moyenne. Avec une population de 270 000 habitants, le potentiel d'activité du territoire de proximité de Beauvais serait donc de plus de 80 000 CE (près de cinq fois l'activité actuelle du CHBJ). Cependant, cette donnée est à relativiser. En effet, le territoire de santé compte d'autres établissements de santé et professionnels libéraux. A l'inverse, il ne faut pas non plus négliger le caractère extra-territoire de santé des patients des ACE du CHBJ, notamment en provenance de l'Eure. Il existe donc un

⁴⁹ 3h supplémentaires * 52 samedis dans l'année * 5 patients pris en charge par heure = 780 patients

⁵⁰ TELLIER Sergine., BOISGUERIN Bénédicte., PERETTI Christine., « Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? », DREES, Collection Etudes et Résultats, n°167, avril 2002

véritable potentiel de développement de l'activité externe. Il conviendrait donc de mettre en place des stratégies de coopération et de communication avec les différents acteurs du territoire. L'objectif est de rendre l'offre de soins du CHBJ la plus lisible et la plus attractive possible.

Dans un premier temps, l'établissement devrait notamment communiquer sur son offre de soins auprès des médecins et autres professionnels de santé libéraux de son territoire, sachant que les deux tiers des primo-consultants sont adressés aux CE hospitalières par un intermédiaire médical. Le développement de l'activité externe du CHBJ serait alors en partie favorisé par un renforcement des liens avec la médecine de ville. L'établissement devrait donc développer des outils de liaison, de coopération et de rencontre avec cette dernière. Plusieurs idées, en partie développées par la FHF⁵¹, peuvent être retenues : démarche géomarketing, cartographie des médecins et autres professionnels de santé libéraux du territoire, newsletter à destination des professionnels, outils modernes de communication (messagerie sécurisée, plate-forme de services sécurisés, via le programme « Hôpital Numérique »). Afin de garantir le renforcement du lien ville-hôpital, il est indispensable que le développement de ces différentes démarches soit piloté par une personnalité médicale de l'établissement, en collaboration avec la Direction. Il pourrait alors s'agir du président de la CME, ou encore du praticien identifié comme pilote de l'activité externe du CHBJ.

Seulement, le renforcement du lien ville-hôpital ne semble pas suffisant, dans le cas présent, pour espérer recruter une patientèle nouvelle. En effet, rappelons-nous du constat réalisé en première partie sur l'insuffisance de professionnels de santé libéraux sur le territoire. Ainsi, dans un deuxième temps, l'établissement doit également communiquer auprès de ses propres praticiens. Ces derniers doivent avoir connaissance du panel d'offres de soins du service (documentation, newsletter, temps d'échanges interdisciplinaire).

Enfin, dans un troisième temps, l'établissement doit également communiquer directement auprès des usagers de son territoire (site internet et livret d'accueil à jour). En effet, certaines CE sont accessibles hors parcours de soins coordonné. La part de l'initiative personnelle est très élevée en gynécologie par exemple, avec un taux de près de 70% des consultations. L'objectif pour l'établissement est d'être le plus visible possible sur son territoire, dans le but de recruter des patients nouveaux.

Le recrutement de patientèle supplémentaire suite à l'extension des vacations de médecine générale n'étant pas suffisant, qu'en est-il de la cotation des actes ?

⁵¹ DUCREUX Jean-Claude, CAUSSE David, « Guide-annuaire d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière », FHF, Pôle Organisation Sanitaire et Médico-sociale, 25 mars 2007

3.2.3 La cotation, une étape clé dans l'optimisation de l'activité externe au sein d'un hôpital de proximité

Le codage de l'activité externe constitue un véritable enjeu pour les EPS. A ce titre, l'optimisation de la cotation des actes doit devenir une réelle préoccupation de l'ensemble des acteurs. Ces derniers doivent s'approprier les différentes problématiques liées à la cotation des actes. Les ACE sont cotés selon une nomenclature précise (la CCAM et la NGAP). Comme nous l'avons vu précédemment, cette nomenclature est d'une grande complexité et elle est amenée à évoluer plus ou moins régulièrement. Ainsi, il est toujours possible que certains actes ne soient pas cotés à leur valeur réelle. Les EPS perdraient ainsi des recettes potentielles, puisque la totalité des actes, majorations et / ou forfaits ne donneraient pas lieu à facturation.

Au sein du CHBJ, il existe un certain désintéressement des médecins, du fait notamment du salariat en vigueur dans l'établissement et du fonctionnement du service. En effet, ce sont souvent les IDE qui cotent les différents actes sur les fiches de circulation et les agents des admissions procèdent à la facturation. Cependant, obtenir un codage immédiat et exhaustif des ACE pourrait utilement trouver sa place dans le fonctionnement du service. L'informatique pourrait être un moyen adéquat, en prévoyant la mise en place de verrous numériques à la fermeture du dossier médical, dont l'unique manière de passer au suivant serait de procéder au codage des ACE en temps réel. Cette solution demanderait également un investissement en matière de formation des praticiens sur la cotation des actes, mais plus encore un réel changement de mentalité. A minima, le service des ACE pourrait établir une fiche mémo pour chaque consultation en place dans l'établissement, accessible à l'ensemble des acteurs. Cette fiche mémo reprendrait, par spécialité, l'ensemble des codes potentiellement facturables (consultations, majorations et forfaits), une présentation synthétique de chacun de ces codes, ainsi que les différentes règles de cumul et / ou d'exclusion. Ainsi, l'ensemble des acteurs du plateau des ACE auraient connaissance des règles en vigueur et pourraient potentiellement optimiser les recettes du service. Enfin, un agent de la Direction devrait vérifier de manière régulière la cohérence du codage des ACE, en collaboration avec le médecin DIM.

Par ailleurs, une actualisation des tarifs et majorations applicables aux ACE des EPS a eu lieu lors de la négociation de la Convention nationale 2016-2021 organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. Un nouvel arrêté est paru en date du 27 avril 2017, qui modifie la liste des majorations applicables à l'hôpital (cf. annexe 13). Certaines majorations sont revalorisées, voire étendues, d'autres sont créées. Cette modification est donc porteuse de recettes supplémentaires à court et moyen terme pour les EPS. En ce qui concerne le CHBJ, il s'agira, à horizon 2018, d'une perspective de recettes annuelles supplémentaires à hauteur de près de **60 000€** (cf. annexe 14). Ces

recettes supplémentaires, du fait de l'actualisation des tarifs et majorations applicables aux ACE des EPS, viendraient directement atténuer le déficit du service, qui serait réduit à **211 000€**.

De plus, la mise en place d'une adéquation des plannings de l'ensemble des personnels (PM et PNM) du service des ACE, vue en 2.2.2., permettrait également une maximisation des recettes. En effet, nous avons vu, en deuxième partie, que l'inadéquation des plannings était à l'origine d'une absence de facturation de certaines consultations. Le manque à gagner pour l'établissement atteindrait environ **27 000€**. Ainsi, l'alignement des plannings du PNM sur le temps de présence des médecins permettrait d'optimiser les recettes du plateau de consultations et de ramener le déficit du service à **184 000€**.

En conclusion, l'activité externe du CHBJ n'est pas en mesure de retrouver une viabilité économique, selon le modèle des ACE. En effet, la réduction des charges (**19 000€** au total) et l'optimisation des recettes (**107 000€** au total) ne permettent pas au service de CE d'être à l'équilibre sur le plan financier (**déficit de 184 000€**). Ainsi, il nous faut aborder les alternatives au modèle des ACE.

3.3 Existe-t-il des alternatives envisageables ?

Le support méthodologique de la DGOS concernant la réforme des HP précise que ces derniers peuvent constituer des points d'ancrage pour des structures d'exercice coordonné, telles que les MSP (**3.3.1.**), ou encore les CdS (**3.3.2.**), « véritables leviers d'attractivité pour les professionnels et d'accès aux soins pour les patients »⁵².

3.3.1 Les maisons de santé pluriprofessionnelles

Les MSP « assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours [...] et, le cas échéant, de second recours [...] et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé »⁵³. Elles ont donc un objet plus large que celui des ACE. La prise en charge des usagers est plus globale, ce qui peut induire une meilleure qualité de prestation et une amélioration du service rendu à la population. Par ailleurs, la MSP « est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens »⁵⁴. Autrement dit, les professionnels de santé sont les gestionnaires de la structure, contrairement à un service d'ACE. De plus, les professionnels peuvent pratiquer des honoraires libres, même si le « montant doit être

⁵² DGOS, « La réforme des hôpitaux de proximité – Support méthodologique », avril 2016

⁵³ Article L6323-3 du CSP

⁵⁴ Idem

déterminé avec tact et mesure »⁵⁵. A l'inverse, les ACE au sein d'un EPS doivent proposer des tarifs conventionnés de secteur 1.

Ainsi, une MSP serait une structure attractive pour des professionnels de santé, et ce à plus d'un titre. En effet, ces professionnels seraient gestionnaires d'une structure à part entière. De plus, ils auraient probablement une meilleure rémunération puisqu'ils seraient payés à l'acte et n'auraient pas d'obligation en matière de conventionnement. Enfin, une structure d'exercice coordonné permet également aux professionnels de santé de bénéficier des atouts du travail d'équipe (meilleures conditions de travail).

Cependant, pour les usagers et l'établissement, la MSP présente plusieurs inconvénients. D'une part, une MSP ne pourrait peut-être pas rassembler toutes les spécialités actuellement présentes au sein du service de CE, du fait notamment des problématiques de démographie médicale du territoire. L'offre pourrait donc être moins variée. De la même manière, l'offre serait plus chère, puisque les honoraires seraient libres. Ainsi, la mise en place d'une MSP n'est pas avantageuse pour la population du bassin de vie. D'autre part, l'installation d'une telle structure sur le territoire entrainerait également une remise en cause du positionnement du CHBJ, qui ne gèrerait plus du tout cette offre de soins ambulatoires. Ce choix entrainerait probablement des impacts négatifs pour l'établissement, notamment en matière d'ouverture et de visibilité sur le territoire, mais aussi en termes d'activité et de qualité de prise en charge au sein des différents services. Les problématiques de coût évoquées en deuxième partie disparaîtraient et l'hôpital, qui est à l'équilibre, voire en excédent sur ses autres budgets, pourrait envisager l'avenir plus sereinement, notamment dans le cadre du projet architectural d'envergure en cours de réalisation. Cependant, l'activité du CHBJ se réduirait alors à la prise en charge de la personne âgée et l'établissement ne jouerait plus son rôle de plate-forme sanitaire de premier recours, alors même qu'il a été labellisé HP au début de l'année 2016.

Une structure du type MSP aurait donc un intérêt pour des professionnels de santé, mais ne serait pas une solution optimale, tant pour la population d'un territoire que pour un établissement de proximité.

3.3.2 Les centres de santé

Depuis la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les EPS peuvent gérer des CdS⁵⁶. Ces derniers « sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement, au centre ou au domicile du patient, aux tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité

⁵⁵ Article R1111-22 du CSP

⁵⁶ Article L6323-1 du CSP

sociale, et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionnée à l'article L. 322-1 du même code. Ils peuvent mener des actions d'éducation thérapeutique des patients »⁵⁷. Ainsi, comme pour les MSP, les CdS ont un objet plus large que celui des ACE. Ils proposent une prise en charge plus globale des usagers. Par ailleurs, l'article L. 6323-1 du CSP précise que les « médecins qui exercent en centre de santé sont salariés ». Enfin, l'article L. 162-32-1 du CSS ajoute que les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les CdS sont définis par l'accord national destiné à organiser les rapports entre les CdS et les CNAM. Ce texte précise notamment que les CdS doivent pratiquer le tiers payant et s'engager à respecter les tarifs conventionnels. Ainsi, les CdS sont caractérisés par trois points principaux : la tarification en secteur 1, l'obligation de mise en place du tiers payant et le salariat des médecins. Les CdS ont donc pour objet de favoriser l'accessibilité sociale aux soins et la qualité de la prise en charge des usagers, qui se veut globale.

Actuellement, le CdS est donc ce qui se rapproche le plus d'un service d'ACE au sein d'un HP et constitue ainsi l'alternative la plus sérieuse aux ACE. A ce titre, cette structure est envisagée à la fois par l'ARS, mais aussi par le CHBJ lui-même, ainsi que par l'EHPAD La Compassion, située dans la commune de Chaumont-en-Vexin.

D'une part, pour les usagers, le changement présenterait des avantages. En effet, ils continueraient de bénéficier des tarifs opposables et du tiers payant. En plus de cela, ils pourraient bénéficier d'actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, ou encore d'éducation thérapeutique. Il existe donc un réel avantage pour les usagers, en matière d'accessibilité financière et de qualité des soins.

D'autre part, l'établissement pourrait également tirer partie de la mise en place d'un CdS, sur le plan financier.

Dans un premier temps, la mise en place d'un CdS permettrait à l'établissement de diminuer ses charges de personnel. En effet, selon l'article L. 162-32 du CSS, les CPAM doivent verser aux CdS « une subvention égale à une partie des cotisations dues par ces centres [...] pour les personnes qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux ». Cette subvention, appelée « subvention Teulade », tire son origine du décret du 14 décembre 1992 relatif au montant de la subvention versée par les CPAM aux CdS. Selon ce décret, « la partie des cotisations [...] pour la détermination de la subvention [...] est fixée à 11,5 points ». Ainsi, pour le CHBJ, cela équivaldrait à une réduction des charges de Titre I à hauteur de près de **30 000€**.

Dans un second temps, la mise en place d'un CdS permettrait également à l'établissement d'optimiser ses recettes. En effet, un nouvel accord national destiné à

⁵⁷ Article L6323-1 du CSP

organiser les rapports entre les CdS et les CPAM a été signé le 8 juillet 2015. Ce dernier supprime les anciennes options de coordination définies par le précédent accord. Toutefois, en adhérant expressément à l'accord national des CdS, ces derniers bénéficient d'un certain nombre d'avantages, notamment financiers, en complément de la rémunération à l'acte. L'accord a ainsi prévu de valoriser l'activité de médecin traitant du CdS, en transposant les rémunérations forfaitaires des médecins traitants libéraux et d'affirmer les missions des CdS, au travers d'une nouvelle rémunération forfaitaire spécifique à ces structures.

Ainsi, le médecin traitant peut être un médecin salarié d'un CdS⁵⁸. Dans l'accord national, est désigné comme « médecin traitant » le CdS dont un ou plusieurs médecins y exerçant a été déclaré comme médecin traitant. Le patient ayant la liberté de choisir son médecin traitant, la structure doit être organisée de telle sorte que le patient puisse consulter le médecin traitant qu'il a personnellement choisi⁵⁹. Le CdS considéré comme médecin traitant peut bénéficier de toutes les rémunérations dues à ce titre (cf. annexe 15). La convention nationale 2016 / 2021 organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie a instauré un forfait patientèle unique qui se substituera aux différents forfaits actuels (décrits en annexe 15) à partir de 2018. Il est indexé sur la patientèle du médecin traitant et calculé selon ses caractéristiques : âge, pathologies et précarité. Son montant moyen estimé est de 14 640€ par médecin⁶⁰. Ce forfait patientèle fonctionne sur le principe d'une valorisation forfaitaire qui intègre la complexité de la prise en charge de la patientèle. Il est calculé chaque année au 31 décembre, pour tous les patients ayant déclaré le praticien comme médecin traitant. Le CHBJ compte quatre praticiens (3.4 ETP) affectés aux consultations de médecine générale. Ainsi, le forfait patientèle pourrait générer des recettes supplémentaires à hauteur de près de **50 000€**⁶¹

De la même façon, la nouvelle rémunération forfaitaire, constitutive de l'accord, vise à valoriser l'identité commune des CdS et leur spécificité d'offreur de soins de premier recours en exercice regroupé. Elle a pour objet de permettre à ces structures de s'organiser davantage afin d'améliorer l'accès aux soins, la coordination et les échanges d'information. Elle est constituée d'un bloc commun principal et d'un bloc commun complémentaire, regroupant des engagements selon 3 axes (accès aux soins ; concertation et protocole pluriprofessionnel, partage et structuration de l'information). Il faut distinguer les engagements « socle » (qui sont des prérequis) et les engagements « optionnels » (cf. annexe 16). Dans un CdS médical, le socle de points obtenus atteint

⁵⁸ Article L. 165-5-3 du CSS

⁵⁹ Article 23-2 de l'accord national relatif à l'organisation des rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie

⁶⁰ Source : dossier presse Cnamts – août 2016.

⁶¹ $14\,640 * 3.4 = 49\,776€$

5 050 points minimum⁶² (atteinte des engagements socles du bloc commun principal). La valeur du point est fixée à 7€, ce qui équivaldrait à une rémunération forfaitaire minimum de **35 000€** par an, pour un CdS ayant mis en œuvre le cahier des charges minimal présenté en annexe 16.

Par ailleurs, l'accord national met à la disposition des CdS un contrat incitatif visant à favoriser le maintien et l'installation en zone déficitaire, afin d'équilibrer l'offre de soins sur le territoire. La commune de Chaumont-en-Vexin est effectivement l'une de ces zones. Afin de pouvoir bénéficier de ce type de contrat, un CdS doit remplir les critères suivants :

- Justifier d'une activité médicale réalisée au 2/3 auprès de patients résidant dans la zone déficitaire concernée ;
- Etre installé ou s'installer dans la zone pendant 3 ans ;
- Assurer la continuité des soins (permanence des soins).

Ainsi, un potentiel CdS au sein de cette commune pourrait bénéficier de :

- 5 000€ /an / ETP médecins exerçant au sein du CdS, soit **17 000€**⁶³ ;
- Une aide à l'activité correspondant à 10% de l'activité médicale (consultations de médecine générale) du CdS, soit **34 000€**⁶⁴ par an.

Au total, la signature d'un contrat incitatif visant à favoriser le maintien et l'installation en zone déficitaire pourrait générer des recettes à hauteur de **51 000€** sur un exercice.

Ainsi, le passage d'un service d'ACE à la création d'un CdS, géré par le CHBJ, entrainerait une diminution des charges de personnel de l'ordre de **30 000€** et un accroissement des recettes à hauteur de **50 000€** (rémunération médecin traitant) minimum et **136 000€** maximum (sous réserve de respecter le cahier des charges concernant la rémunération forfaitaire spécifique à ces structures et concernant le contrat incitatif visant à favoriser le maintien et l'installation en zone déficitaire). Au total, la mise en place d'un CdS pourrait ramener le déficit de l'activité externe à hauteur de **104 000€** minimum, voire de **48 000€** maximum.

Le modèle du CdS ne permet pas non plus d'atteindre l'équilibre économique, mais il permet de réduire ostensiblement le poids financier représenté par le service actuel d'ACE. En cela, il constitue une alternative intéressante pour le CHBJ.

⁶² Assurance maladie, « Présentation de l'accord national entré en vigueur le 1er octobre 2015 », *Support de présentation de l'accord national à l'ensemble des centres de santé, 2015*

⁶³ 5 000€ * 3.4 ETP de médecins = 17 000€

⁶⁴ 13 704 consultations de médecine générale * 25€ * 10% = 34 260€

Conclusion

L'objet de cette étude était de se positionner sur l'avenir du service d'ACE du CHBJ. Avec un déficit à hauteur de près de **310 000€** pour l'exercice 2016, le poids financier du service semblait menacer sa pérennité. En effet, les ACE sont caractérisés par des coûts structurels importants (**804 000€** au total), tels que la rémunération des médecins, la mise en place d'une équipe paramédicale, ou encore le coût du tiers payant. De plus, l'activité externe hospitalière peine à optimiser ses recettes (**494 000€** au total), du fait d'une productivité inégale des praticiens, d'inadéquations en matière d'organisation des moyens matériels et humains et d'une réglementation défavorable aux EPS.

Le modèle de base du CHBJ semble être structurellement déficitaire. En effet, les différentes perspectives et préconisations étudiées en troisième partie, relatives à la diminution des dépenses du service (**19 000€**) et à l'optimisation des recettes (**107 000€**), ne permettent pas de retrouver l'équilibre budgétaire (déficit à hauteur de **184 000€**).

Ce travail va plus loin, en étudiant notamment les structures sanitaires alternatives à un service classique de consultations externes hospitalières. En effet, les nouvelles structures, dites « d'exercice coordonné », préconisées par la DGOS notamment, permettraient d'optimiser l'activité externe des HP. Il s'agit plus spécifiquement des CdS, qui allient à la fois viabilité économique pour les établissements de proximité et accessibilité des soins pour les usagers. En effet, les établissements gestionnaires bénéficient de subventions et de rémunérations complémentaires (entre **80 000** et **136 000€** pour le cas du CHBJ) et les usagers continuent de bénéficier d'une offre de soins à tarif opposable et du dispositif du tiers payant.

Ainsi, le cas du CHBJ démontre qu'au-delà de la rigueur de gestion et de la cohérence de l'offre de soins avec le territoire, le statut de la structure sanitaire peut revêtir une importance particulière. En effet, selon cette étude, le passage d'un service d'ACE à un statut de CdS permettrait de ramener le déficit de l'activité externe de **184 000€** à **104 000€** minimum, voire à **48 000€**, en fonction des orientations stratégiques choisies. De plus, ce changement ne se ferait pas au détriment de la prise en charge des usagers.

Le CHBJ a donc la possibilité de réduire le poids financier de son activité externe, en mettant en œuvre l'ensemble des préconisations, en matière de diminution des charges et d'optimisation des recettes, vues en **3.1.** et **3.2.** Il peut même aller plus loin, en construisant un projet de CdS, concerté et négocié avec les autorités de tarification, dans le but de concilier viabilité économique et réponse aux besoins de santé de la population du territoire.

Bibliographie

Articles, ouvrages et rapports

ANCHL, « Actualisation du guide des hôpitaux de proximité 2014/2017 - Deuxième partie : missions et positionnement dans l'offre de soins des hôpitaux de proximité », *Remarques ANCHL*

CHARPY Christian, secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, « Les comptes de la sécurité sociale, Résultats 2014 – Prévisions 2015 et 2016 », rapport de septembre 2015

COM-RUELLE Laure, LUCAS-GABRIELLI Véronique, PIERRE Aurélie (Irdes), avec la collaboration de COLDEFY Magali (Irdes), « Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins », *Questions d'économie de la santé*, n° 219, juin 2016

Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Atlas de la démographie médicale en France », situation au 1^{er} janvier 2015

Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Atlas de la démographie médicale en France », situation au 1^{er} janvier 2016

Cour des comptes, « Chapitre XI - L'avenir des hôpitaux locaux », *Rapport de la sécurité sociale*, septembre 2013

Courrier commun FHF, FEHAP et UNICANCER en date du 16/11/2016, relatif aux transpositions tarifaires de la convention médicale 2016-2021 aux ACE des EPS et des ESPIC à destination de la ministre des affaires sociales et de la santé

DANET Sandrine, COCAGNE Nicolas, FOURCADE Aurélie, « L'état de santé de la population en France. Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2009-2010 », DREES, *Collection Etudes et Résultats*, n°747, janvier 2011

DESPRES Caroline, « Le renoncement aux soins pour raisons financières – Analyse socio-anthropologique », DREES, *Série Etudes et Recherche*, n°119, mars 2012

DGOS, « La réforme des hôpitaux de proximité – Support méthodologique », avril 2016

DUCREUX Jean-Claude, CAUSSE David, « Guide-annuaire d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière », *FHF, Pôle Organisation Sanitaire et Médico-sociale*, 25 mars 2007

FASSIN Didier et HAURAY Boris, *Santé publique – l'état des savoirs*, INSERM, La Découverte, 2010

FELLER Elise, *Du vieillard au retraité - La construction de la vieillesse dans la France du XXe siècle*, Collection Effiscience, janvier 2017

La mutuelle des étudiants (LMDE), « 4^{ème} enquête nationale sur la santé des étudiants (ENSE 4) », juin 2015

Les comptes de la sécurité sociale, « Les actes et consultations externes à l'hôpital », Fiche éclairage des rapports à la CCSS (commission des comptes de la sécurité sociale), septembre 2015

Ministère des affaires sociales et de la santé, « Pour lutter contre les déserts médicaux », *Le Pacte territoire santé*, décembre 2012

OMS, « Rapport sur la santé en Europe 2009 – santé et systèmes de santé », *Bibliothèque de l'OMS*, 2010

RAIMONDEAU Jacques, *L'épreuve de santé publique 2^{ème} édition*, Presses de l'EHESP, Collection Fondamentaux, 2016

TELLIER Sergine., BOISGUERIN Bénédicte., PERETTI Christine., « Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? », DREES, *Collection Etudes et Résultats*, n°167, avril 2002

Documents de la région et de l'établissement

OR2S en collaboration avec l'ARS Hauts-de-France, « Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France », janvier 2017

OR2S en collaboration avec l'ARS Picardie, « Territoire de santé Oise-Ouest - Etat des lieux sanitaire, médico-social et social des territoires de santé de Picardie », *Collection : les territoires de santé en Picardie*, livret territorial, janvier 2011

Plan stratégique régional de santé 2012-2017, ARS Picardie

Projet d'établissement 2013-2017 du CHBJ

Rapport d'activité 2016 du CHBJ

Registre infirmier du service des actes et consultations externes du CHBJ

Schéma régional d'organisation des soins 2012-2017, volet ambulatoire et hospitalier, ARS Picardie

Mémoires et rapports universitaires

PARNEIX N., décembre 2009, « Optimiser l'organisation des consultations externes du centre hospitalier d'Orsay pour en faire une vitrine de l'hôpital », Mémoire de l'EHESP

SCHOEBEL N., décembre 2010, « L'optimisation des consultations externes : un levier de performance du centre hospitalier des quatre villes », Mémoire de l'EHESP

CHERUBIN A., décembre 2013, « Atouts et limites de la gestion d'un centre de santé pour un centre hospitalier de proximité », Mémoire de l'EHESP

Textes législatifs et réglementaires

Arrêté du 3 mai 2007 relatif aux majorations applicables aux tarifs des actes et consultations externes des établissements de santé publics et des établissements de santé privés

Arrêté du 28 mars 2011 relatif à la redevance prévue à l'article R. 6146-21 du code de la santé publique

Arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité

Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

Arrêté du 27 avril 2017 relatif aux majorations applicables aux tarifs des actes et consultations externes des établissements de santé publics et des établissements de santé privés

Avis relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie du 30 septembre 2015

Circulaire DHOS/O 3/DGAS/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

Circulaire N°DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients

CNAMTS, Classification commune des actes médicaux

Convention nationale 2016-2021 organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie

Décret n°59-957 du 3 août 1959 relatif au classement des hôpitaux et hospices publics

Décret n° 2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière

Loi du 21 décembre 1941 relative à la réorganisation des hôpitaux et des hospices civils

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Nomenclature générale des actes professionnels

Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière

Sites internet

www.ameli.fr

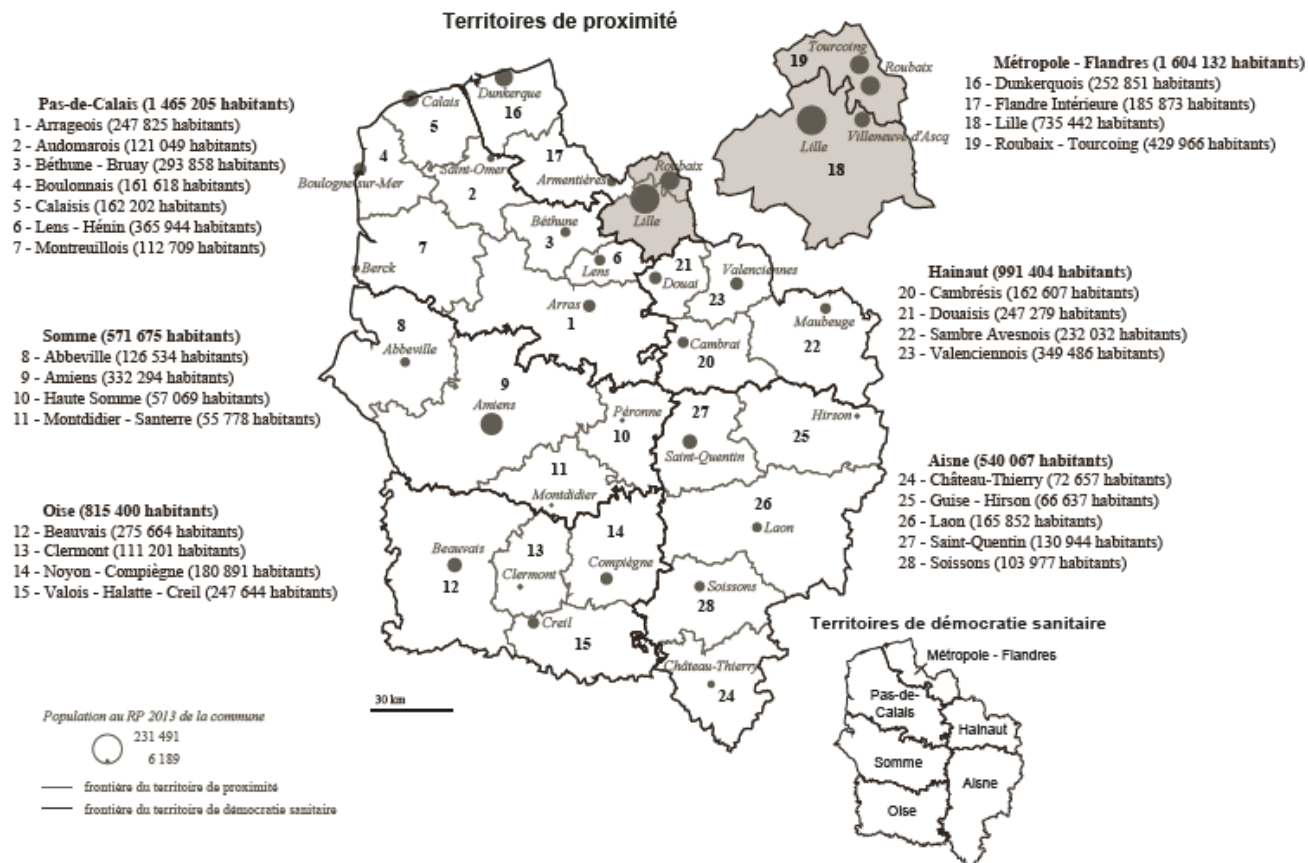
www.legifrance.fr

Liste des annexes

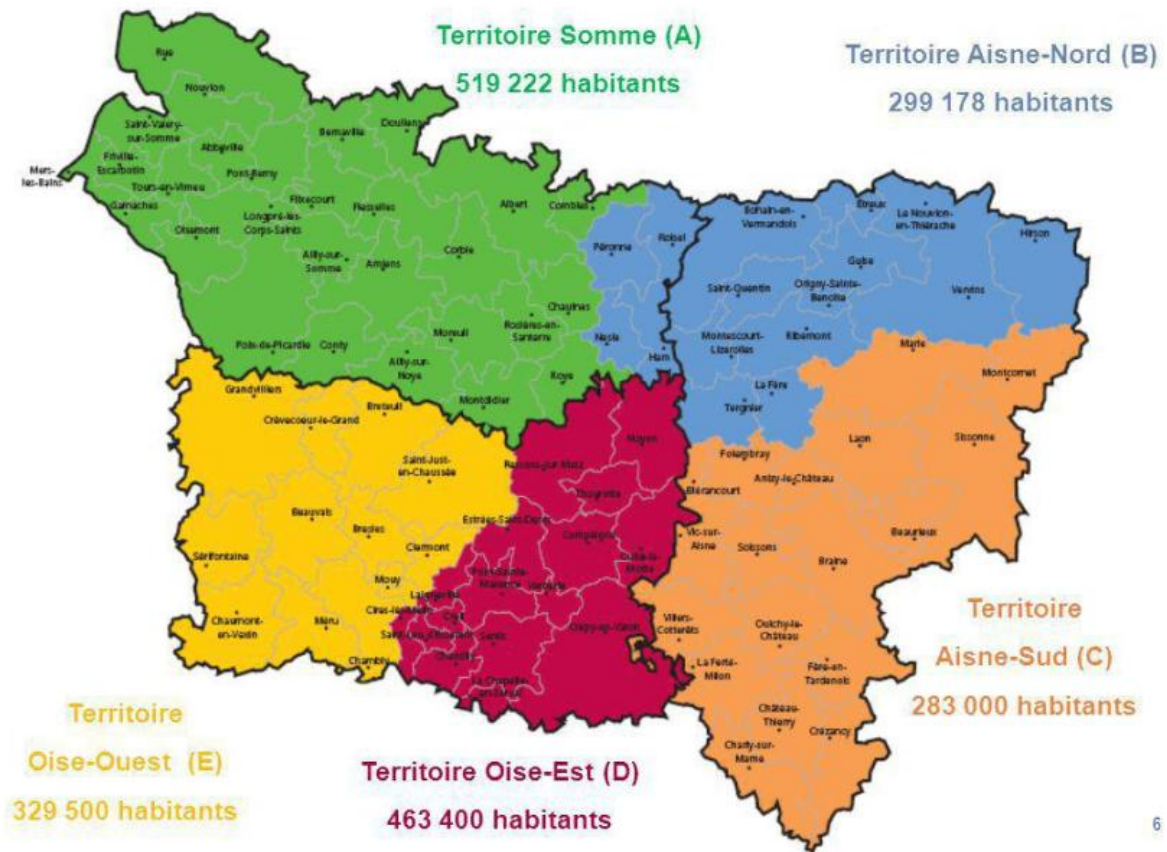
- Annexe 1 : Territoires de proximité de la région Hauts de France
- Annexe 2 : Territoires de santé de l'ex région Picardie
- Annexe 3 : Densité de médecins spécialistes libéraux
- Annexe 4 : Consultations réalisées au profit des patients hospitalisés
- Annexe 5 : Structuration de la filière gériatrique
- Annexe 6 : Evolution du nombre d'actes et consultations externes
- Annexe 7 : Bilan financier 2016 (dépenses / recettes)
- Annexe 8 : Répartition des médecins en activité selon le mode d'exercice (France – 2016)
- Annexe 9 : Productivité du personnel médical des consultations externes (année 2016)
- Annexe 10 : Majorations non applicables aux consultations externes hospitalières
- Annexe 11 : Registre des urgences prises en charge dans le service des consultations de médecine générale et soins de proximité
- Annexe 12 : Planning PNM
- Annexe 13 : Nouvelle tarification applicable aux actes et consultations externes (arrêté du 27 avril 2017)
- Annexe 14 : Perspectives de recettes supplémentaires suite à la signature de la convention médicale 2016 – 2021
- Annexe 15 : Les rémunérations du médecin traitant (majorations et forfaits)
- Annexe 16 : Rémunération forfaitaire des centres de santé

Annexe 1 : Territoires de proximité de la région Hauts de France

ZONAGES GÉOGRAPHIQUES ET POPULATION AU 1^{ER} JANVIER 2013



Annexe 2 : Territoires de santé de l'ex région Picardie



Annexe 3 : Densité de médecins spécialistes

Densité de médecins spécialistes libéraux selon le type de spécialité

	Min	TS Oise Ouest	Max	Picardie	France entière
Anesthésie-réanimation chirurgicale	1,2	1,2	5,4	3,2	5,4
Cardiologie	2,4	2,4	5,6	4,4	6,9
Dermatologie-vénérologie	0,9	0,9	3,6	2,9	5,2
Gastro-entérologie, hépatologie	1,5	1,5	3,4	2,6	3,4
Pédiatrie ¹	10,9	10,9	19,7	15,0	22,1
Radiologie	4,5	4,5	9,7	6,3	9,5
Chirurgie	4,5	4,5	9,6	7,5	8,4
dont chirurgie générale	1,2	1,2	2,4	1,9	3,0
dont orthopédie et traumatologie	1,5	1,5	3,7	2,4	3,2
Gynécologie ²	9,7	9,7	17,4	15,7	20,6
dont gynécologie obstétrique ³	15,2	15,2	30,3	20,2	24,9
Ophtalmologie	3,6	3,6	6,7	5,6	7,5
ORL	1,8	1,8	2,8	2,4	3,6
Psychiatrie	2,1	2,1	4,3	3,2	9,7
Autres	6,3	6,7	12,7	9,7	14,3
Total	35,7	35,7	68,5	57,7	87,1

Sources : Assurance maladie, Siam-Erasme Picardie, Insee RP 2007

Date : 31 août 2010

Densité pour 100 000 personnes

¹ pour 100 000 jeunes de moins de 16 ans - ² pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus - ³ pour 100 000 femmes de 15-49 ans

Densité de médecins spécialistes salariés et libéraux selon le type de spécialité

	Min	TS Oise Ouest	Max	Picardie	France entière
Spécialités médicales dont :	40,8	40,8	95,8	66,0	95,2
Anesthésie-réanimation chirurgicale	4,5	4,5	17,5	9,6	16,8
Cardiologie	4,8	4,8	11,1	8,0	10,0
Dermatologie-vénérologie	2,1	2,1	5,0	3,5	6,5
Gastro-entérologie, hépatologie	2,7	2,7	7,1	4,9	5,5
Pédiatrie ¹	29,1	31,3	54,6	40,3	56,7
Radiologie et imagerie médicale	7,0	7,0	11,3	9,1	12,6
Spécialités chirurgicales dont :	20,3	20,3	40,1	29,9	40,5
Chirurgie générale	2,1	2,1	8,1	4,8	6,2
Gynécologie obstétrique ²	18,9	18,9	34,0	25,8	37,5
Ophtalmologie	3,9	3,9	7,7	5,8	8,9
ORL	3,0	3,3	4,4	3,3	4,7
Psychiatrie	7,7	24,5	24,5	13,2	21,8
Biologie médicale	1,1	1,2	4,2	2,6	4,8
Santé publique, médecine du travail	7,1	7,9	11,3	8,5	10,0
Total	94,7	94,7	165,1	120,5	172,3

Sources : Adell, Insee RP 2007

Date : 1^{er} janvier 2009

Densité pour 100 000 personnes

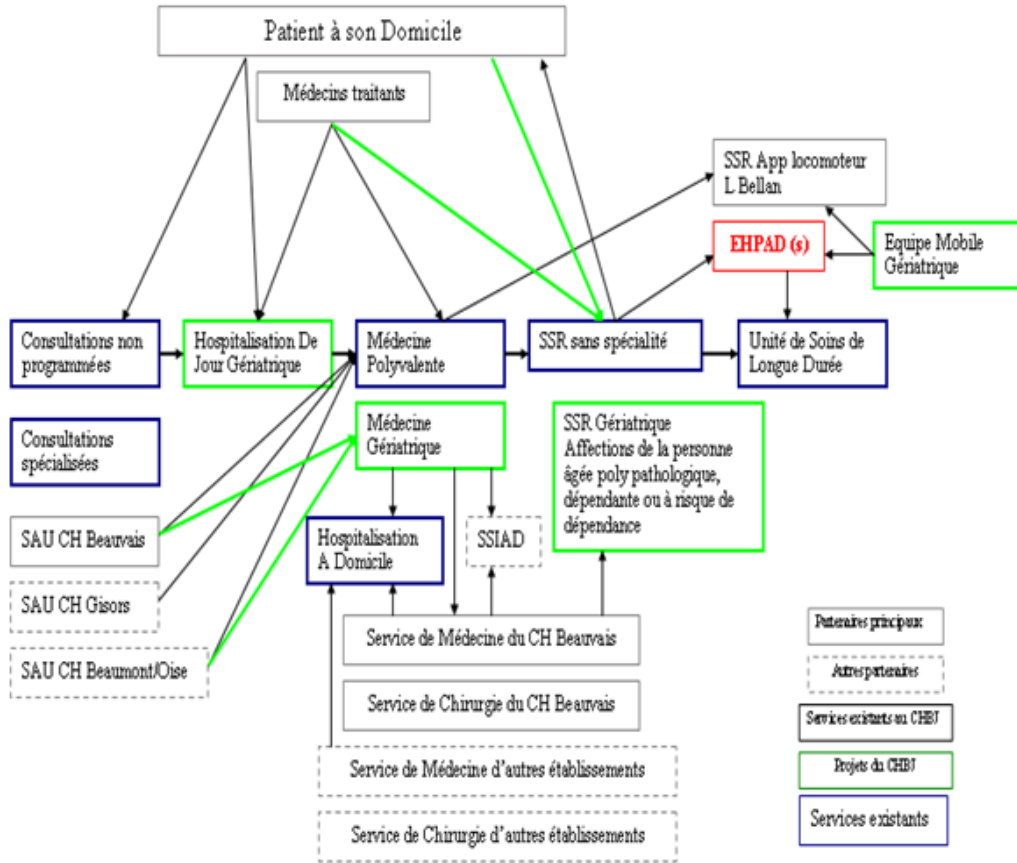
¹ pour 100 000 jeunes de moins de 16 ans - ² pour 100 000 femmes de 15-49 ans

**Annexe 4 : Nombre de CS réalisées au profit de patients hospitalisés
selon leur service d'origine (année 2016)**

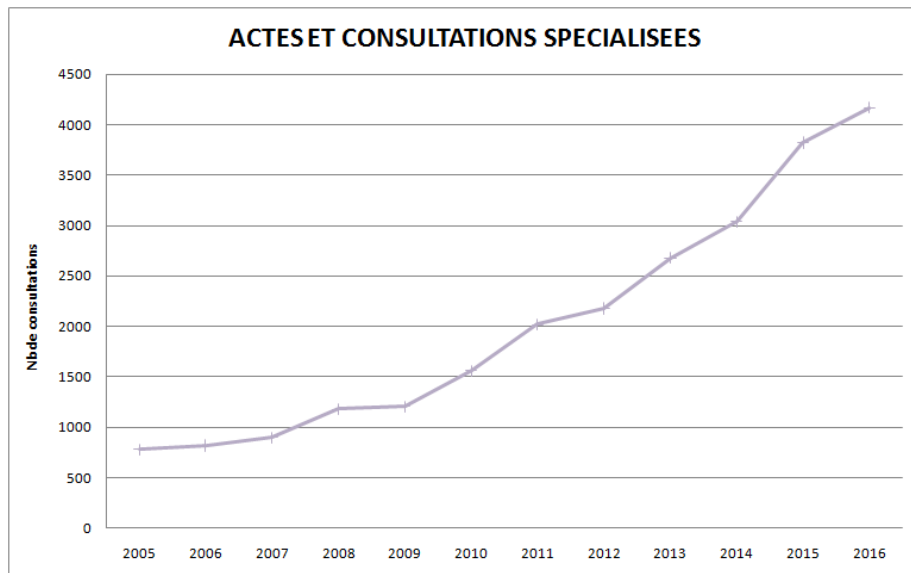
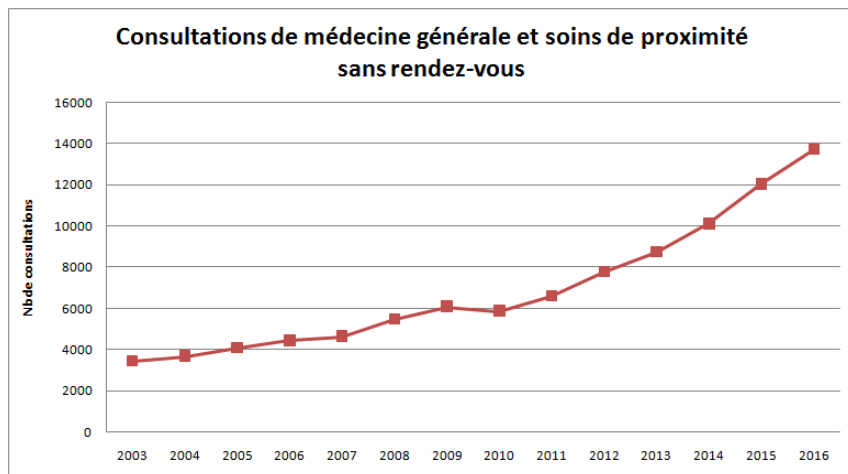
Spécialité	Service médecine	Service SSR	Service USLD	Total	Valorisation moyenne 2016	Total
Orthopédie	9	3	5	17	27.14€	461.38€
ORL	7	6	4	17	26.63€	452.71€
Gynécologie	2	0	3	5	23€	115€
Gastro-entérologie	26	5	7	38	25.36€	963.68€
Mémoire	0	0	0	0	23€	0€
Plaies et cicatrisation	0	0	4	4	23€	92€
Cardiologie	32	14	2	48	45.43€	2180.64€
Cancérologie	1	2	0	3	23€	69€
Dermatologie	15	8	15	38	38.64€	1468.32€
Endocrino- diabétologie	1	2	0	3	37.21€	111.63€
Endoscopie ORL	0	0	1	1	45.06€	45.06€
Endoscopie gastro	0	0	0	0	96€	0€
Total	93	40	41	174		5 959.42€

Annexe 5 : Structuration de la filière gériatrique

STRUCTURATION DE LA FILIERE GERIATRIQUE INFRATERRITORIALE DE CHAUMONT-EN-VEXIN



Annexe 6 : Evolution du nombre d'actes et consultations



Annexe 7 : Bilan financier 2016 (dépenses / recettes)

Tableau 1 : Recettes 2016

Recettes activité externe 2016				
Médecine générale	Nombre de consultations	Valorisation	Recettes par consultation	
Soins de proximité	13704	347 539 €	25 €	
Spécialités	Nombre de consultations	Valorisation	Recettes par consultation	Part de chaque spécialité
Addictologie	NC	NC	NC	NC
Cardiologie	259	20 083 €	78 €	13,7%
Chir ortho	506	16 427 €	32 €	11,2%
Dermato	425	29 738 €	70 €	20,2%
Diabéto	68	2 928 €	43 €	2,0%
Gastro	546	23 519 €	43 €	16,0%
Gynéco	708	16 937 €	24 €	11,5%
Hémato-onco	43	989 €	23 €	0,7%
Mémoire	49	5 896 €	120 €	4,0%
ORL	614	23 272 €	38 €	15,8%
Polygraphie	49	7 150 €	146 €	4,9%
Total spécialités	3267	146 938 €	45 €	100,0%
Total général	16971	494 477 €	29 €	

Tableau 2 : Dépenses 2016 par spécialité

Dépenses 2016				
Médecine générale	Nombre de consultations	Valorisation	Dépenses par consultation	
Soins de proximité	13704	555 801 €	41 €	
Spécialités	Nombre de consultations	Valorisation	Dépenses par consultation	Part de chaque spécialité
Addictologie	NC	NC	NC	NC
Cardiologie	259	45 661 €	176 €	18,4%
Chir ortho	506	21 035 €	42 €	8,5%
Dermato	425	32 194 €	76 €	13,0%
Diabéto	68	4 187 €	62 €	1,7%
Gastro	546	67 401 €	123 €	27,2%
Gynéco	708	22 523 €	32 €	9,1%
Hémato-onco	43	2 436 €	57 €	1,0%
Mémoire	49	8 980 €	183 €	3,6%
ORL	614	33 261 €	54 €	13,4%
Polygraphie	49	9 913 €	202 €	4,0%
Total spécialités	3267	247 591 €	76 €	100,0%
Total général	16971	803 392 €	47 €	

Tableau 3 : Dépenses / recettes 2016 par spécialité

Médecine générale	Nombre de consultations	Recettes CE 2016		Dépenses CE 2016		Ecart (recettes-dépenses)	
		Valorisation	Moyenne par consultation	Valorisation	Moyenne par consultation	Valorisation	Ecart par consultation
Soins de proximité	13704	347 539 €	25 €	555 801 €	41 €	-208 262 €	-15 €
Spécialités	Nombre de consultations	Valorisation	Recettes par consultation	Valorisation	Dépenses par consultation	Valorisation	Ecart par consultation
Addictologie	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Cardiologie	259	20 083 €	78 €	45 661 €	176 €	-25 578 €	-99 €
Chir ortho	506	16 427 €	32 €	21 035 €	42 €	-4 608 €	-9 €
Dermato	425	29 738 €	70 €	32 194 €	76 €	-2 456 €	-6 €
Diabéto	68	2 928 €	43 €	4 187 €	62 €	-1 258 €	-19 €
Gastro	546	23 519 €	43 €	67 401 €	123 €	-43 883 €	-80 €
Gynéco	708	16 937 €	24 €	22 523 €	32 €	-5 587 €	-8 €
Hémato-onco	43	989 €	23 €	2 436 €	57 €	-1 447 €	-34 €
Mémoire	49	5 896 €	120 €	8 980 €	183 €	-3 084 €	-63 €
ORL	614	23 272 €	38 €	33 261 €	54 €	-9 989 €	-16 €
Polygraphie	49	7 150 €	146 €	9 913 €	202 €	-2 763 €	-56 €
Total spécialités	3267	146 938 €	45 €	247 591 €	76 €	-100 652 €	-31 €
Total général	16971	494 477 €	29 €	803 392 €	47 €	-308 914 €	-18 €

**Annexe 8 : Répartition des médecins en activité selon le mode d'exercice
(France – 2016)**

Tableau n°9 : Répartition des médecins en activité selon les modes d'exercice

Modes d'exercice	Effectifs 2016		Pourcentage	Variation n-9
Libéral		86 925	43,9%	-8,2%
Mixte		20 331	10,3%	+5,6%
<i>Libéral-Salarié</i>	5 747			
<i>Libéral-Hospitalier</i>	13 688			
<i>Libéral-Salarié-Hospitalier</i>	896			
Salarié		90 749	45,8%	+9,4%
<i>Salarié</i>	28 020			
<i>Hospitalier</i>	59 913			
<i>Salarié-Hospitalier</i>	2 816			
Divers		132		
Sans exercice déclaré		7		
Total France entière		198 144	100%	-0,4%

**Annexe 9 : Productivité du personnel médical des consultations externes
(année 2016)**

Médecine générale et soins de proximité	nb de vacances par an	nb moyen d'heures par vacation	nb de consultations	nb moyen de consultations par vacation	nombre moyen de consultations par heure	durée moyenne des consultations
	650	4	13704	21	5	11

Spécialité	nb de vacances par an	nb moyen d'heures par vacation	nb de consultations	nb moyen de consultations par vacation	nombre moyen de consultations par heure	durée moyenne des consultations
Addictologie	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Cardio	27	2,75	259	10	3	17
Chir ortho	44	2,25	506	12	5	12
Dermato	44	4,5	425	10	2	28
Diabéto	14	3	68	5	2	37
Gastro	74	2	546	7	4	16
Gynéco	65	3,3	708	11	3	18
Hémato-onco	11	3	43	4	1	46
Mémoire	41	2,5	49	1	0	126
ORL	43	2,5	614	14	6	11
Polygraphie	NC	NC	49	NC	NC	NC
Total / moyenne	363	3	3267	9	3	19

Annexe 10 : Majorations non applicables aux consultations externes hospitalières

Secteur	Majorations	Tarifs	Nb de consultants 2016	Valorisation*
Médecine générale et de soins de proximité	RMT ⁶⁵	40€	NC	NC
	FMT ⁶⁶	5€	NC	NC
	MPA ⁶⁷	5€	502	2.510€
	MGE ⁶⁸	3€	1 793	5.379€
	Sous-total			7.889€
Médecines spécialisées	MPC ⁶⁹	2€	2 385	4.770€
	MPJ ⁷⁰	5€	360	1.800€
	MPA ¹	5€	394	1.970€
	MCC ⁷¹	3.27€	120	392.40€
	MCE ⁷²	10€	NC	NC
	Sous-total			8.932,40€
Total				16.821,40€

*sur la base de l'activité 2016 et en année pleine

⁶⁵ Rémunération spécifique annuelle pour un patient en ALD

⁶⁶ Forfait médecin traitant pour les patients hors ALD

⁶⁷ Rémunération forfaitaire dans le cadre du suivi des personnes âgées de 80 ans et plus. Cette majoration est appliquée sur chaque consultation effectuée auprès de ces patients âgés par tout médecin qu'il soit ou non médecin traitant

⁶⁸ Majoration pour les enfants de 2 à 6 ans en médecine générale

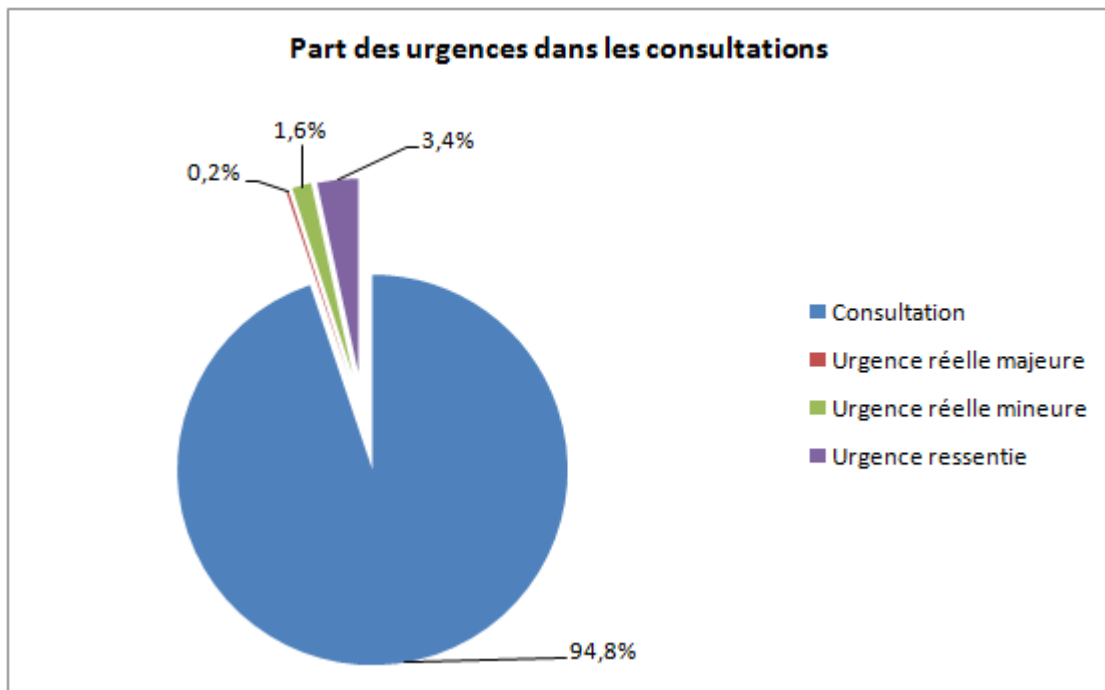
⁶⁹ Majoration forfaitaire transitoire applicable à la CS

⁷⁰ Majoration forfaitaire transitoire applicable à la consultation par le spécialiste pour les patients de moins 16 ans

⁷¹ Majoration de coordination pour les cardiologues

⁷² Majoration pour certaines consultations pour les spécialistes en endocrinologie et en médecine interne compétent en diabétologie

**Annexe 11 : Registre des urgences prises en charge
dans le service des consultations de médecine générale et soins de proximité⁷³**



⁷³ Données de l'exercice 2016 : registre infirmier

**Annexe 13 : Nouvelle tarification applicable aux actes et consultations externes
(arrêté du 27 avril 2017)**

Majorations	Commentaires
La majoration pour actes effectués la nuit, le dimanche et jours fériés	Majoration préexistante
La majoration enfant pour les médecins généralistes (MEG) ⁷⁴	Majoration issue de la nouvelle convention. Elle se substitue aux majorations MNO (enfants de 0 à 2 ans préexistante les EPS) et MGE (enfants de 2 à 6 ans non applicable aux EPS jusqu'au 1 ^{er} mai 2017). Son tarif est de 5€. Application au 1 ^{er} mai 2017.
Les majorations de coordination des généralistes (MCG) ⁷⁵ et des spécialistes (MCS) ⁷⁶	Préexistantes. Revalorisation des tarifs de 2€ (passage de 3 à 5€). Elargissement au moins de 16 ans dès le 1 ^{er} juillet 2017. Ouverture de la cotation MCG par le généraliste en cas de consultation d'un assuré hors résidence habituelle.
La majoration pour les médecins généralistes (MMG) ⁷⁷	Entrée en vigueur au 1 ^{er} juillet 2017 (décalage par rapport à la ville qui en bénéficie depuis le 1 ^{er} mai 2017). La valeur de la MMG est de 2€.
La consultation spécifique pour les cardiologues (CSC) ⁷⁸	Préexistante. Revalorisation du tarif de 2€. Application au 1 ^{er} juillet 2017.
L'acte ponctuel de consultant (C2) ⁷⁹	Préexistante. Revalorisation du tarif de 4€. Application au 1 ^{er} octobre 2017 (+2€) et au 1 ^{er} juin 2018 (+2€).

⁷⁴ Majoration Enfant pour les médecins Généralistes : création d'une majoration unique pour la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans par le médecin généraliste, d'une valeur de 5 euros, applicable quel que soit le secteur d'exercice du médecin, à compter du 1^{er} mai 2017 et qui se substitue aux majorations MNO et MGE.

⁷⁵ Majoration de coordination des médecins généralistes : passage de 3 à 5€ au 1^{er} juillet 2017 et extension de son application aux enfants ayant déclaré un médecin traitant et en cas de consultation d'un assuré éloigné de sa résidence habituelle et donc de son médecin traitant (article 18, circulaire 24-2016 de l'assurance maladie)

⁷⁶ Majoration de coordination médecin spécialiste : extension de la facturation aux enfants de moins de 16 ans ayant un médecin traitant, à compter du 1^{er} mai 2017 et revalorisation de 2€ au 1^{er} juillet 2017 (passage de 3 à 5€)

⁷⁷ Majoration de médecine générale : la consultation de médecine générale est valorisée à compter du 1^{er} juillet 2017 pour les EPS, à hauteur de 25€, sous la forme d'une majoration de 2€

⁷⁸ Consultation spécialisée cardiologie : revalorisation de 2€ à compter du 1^{er} juillet 2017 (passage de 45.73€ à 47.73€).

⁷⁹ Acte ponctuel de consultant : revalorisation de 2€ au 1^{er} octobre 2017 et au 1^{er} juin 2018 (passage de 46 à 50€).

**Annexe 14 : Perspectives de recettes supplémentaires suite à la signature
de la convention médicale 2016 – 2021**

Secteur	Majoration	Tarif	Nb de consultants*	Valorisation
Médecine générale et soins de proximité	MCG ⁸⁰	5€	2 851 patients hors Oise	14 255€
	MEG ⁸¹	5€	1 839 patients entre 2 et 6 ans	9 195€
	MMG ⁸²	2€	13 704 consultations de médecine générale	27 408€
	Sous-total médecine générale			50 858€
Médecine spécialisée	MCS + de 16 ans	Revalorisation de 2€	981 patients de plus de 16 ans ⁸⁴	1 962€
	MCS – de 16 ans ⁸³	5€ (création)	360 patients de moins de 16 ans	1 800€
	CSC ⁸⁵	Revalorisation de 2€	120 patients	240€
	C2 ⁸⁶	Revalorisation de 2€ en 2017 et en 2018	604 patients	1 208€ en 2017 2 416€ à partir de 2018
Sous-total médecine spécialisée			6 418€	
Total des ACE			57 276€	

⁸⁰ Majoration de coordination des médecins généralistes : passage de 3 à 5€ au 1^{er} juillet 2017 et extension de son application aux enfants ayant déclaré un médecin traitant et en cas de consultation d'un assuré éloigné de sa résidence habituelle et donc de son médecin traitant (article 18, circulaire 24-2016 de l'assurance maladie)

⁸¹ Majoration Enfant pour les médecins Généralistes : création d'une majoration unique pour la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans par le médecin généraliste, d'une valeur de 5 euros, applicable quel que soit le secteur d'exercice du médecin, à compter du 1^{er} mai 2017 et qui se substitue aux majorations MNO et MGE.

⁸² Majoration de médecine générale : la consultation de médecine générale est valorisée à compter du 1^{er} juillet 2017 pour les EPS, à hauteur de 25€, sous la forme d'une majoration de 2€

⁸³ Majoration de coordination médecin spécialiste : extension de la facturation aux enfants de moins de 16 ans ayant un médecin traitant, à compter du 1^{er} mai 2017 et revalorisation de 2€ au 1^{er} juillet 2017 (passage de 3 à 5€)

⁸⁴ Revalorisation de 2€ pour les patients de plus de 16 ans

⁸⁵ Consultation spécialisée cardiologie : revalorisation de 2€ à compter du 1^{er} juillet 2017 (passage de 45.73€ à 47.73€).

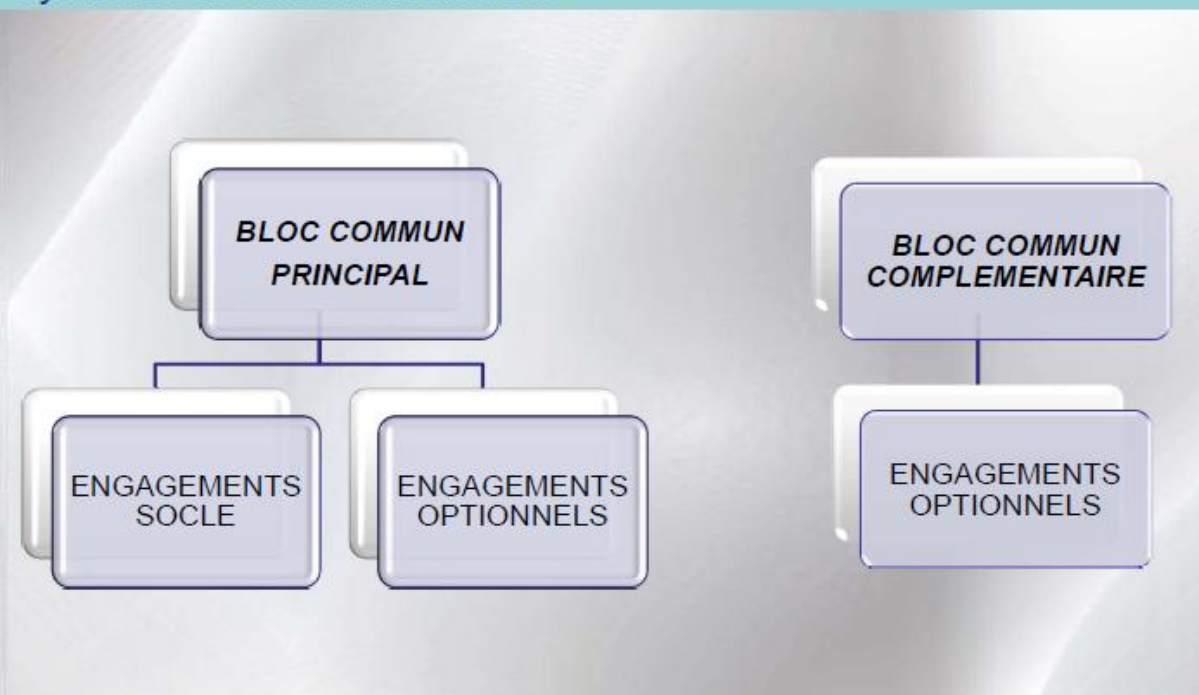
⁸⁶ Acte ponctuel de consultant : revalorisation de 2€ au 1^{er} octobre 2017 et au 1^{er} juin 2018 (passage de 46 à 50€).

Annexe 15 : Les rémunérations du médecin traitant (majorations et forfaits)

- La rémunération médecin traitant (RMT) : 40€ par an et par patient atteint d'une affection de longue durée au sens de l'article L.322-3 3° et 4° ;
- La rémunération forfaitaire annuelle (RST) : suivi des patients qui ne relèvent plus d'une ALD mais qui se trouvent dans une situation clinique répondant aux dispositions de l'article L. 322-3 10° du CSS, calculée sur la base de 40€ par an par patient,
- Le forfait médecin traitant (FMT) : 5€ par an et par patient pour le suivi de ses patients ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD.

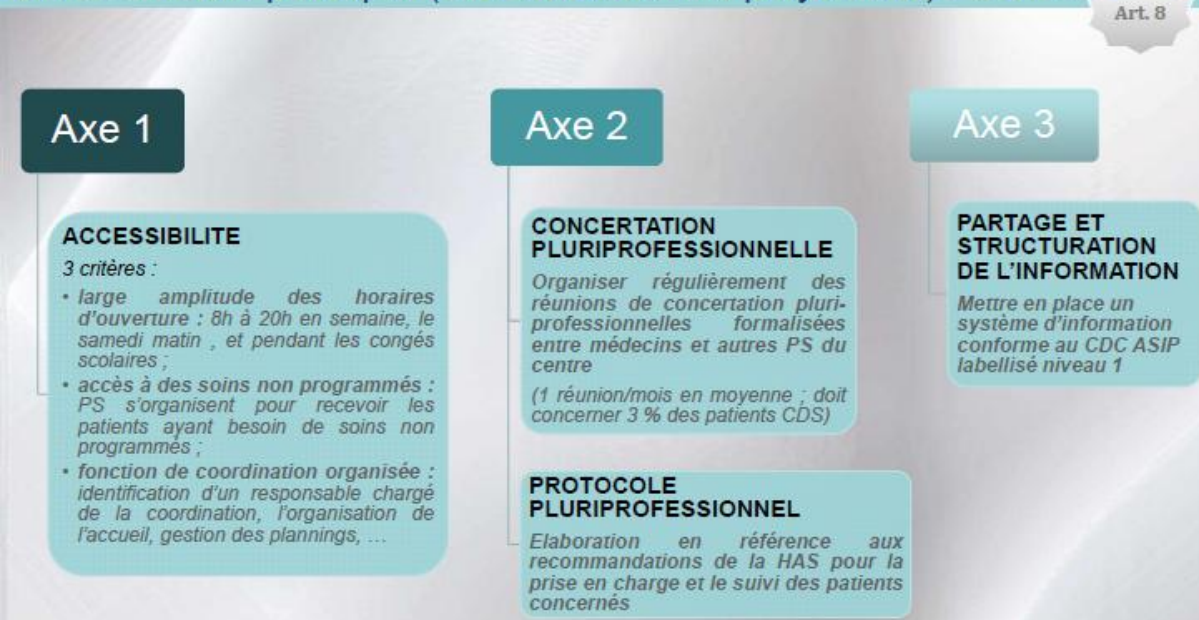
Annexe 16 : Rémunération forfaitaire des centres de santé

Synthèse de la rémunération



Bloc commun principal (CDS médical ou polyvalent) : SOCLE

Art. 8



VERDIER

Aurélie

Décembre 2017

DESSMS

Promotion 2017

Les enjeux des actes et consultations externes dans un hôpital de proximité

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>

Résumé :

En 2012, le Pacte territoire santé consacre l'engagement n°11 au renforcement du rôle des hôpitaux de proximité dans l'appui au premier recours. Ainsi, ces structures doivent jouer un rôle important dans l'accès aux soins de premier recours des populations locales.

Le Centre Hospitalier Bertinot Juel a été labellisé hôpital de proximité en 2016. A ce titre, il développe une activité externe de médecine générale et spécialisée. Seulement, cette activité présente un déficit conséquent, source d'inquiétude pour l'établissement. En effet, le modèle économique des consultations externes hospitalières est généralement décrit comme structurellement déficitaire et celui de l'établissement ne déroge pas à la règle. Dans la mesure où la viabilité économique n'est pas atteinte et malgré une indéniable complémentarité de l'activité externe avec les autres services de l'établissement, la pérennité du service à moyen terme pose question.

Cette étude cherche à mettre en évidence les bénéfices de l'activité externe hospitalière de proximité, autant pour les usagers que pour les établissements de santé parties prenantes, mais également ses contraintes financières et organisationnelles. L'objectif final est de trouver les moyens d'assurer l'offre de soins de premier recours sur des territoires où la démographie médicale est défavorable, tout en garantissant un modèle économique viable pour les établissements porteurs de ce type de projet.

Mots clés :

Actes et consultations externes – Hôpital de proximité – Accessibilité aux soins – Inégalités territoriales et sociales de santé – Dépenses – Recettes – Viabilité économique - Activité – Usagers – Service public hospitalier – Qualité et sécurité des soins – Salariat – Tiers payant – Médecine de ville – Optimisation – Centre de santé

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.