

Pour des schémas sectoriels d'accompagnement des Centres de soins infirmiers 2^{ème} partie : les leviers pour l'accompagnement des CSI

Cette seconde fiche fait suite à une précédente, parue en décembre 2008, qui présentait en chiffres les centres de soins infirmiers (CSI) ; ceux-ci représentent près de 5 000 emplois et permettent d'assurer des soins infirmiers sur le territoire. Cette fiche a pour objectif de présenter les leviers possibles pour l'accompagnement de ces structures.

En bref

Il ne s'agit pas d'un travail normatif, même si le cadre légal et extralégal est rappelé, mais d'un outil au soutien d'une démarche d'accompagnement de CSI, du moins dans la phase de diagnostic. Le choix a d'ailleurs été fait de présenter ce document sous forme de questionnements : « les questions clés » qui permettent d'opérer un diagnostic de la situation du CSI par rapport aux points essentiels (« les leviers ») qui déterminent sa viabilité et la pertinence de la réponse qu'il apporte à la population sur le territoire.

Ce diagnostic est la phase préalable à un accompagnement. En effet, les CSI, qui sont actuellement gérés par des associations, des congrégations, des municipalités, des mutuelles ou encore des régimes de sécurité sociale, connaissent, pour nombre d'entre eux et malgré le service qu'ils rendent à la population, des difficultés économiques. L'inspection générale des affaires sociales (Igas) a qualifié ces difficultés économiques « d'ordre structurel » mais une analyse plus fine permet de dégager également d'autres types de difficultés que peuvent connaître les centres : crise de la gouvernance, difficultés à se positionner sur le territoire... Un accompagnement peut donc permettre de les identifier et d'agir pour tenter d'y remédier.

Les questions clés de ce document sont complétées par différents éléments qui permettent une compréhension des enjeux. Plusieurs critères du référentiel d'évaluation de la qualité des centres de santé élaboré par la Haute autorité de santé sont à ce titre cités. Ce document est en effet une référence incontournable dans un processus d'amélioration de la qualité et de l'efficacité d'un centre, voire de sa mise en œuvre qui peut faire l'objet d'un accompagnement en tant que tel. La mise en place d'une démarche d'autoévaluation dans le CSI sera un moyen pour le centre de se réinterroger sur ses pratiques, de redynamiser les instances et les équipes autour d'un projet partagé. La qualité et l'efficacité du centre sera directement questionnée.

L'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés à but non lucratif sanitaires et sociaux) est le Centre national d'animation et de ressources (Cnar) Action sociale, médico-sociale et santé au sein du Dispositif local d'accompagnement (DLA), dispositif national d'appui aux activités et services d'utilité sociale.

Plus d'informations sur ce dispositif : <http://www.avise.org>

Dans le cadre de cette mission, l'Uniopss propose des « fiches pratiques » pour outiller les associations et les accompagner dans leur démarche de pérennisation de leurs activités d'utilité sociale afin de consolider et développer les emplois. Elles sont notamment accessibles aux adhérents de l'Uniopss et des Uriopss identifiés, sur les sites Internet du réseau Uniopss-Uriopss.

Plus d'information sur l'Uniopss : <http://www.uniopss.asso.fr>

Ces fiches sont la propriété de l'Uniopss. Elles ne peuvent être reproduites sans son consentement écrit.

Novembre 2009

Cette fiche a été élaborée par l'Uniopss, avec l'aide de ses adhérents nationaux et des Uriopss présents sur le champ des centres de soins infirmiers.

Mots clés

Centres de santé, centres de soins infirmiers, offre de soins, emplois infirmiers, dépense de santé, territoires.

Auteur

Cécile Chartreau, conseillère technique Santé, Uniopss
Maiwenn L'Hostis, conseillère technique Gestion financière et tarification, Uniopss

Plan

- I. Inscrire le CSI dans l'offre de santé au sein des territoires
 - A- Les CSI : un type de centres de santé
 - B- Les CSI : entre services de soins infirmiers à domicile et hospitalisation à domicile
 - C- Les CSI : une alternative à l'offre libérale
 - D- L'offre de soins infirmiers environnante
 - E- L'offre environnante, hors soins infirmiers
 - F- Ce qu'impose l'accord national des centres de santé
 - G- Les critères du référentiel d'évaluation des centres de santé
- II. S'assurer du respect du cadre normatif par le CSI et de son positionnement par rapport à l'accord national
 - A- Un cadre normatif variable suivant le niveau d'engagement du CSI dans l'accord national
 - B- Réglementation et accord dans le collimateur de l'Igas qui les juge lacunaires
 - C- La participation des CSI à des actions de santé publique
 - D- Les prescriptions techniques d'agrément
 - E- La convention collective applicable
 - F- Les critères du référentiel d'évaluation des centres de santé
 - G- Les évolutions inscrites dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires
- III. Expertiser la gouvernance du CSI
 - A- Ce qu'impose l'accord national des centres de santé
 - B- Les critères du référentiel d'évaluation des centres de santé
- IV. Expertiser la gestion et la situation financière du CSI au regard de quelques éléments d'analyse
 - A- Des difficultés de financement récurrentes
 - B- Les critères du référentiel d'évaluation des centres de santé

L'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés à but non lucratif sanitaires et sociaux) est le Centre national d'animation et de ressources (Cnar) Action sociale, médico-sociale et santé au sein du Dispositif local d'accompagnement (DLA), dispositif national d'appui aux activités et services d'utilité sociale.

Plus d'informations sur ce dispositif : <http://www.avise.org>

Dans le cadre de cette mission, l'Uniopss propose des « fiches pratiques » pour outiller les associations et les accompagner dans leur démarche de pérennisation de leurs activités d'utilité sociale afin de consolider et développer les emplois. Elles sont notamment accessibles aux adhérents de l'Uniopss et des Uriopss identifiés, sur les sites Internet du réseau Uniopss-Uriopss.

Plus d'information sur l'Uniopss : <http://www.uniopss.asso.fr>

Ces fiches sont la propriété de l'Uniopss. Elles ne peuvent être reproduites sans son consentement écrit.

I. Inscrire le centre de soins infirmiers dans l'offre de santé au sein des territoires

Les questions clés :

⇒ *Quels sont les besoins que le CSI permet de couvrir ?*

Il s'agit de vérifier l'adéquation de l'offre proposée par rapport aux besoins de la population.

Cette opération est d'autant plus incontournable que la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST) (cf. ci-dessous) prévoit l'élaboration d'un schéma régional d'organisation des soins couvrant les centres de santé, aux côtés des autres structures et professionnels de l'offre dite de soins de « ville ». Les besoins seront ainsi identifiés et l'offre mise en corrélation.

⇒ *Permet-il de pallier une carence dans l'offre en soins infirmiers ?*

Si le centre permet de pallier la carence de l'offre en soins infirmiers sur un territoire, la légitimité de son action ne fait aucun doute. Il peut même à ce titre bénéficier d'aides financières, de la part de collectivités territoriales par exemple. A l'avenir, des aides prévues dans le cadre de l'accord national des centres de santé pourraient lui être versées.

A l'inverse, si le CSI s'inscrit dans une offre déjà bien développée, la question ci-après est d'autant plus importante.

⇒ *Qu'apporte-t-il par rapport à l'offre en soins infirmiers environnante ?*

Il convient de bien **resituer le projet du centre par rapport aux autres types d'offres en soins infirmiers** - hospitalisation à domicile (HAD), service de soins infirmiers à domicile (Ssiad), infirmier diplômés d'Etat (IDE) libéraux - qui peuvent être présentes sur le même territoire, voire les territoires environnants. Il s'agit d'en expliciter l'apport ; les différentes offres étant distinctes et complémentaires par bien des aspects. Les articulations à ce titre peuvent être recherchées. Elles peuvent être plus ou moins étroites (partenariat, gestionnaire commun).

⇒ *Comment le CSI s'articule-t-il avec l'ensemble de l'offre de soins mais aussi l'offre médico-sociale et sociale environnante ?*

Le reste de l'offre avec laquelle le centre peut avoir des interactions doit également être identifié : établissements de santé, médecins prescripteurs libéraux ou de centres de santé, établissements d'hébergement pour personnes âgées...

Les partenariats, qu'ils soient plus ou moins formalisés (jusqu'au conventionnement) entre le CSI et cette offre, sont à développer.

Les CSI ont aussi intérêt à être inscrits dans les dynamiques de réseaux et autres dispositifs de coordination, du type Centre local d'information et de coordination (CLIC...) pour les personnes âgées.

A- Les CSI : un type de centres de santé

Les CSI sont une catégorie de centres de santé. Ainsi, s'ils présentent des spécificités tenant en grande partie à leur activité centrée sur l'acte infirmier de soin exercé très majoritairement à domicile, ils présentent une analogie de fonctionnement avec les autres types de centres de santé (dentaires, médicaux, polyvalents) ancré sur un projet et une analogie concernant l'exercice salarié, en équipe.

Ils font partie intégrante de l'offre de soins dite "de ville", par opposition au secteur hospitalier, même si nombre d'entre eux sont implantés en milieu rural. Leur intervention est définie à un niveau de premier recours par la loi « Hôpital, patients santé et territoires », c'est-à-dire à un niveau de proximité, les centres dispensant des soins « courants ». Le maillage du territoire en offre de soins de premier recours doit se faire à un niveau resserré.

La loi (article D. 6323-10 du Code de la santé publique) apporte la définition suivante des CSI :

« Les centres de santé qui n'ont qu'une activité infirmière portent l'appellation de centres de soins infirmiers.

Les centres de soins infirmiers ont pour objet d'assurer des soins infirmiers(...).

Les centres de soins infirmiers assurent :

1° Des soins sur place ;

2° Des soins à la résidence des usagers, sur prescription d'un médecin attestant que le déplacement du malade est contre-indiqué (...);

3° Une permanence pour répondre aux demandes de renseignements et noter les appels extérieurs.

Pour rapprocher le service infirmier de la population desservie, un centre peut détacher à jours et à heures fixes un infirmier ou une infirmière dans un local. Ce local est considéré comme une antenne du centre. L'antenne est soumise à agrément. »

B- Les CSI : entre services de soins infirmiers à domicile et hospitalisation à domicile

1) Les Ssiad

Les Ssiad, structures médico-sociales soumises à la loi du 2 janvier 2002 codifiée dans le Code de l'action sociale et des familles¹, ont pour mission d'assurer à domicile et sur prescription médicale des soins infirmiers et d'hygiène générale, les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ainsi éventuellement que d'autres soins relevant d'auxiliaires médicaux. Exercent en Ssiad des aides soignantes encadrées par une infirmière coordinatrice. Cette distinction dans le personnel renvoie aux compétences respectives des infirmières et des aides soignantes.

Les Ssiad regroupent donc essentiellement des aides soignantes qui se déplacent à domicile à partir d'un projet d'accompagnement médico-social où les soins d'hygiène prennent une place essentielle : 479 858 toilettes contre 4 211 injections sur la semaine de référence en 2002 (prix de journée de 35€ par jour en moyenne)². Les Ssiad interviennent auprès des personnes âgées et dans certaines conditions auprès de personnes handicapées et personnes atteintes de maladies chroniques (autorisation de places spécifique).

Les CSI, structures sanitaires soumises au Code de la santé publique, ont pour mission principale d'assurer les soins infirmiers sur prescription médicale, en ambulatoire, dans les locaux du centre ou à domicile, si cela est mentionné par la prescription médicale. Exercent en CSI des infirmiers diplômés d'Etat. Les actes sont très majoritairement des actes médicaux infirmiers (AMI), le nombre d'actes infirmiers de soins (AIS) étant beaucoup moins élevé : la proportion est à peu près 1/4 d'AIS pour 3/4 d'AMI, sachant que ce nombre n'est pas forcément représentatif puisque des actes ne sont pas cotés si plusieurs actes sont réalisés au cours de la même séance

↳ cf. *fiche Pour des schémas sectoriels d'accompagnement des Centres de soins infirmiers - 1^{ère} partie : les chiffres clefs.*³

2) Les HAD

Les structures sanitaires de l'HAD, soumises au Code de la santé publique, ont vocation à éviter une hospitalisation complète. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Les conditions d'inclusion de patient en HAD sont strictement réglementées⁴. Le personnel comprend obligatoirement un médecin coordonnateur, un cadre infirmier pour 30 places autorisées et des IDE (au moins la moitié des postes en équivalent temps plein (ETP) autres que les médecins). La prise en charge est à 140 euros par jour en moyenne.

Entre Ssiad et HAD, les CSI participent donc à la complémentarité de l'offre de soins. Ils permettent d'assurer le continuum et la gradation de l'offre. Pouvoir assurer cette gradation permet à la personne de bénéficier de la prise en charge qui lui sera la plus adaptée. Cette juste adéquation de l'offre aux besoins génère une meilleure

¹ cf. *fiche La loi 2002-02 rénovant l'action sociale* : fiche Uniopss n°40552

² Bressé S, « Les services des soins infirmiers à domicile (Ssiad) et l'offre de soins aux personnes âgées en 2002 », Drees, Études et Résultats, n° 350, novembre 2004.

³ Fiche Uniopss n°47176 - <http://www.uniopss.asso.fr>

⁴ Anne Aligon, Laure Com-Ruelle, Thomas Renaud, avec la collaboration d'Emmanuelle Lebrun, « Coût de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) » Irdes, Questions d'économie de la santé n° 67 - Juin 2003.

qualité et des économies. Certains gestionnaires ont ainsi développé les trois types de réponse (CSI, Ssiad, HAD) pour créer un continuum de prestations et permettre l'équilibre économique des trois structures. Dans ce dispositif, les CSI sont un maillon essentiel. Ils peuvent intervenir en tant que « prestataire de soins » pour les HAD et les Ssiad et peuvent apporter une souplesse d'organisation pour les HAD et les Ssiad dont l'activité technique et le recours aux IDE varient en fonction des patients.

C- Les CSI : une alternative à l'offre libérale

Par rapport aux infirmiers exerçant à titre libéral, les CSI présentent l'intérêt d'être en capacité d'assurer une véritable continuité des soins du seul fait de l'organisation en équipe et de leur amplitude d'exercice. Sur certains territoires⁵ ou prises en charge délaissés par les libéraux (exemple : pour des interventions en logement foyer où les prises en charge sont très fluctuantes, seul le CSI peut absorber une telle variation dans la demande), ils assurent l'offre de soins infirmiers. Comme le note l'Igas, dans son rapport de 2006, ils présentent en outre une capacité de réaction plus grande que ne pourrait l'avoir un professionnel isolé par rapport aux sorties d'hospitalisation le vendredi soir souvent sans contact préalable. Et les permanences de nuit et de week-end instaurées dans certains cas permettent d'assurer les relais dans les moins mauvaises conditions possibles.

Grâce à la coordination interne et externe qu'ils pratiquent pour la grande majorité d'entre eux (option de coordination, cf. ci-dessous), ils accompagnent leurs patients au delà du simple acte de soin pour une prise en charge de la personne qui se veut globale. Ce n'est pas un professionnel seul face à un patient mais une équipe avec une triangulation qui s'exerce. Le rôle régulateur de l'infirmière coordinatrice est en cela précieux.

Au final, ces deux modes d'exercice distincts (CSI, libéral) intéressent des profils différents de professionnels. Salarier, 35h, possibilités de formation continue du fait de l'obligation de l'employeur... sont des éléments qui font l'attractivité de ce mode d'exercice. Autre intérêt : le délai de deux ans d'exercice en établissement de santé pour un professionnel nouvellement diplômé ne s'applique que pour l'exercice libéral. L'exercice salarié en centre de soins infirmiers est possible dès l'obtention du diplôme d'IDE.

Autres différences dans les CSI :

- la conduite d'actions de prévention, individuelles ou collectives
- le soutien des bénévoles du quartier (parfois théorique) en tant que membre des associations

D- L'offre de soins infirmiers environnante

Dans l'objectif de réguler le développement de l'offre de soins infirmiers sur le territoire et remédier au déséquilibre actuel⁶, un dispositif a été mis en place pour limiter l'installation des professionnels infirmiers libéraux dans les territoires où l'offre est déjà importante. A cet effet, une cartographie de l'offre de soins infirmiers a été réalisée par les pouvoirs publics pour définir par unité géographique le niveau de densité de l'offre par rapport aux besoins de la population. Cette cartographie intègre l'offre de soins dispensée par les professionnels infirmiers libéraux et par les Ssiad mais ne prend cependant pas en compte les CSI. Si les données doivent être appréciées avec précaution, elles donnent cependant une indication sur les besoins de la population et le volume de l'offre dispensée par les Ssiad et les infirmiers libéraux.

E- L'offre environnante, hors soins infirmiers

L'offre de soins avec laquelle les CSI peuvent avoir des interactions est principalement constituée par les établissements de santé (hospitalisation à domicile, hôpital local, de proximité, unités de dialyse ou de soins de suite et de réadaptation...) et les professionnels médicaux, dont le médecin traitant de la personne.

⁵ cf. *fiche Pour des schémas sectoriels d'accompagnement des Centres de soins infirmiers - 1^{ère} partie : les chiffres clefs* : fiche Uniopss n°47176

⁶ idem

L'offre devrait donc pouvoir être recensée et identifiée (nom, adresse, téléphone, horaires d'ouverture), le cas échéant avec l'aide de la caisse d'assurance maladie et des données du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Ce recensement est utile au centre notamment pour orienter les usagers dans le système de santé et favoriser la continuité de la prise en charge.

L'offre sociale et médico-sociale environnante que le CSI a également intérêt à avoir identifiée est notamment composée des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), des CLIC (coordination, prévention), etc.

F- Ce qu'impose l'accord national des centres de santé

Pour les CSI « optant » (cf. ci-dessous), l'accord national impose au centre de :

- recenser l'offre de soins environnante susceptible à un moment donné de prendre en charge les patients d'un centre ;
- signer au moins une convention de fonctionnement avec une structure extérieure. Le contenu minimum de la convention est détaillé dans l'accord.

G- Les critères du référentiel d'évaluation des centres de santé

Dans le cadre d'une démarche qualité dans les centres de santé, un critère du référentiel de la Haute autorité de santé fait directement référence à la prise en compte de l'environnement par le projet du centre et un autre fait état des partenariats et du travail en réseau qui doit permettre de faciliter l'accès aux soins :

- Critère 1 b : Le projet prend en compte les données de l'environnement : besoins de la population, offre sanitaire et sociale environnante, politiques des institutions.
- Critère 2 e : Les partenariats et le travail en réseau facilitent l'accès aux soins.

II. S'assurer du respect du cadre normatif par le CSI et de son positionnement par rapport à l'accord national

Les questions clés :

⇒ Quels est le positionnement du CSI par rapport à l'accord national des centres de santé ?

En fonction du niveau d'engagement du centre dans l'accord (pas d'adhésion, simple adhésion, adhésion à l'option), celui-ci peut bénéficier d'avantages (financiers, formation...) en contrepartie du respect de certaines obligations. Si ces obligations ne sont pas satisfaites, la caisse d'assurance maladie remet en cause le versement des aides financières.

⇒ Si ce n'est pas le cas, le CSI est-il en capacité de s'engager dans l'option de coordination des soins infirmiers ?

Pour un centre, « opter » c'est se soumettre à un faisceau d'obligations. Si celles-ci ne correspondent pas à une pratique déjà développée ou souhaitée par les professionnels de la structure, elles seront ressenties comme des contraintes supplémentaires. C'est pourquoi l'option n'est en rien obligatoire. Mais au contraire, pour les CSI, il s'agit le plus souvent de formaliser des pratiques, un mode de fonctionnement déjà existant. Pour les négociateurs de l'accord, elle ne devait avoir pour objectif que de consacrer des pratiques déjà bien ancrées en les assortissant d'une rémunération. Rémunérée, elle peut par contre inciter des centres à s'y engager.

Pour les centres infirmiers, l'option consiste principalement à utiliser un dossier patient, un cahier de transmission entre infirmières, à assurer des réunions régulières de l'équipe, un recours en cas de soins nécessaires et à passer une convention avec une structure de soins proche.

Alors que l'adhésion à l'accord n'est plus possible, l'adhésion à l'option l'est encore.

Au niveau de la fiscalité, s'engager dans l'option est en outre un moyen de se différencier de l'offre de soins que peut proposer le personnel infirmier libéral et ainsi éviter aussi d'être soumis par l'administration fiscale aux impôts commerciaux.

⇒ ***Le CSI élabore-t-il chaque année un rapport d'activité qu'il transmet aux autorités ?***

Les centres de santé sont en effet tenus d'établir chaque année, au plus tard pour le 30 juin de l'exercice suivant, un rapport d'activité comportant notamment toutes informations non nominatives relatives à la clientèle du centre, au personnel, aux actes effectués, aux moyens mis en place par le centre, à ses diverses activités ainsi qu'à ses dépenses et ses recettes. Ce rapport d'activité doit être communiqué au préfet de région et à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) intéressée.

⇒ ***Le CSI participe-t-il à des actions de santé publique ?***

La définition législative du centre de santé prévoit sa participation à des actions de santé publique. Dans le sens d'une prise en charge globale de la santé des personnes, les centres de santé ont en effet vocation à mettre en œuvre des actions de prévention, d'éducation à la santé et de promotion de la santé. Participer à ce type d'action permet par ailleurs au centre de démontrer ce qui le distingue de l'offre de soins « classiques » que peuvent proposer les infirmières libérales et ainsi éviter la fiscalisation.

Ces actions ont d'autant plus d'intérêt qu'elles répondent à un besoin repéré sur le territoire d'action du centre. Le portage d'une action par plusieurs centres qui partageraient la même analyse est également une dimension à envisager : elle permet de démultiplier l'envergure de l'action, donc de bénéficier à un plus grand nombre, et pour les centres de mutualiser leur réflexion, leur investissement et dans une certaine mesure les moyens humains consacrés à l'action.

⇒ ***Quelle convention collective applique le CSI ? Quel est le positionnement du CSI par rapport à l'accord de branche de l'aide à domicile ?***

Le CSI applique, selon le cas, soit la convention Croix rouge française, soit la convention de 1951 ou encore l'accord de branche de l'aide à domicile. Ce dernier étant un accord étendu, il s'applique par défaut à tout centre de soins infirmiers. Il a fait l'objet d'un agrément ministériel prévoyant une revalorisation de plus de 30% de la masse salariale entre 2003 et 2006. Problème : les recettes des centres, principalement financés à l'acte, n'ont pas été revalorisées dans les mêmes proportions, ce qui a pu entraîner un déficit malgré l'étalement de la revalorisation sur plusieurs années.

A- Un cadre normatif variable suivant le niveau d'engagement du CSI dans l'accord national

Les centres de santé sont actuellement régis par deux types de dispositions : d'une part, des dispositions d'ordre législatif et réglementaires qui s'imposent à tous les centres de santé et d'autre part, des dispositions prévues par un accord signé en avril 2002 entre les représentants des gestionnaires de centres de santé et les Caisses nationales d'assurance maladie. L'accord est entré en application en avril 2003. Chaque centre de santé peut choisir d'adhérer ou non. Cet accord se distingue par deux niveaux d'engagement :

- un engagement a minima qui se fait par l'adhésion à l'accord et qui implique pour le centre de respecter les dispositions de « base » de l'accord ou encore « le socle commun » de l'accord ;
- un engagement plus important par l'adhésion à « l'option de coordination des soins », en l'occurrence des soins infirmiers pour les CSI.

L'accord national est parvenu à échéance en avril 2008. Dès le début de l'année 2007, les représentants des centres ont commencé les négociations pour renouveler cet accord. Comme les négociations ont pris un retard considérable, l'accord national a finalement été reconduit en l'état pour cinq ans, un arrêté du 11 juillet 2008 officialisant cette reconduction. Le texte conventionnel d'avril 2002 s'applique donc toujours, avec son socle et ses options.

Dispositions communes obligatoires pour l'ensemble des CSI	Dispositions applicables aux CSI adhérents à l'accord	Dispositions propres à l'option de coordination des soins infirmiers : pour les CSI « optant »
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création et gestion soit par des organismes à but non lucratif soit par des collectivités territoriales ▪ Pratique du tiers payant ▪ Application des tarifs conventionnels (pas de dépassements) ▪ Participation à des actions de santé publique ▪ Pour la création, dispositif d'agrément avec conditions techniques d'agrément à respecter ▪ Possibilité d'une antenne sociale ▪ Versement de la subvention au titre de la prise en charge partielle des cotisations de sécurité sociale (11,5 points) ▪ Rapport d'activité à produire au 30 juin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bénéfice d'aides à la télétransmission moyennant respect d'un taux minimal d'actes télétransmis en mode Sesam Vitale (transmission des feuilles de soins par voie électronique) ▪ Dispositif de formation professionnelle ▪ Actions locales de santé publique (le dispositif est éteint depuis 2005) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordination des soins formalisée avec rémunération spécifique (« forfait coordination ») en contrepartie d'obligations : <ul style="list-style-type: none"> ○ Utilisation du dossier patient, d'un cahier de transmission au niveau interne et d'un document de transmission infirmière/intervenant extérieur ; ○ Une réunion de coordination organisée pour l'ensemble de l'équipe, au minimum mensuelle ; ○ Des réunions spécifiques au cas par cas avec éventuellement les intervenants externes ; ○ Signature d'une convention de fonctionnement avec un établissement de santé (modèle annexé à l'accord). ▪ Rapport d'activité spécifique ▪ Obligation de participer aux actions de formation organisées dans le cadre de l'accord (au minimum 2 journées par an)
<p>Sources : - Articles L. 6323-1 et suivants et D. 6323-1 et s. du Code de la santé publique - Articles L.162-32 et suivants du Code de la sécurité sociale et D162-22 et s. http://www.legifrance.gouv.fr</p>	<p>Sources : Titres I, III, IV et V de l'accord national destinés à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie. http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/gestionnaires-de-centres-de-sante/index.php</p>	<p>Sources : Chapitre IV de l'accord national destinés à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie. http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/gestionnaires-de-centres-de-sante/index.php</p>

B- Réglementation et accord dans le collimateur de l'Igas qui les juge lacunaires

Dans son rapport de 2006⁷, l'Inspection générale de l'action sociale pointait les lacunes de la réglementation actuelle et de l'accord national en ce qui concerne les CSI et formulait plusieurs recommandations, notamment :

- améliorer le rapport d'activité annuel. Pour les centres « optant », les CSI doivent en effet transmettre un rapport d'activité spécifique à la Cnam (modèle annexé à l'accord), ce qui pose d'ailleurs problème au niveau du contenu du rapport qui est exigé des services de l'Etat qui n'est pas le même que pour les services de l'Assurance maladie ;
- mettre à niveau le forfait de coordination. Compte tenu de la revalorisation des salaires, une mise à niveau du forfait s'impose, sans compter le temps réellement passé à la coordination des centres qui devrait lui aussi être analysé pour un ajustement ;
- ajuster les forfaits informatiques pour tenir compte de l'investissement réel des centres sur ce volet
- transposer, comme cela est prévu par l'accord, les dispositifs tarifaires accordés aux libéraux, comme par exemple les forfaits pour les patients diabétiques.

A ce jour, ces recommandations n'ont pas fait l'objet de mises en œuvre.

⁷ IGAS, « Situation financière des centres de soins infirmiers », La documentation française, novembre 2006.

C- La participation des CSI à des actions de santé publique

L'accord prévoyait de financer des actions locales de prévention organisées à un niveau collectif (titre III de l'accord). Un appel à projet était lancé chaque année sur des thématiques précises.

Ce dispositif a cependant cessé en 2005 : les groupements régionaux de santé publique (GRSP) se devant d'être les seuls émetteurs d'appels à projet pour les actions de santé publique, le dispositif a réintégré le droit commun. Les CSI peuvent donc se positionner sur ces appels à projets qui seront à l'avenir lancés par les agences régionales de santé (elles intègrent en leur sein les missions des GRSP qui disparaissent). Ils peuvent également émarger sur des fonds de santé publique encore engagés par d'autres organismes hors GRSP : collectivités territoriales, mutuelles...

D- Les prescriptions techniques d'agrément

Les centres de santé sont soumis pour leur ouverture à une procédure d'agrément par le préfet de région. Ils font l'objet d'une visite de conformité qui vise à vérifier le respect d'un certain nombre d'éléments : les conditions techniques d'agrément ainsi que les normes d'installation, d'hygiène et de sécurité et de fonctionnement en vigueur.

Les principales conditions techniques d'agrément pour les CSI (D. 6323-7 et s. du Code de la santé publique) sont :

- un règlement interne qui précise les conditions de leur organisation et de leur fonctionnement ainsi que le nom du responsable ;
- un affichage des heures d'ouverture, heures de permanence ou de consultation et des principales conditions de fonctionnement utiles au public de façon apparente à l'extérieur des centres de santé ;
- un dossier de soins est constitué pour chacun des patients ; y figurent le relevé des prescriptions médicales, les protocoles thérapeutiques, le nom de l'infirmier ou de l'infirmière, la nature, la date et la cotation des actes effectués ainsi que les éventuels incidents survenus lors de l'accomplissement de ces actes ;
- une équipe soignante d'au moins deux personnes à temps complet ou de leur équivalent en temps partiel.

Les obligations en matière d'hygiène, d'asepsie et de gestion des déchets infectieux sont particulièrement importantes pour les centres de soins infirmiers pour la qualité des soins et également en tant qu'éléments à prendre en considération dans la gestion du centre.

Elles supposent en effet une organisation particulière, du moins pour ce qui concerne l'élimination des déchets de soins à risque infectieux qui doivent faire l'objet d'une collecte à part. Ces règles doivent être précisées dans le règlement interne et portées à la connaissance de tous les personnels.

Les règles de stérilisation des dispositifs médicaux sont également un élément déterminant pour le centre à partir du moment où le traitement à chaleur sèche (par poupinel) largement utilisé a été écarté, car non fiable, au profit d'un procédé par chaleur humide dans lequel les CSI ont dû investir ou préférer les dispositifs médicaux à usage unique.

E- La convention collective applicable⁸

Les CSI peuvent appliquer une convention collective différente selon le cas dans lequel ils se situent :

- les CSI de la Croix Rouge française appliquent la convention collective de l'organisme : la convention collective nationale du personnel salarié de la Croix Rouge française ;

⁸ cf. [fiche Présentation des syndicats employeurs et conventions collectives du secteur associatif sanitaire et social](#) : fiche Uniopss n°47515

- les CSI par adhésion au syndicat employeur Fehap appliquent la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951 ;
- en dehors de ces cas, les CSI appliquent l'accord de branche de l'aide à domicile signé entre les organisations employeurs du domicile et les syndicats de salariés en décembre 2004. Ce dernier étant un accord étendu, il s'applique en effet par défaut à tout centre de soins infirmiers.

F- Les critères du référentiel d'évaluation des centres de santé

Dans le cadre d'une démarche qualité dans les centres de santé, un critère du référentiel de la Haute autorité de santé fait directement référence à la participation à des actions de prévention et d'éducation à la santé :

Critère 2 d : Le centre favorise une prise en charge globale des personnes.

La prise en charge globale de la personne peut comprendre la participation à des actions de prévention (y compris l'information en santé, les actions de dépistage), l'éducation à la santé (y compris l'éducation thérapeutique) et les soins. Elle prend en compte les données d'environnement familial et social.

Cinq critères concernent le respect des règles d'hygiène, de désinfection et de stérilisation :

Critère 7 a : Les règles d'hygiène sont appliquées dans le centre et au domicile des patients.

Critère 7 b : La propreté des locaux est assurée.

Critère 7 c : Les bonnes pratiques de désinfection pour le matériel réutilisable non stérilisable sont respectées.

Critère 7 d : Les bonnes pratiques de stérilisation sont respectées.

Critère 7 e : Les déchets sont éliminés conformément aux règles de bonnes pratiques.

Le référentiel mentionne la mise en place possible d'un document de transmission infirmière/intervenant utilisé dans le cadre de l'option de coordination des soins :

Critère 13 c : La communication aux autres professionnels de santé d'informations concernant les patients contribue à la continuité des soins.

G- Les évolutions inscrites dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires⁹

La loi Hôpital, patients, santé et territoires est entrée en application en juillet 2009. Les centres de santé sont impactés par un certain nombre de dispositions, certaines d'application immédiate :

- les centres sont explicitement cités dans l'offre de soins de 1^{er} recours ;
- les établissements de santé publics et les établissements de santé privés à but non lucratif qui se sont déclarés d'intérêt collectif (ESPIC) ont désormais la possibilité de créer ou de gérer des centres de santé directement ce qui ne leur était pas permis jusqu'à présent ;
- obligation d'élaborer un projet de santé qui devra inclure des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique ;
- les centres de santé pourront être membres d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) et participer à un pôle de santé.

D'autres dispositions entreront en vigueur suite à la parution des textes d'application, soit après la mise en place des agences régionales de santé :

- le versement d'aides financières par l'agence régionale de santé serait conditionné à la conclusion avec celle-ci d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) ;
- le remplacement de la procédure d'agrément avec prescriptions techniques par une inscription dans le SROS ambulatoire et le respect de conditions techniques de fonctionnement prévues par décret ;

⁹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

- la possibilité d'adhérer à un contrat d'amélioration des pratiques en santé ;
- les centres de santé feraient l'objet des mesures prises pour une meilleure répartition géographique de l'offre de soins. Concrètement, il s'agit d'aides à l'installation et au maintien des centres dans les territoires sous-dotés, aides que l'accord national devra définir ;
- les centres de santé pourraient bénéficier des crédits du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

III. Expertiser la gouvernance du CSI

Les questions clés :

⇒ ***Le CSI dispose-t-il d'un projet formalisé, validé par ses instances ?***

Ce projet définit la politique, les actions du centre et les moyens nécessaires pour les mettre en œuvre.

Ce point est déterminant car il fait état de la légitimité du centre.

De plus, avec l'entrée en vigueur de la loi HPST (cf. ci-dessus) les CSI sont tenus d'élaborer un projet de santé qui devra inclure des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

⇒ ***Quel fonctionnement des instances ?***

Pour les CSI gérés par des associations (79% des centres¹⁰), qui compose le Conseil d'administration ? Comment fonctionne le Conseil d'administration ?

Quel est le rôle du président, du trésorier, du secrétaire ? Il est en effet important d'analyser la composition et le fonctionnement du Conseil d'administration pour que celui-ci se dote de nouveaux membres disponibles, ayant des compétences diverses, afin de renforcer les administrateurs présents et d'impliquer la population.

A- Ce qu'impose l'accord national des centres de santé

Pour les centres « optants » (cf. ci-dessus), les CSI doivent transmettre un rapport d'activité spécifique à la Cnam (modèle annexé à l'accord), ce qui pose d'ailleurs problème au niveau du contenu du rapport qui est exigé des services de l'Etat qui n'est pas le même que pour les services de l'Assurance maladie. L'Igas le pointait dans son rapport de 2006.

B- Les critères du référentiel d'évaluation des centres de santé

Dans le cadre d'une démarche qualité dans les centres de santé, trois critères du référentiel de la Haute autorité de santé font directement référence au projet du centre.

Critère 1 a : Le centre dispose d'un projet destiné à guider ses activités.

Critère 1 b : Le projet prend en compte les données de l'environnement : besoins de la population, offre sanitaire et sociale environnante, politiques des institutions.

Critère 1 c : Les professionnels sont associés à l'élaboration et au suivi du projet du centre, et les partenaires informés.

¹⁰ cf. *fiche Pour des schémas sectoriels d'accompagnement des Centres de soins infirmiers - 1^{ère} partie : les chiffres clés* : fiche Unioyss n°47176

IV. Expertiser la gestion et la situation financière du CSI au regard de quelques éléments d'analyse

Les questions clés :

⇒ Quels est le positionnement du CSI par rapport à l'accord national des centres de santé ?

Il est important de connaître le positionnement du centre par rapport à l'accord national (voir ci-dessus). Soit le centre a conservé sa seule « convention tiers-payant » avec la CPAM, soit il s'est engagé dans l'accord, voire dans l'option de coordination des soins infirmiers. Dans les deux derniers cas, en contrepartie d'une organisation spécifique, le CSI reçoit un financement complémentaire à celui reçu pour les actes de soins qu'il réalise.

⇒ Existence d'un outil de pilotage de gestion ?

En premier lieu, il s'agit de savoir si le CSI possède des outils de suivi et de pilotage de gestion. Il est en effet indispensable que les CSI disposent d'un outil de pilotage pour leur gestion car la rémunération des actes infirmiers ne suffit pas à équilibrer le budget qui doit donc être suivi et analysé finement.

⇒ Les principaux indicateurs utiles sont-ils bien identifiés/identifiables ?

L'idée est de comprendre le fonctionnement du CSI, d'appréhender ses procédures de gestion et comptables, d'évaluer ses ressources, ses résultats, son équilibre économique et sa structure financière. Pour ce faire, il faut pouvoir disposer, notamment à travers des documents comptables et des rapports d'activité et financiers, des éléments suivants sur les 3 dernières années de manière à pouvoir les comparer (*voir partie 2 ci-dessous*) :

- Les charges et produits (compte de résultat) et le résultat
- L'organigramme
- La masse salariale
- La politique des achats et le suivi des stocks
- Les moyens matériels (immobiliers et mobiliers)
- Le circuit des prestations de soins
- La gestion des déchets et la stérilisation des dispositifs médicaux
- La gestion de la paie
- Le bilan
- Le seuil de rentabilité
- La trésorerie

Certains points complémentaires doivent être étudiés avec attention car prépondérants pour un CSI :

⇒ Toutes les possibilités de mutualisations de certaines fonctions ont-elles été étudiées ?

Souvent de petite taille (6,4 ETP en moyenne), les CSI peuvent être amenés à mettre en commun certaines fonctions afin notamment de diminuer les coûts de gestion et/ou de bénéficier de compétences auxquelles ils ne pourraient avoir accès seuls.

Ex : gestion de la paye, gestion des achats.

⇒ Existence d'une fonction identifiée de planification des interventions des infirmières ?

Cette fonction doit être identifiée au sein du centre. Il s'agit en effet d'organiser le planning de présence et les tournées des infirmières aux domiciles de manière optimale.

⇒ Existence d'une fonction de facturation et de suivi des versements dissociée de la fonction soignante ?

S'assurer de la bonne cotation et facturation des actes (88% des produits), contrôler les rejets et les délais de paiement.

A- Des difficultés de financement récurrentes

Le rapport de l'Igas de novembre 2006 sur la situation financière des CSI fait état des difficultés récurrentes de financement des CSI, sans cependant émettre beaucoup de propositions.

La recherche de leur équilibre économique n'en constitue pas moins l'une de leurs priorités, afin de dégager les capacités d'investissement nécessaires. Mais malgré tous les efforts de rationalisation de la gestion, le financement basé sur le remboursement des actes ne suffit pas toujours à couvrir le coût de leurs obligations. Les recettes des CSI dépendent en effet exclusivement de l'activité des professionnels infirmiers alors que les centres disposent aussi d'une organisation administrative (secrétariat, comptabilité, informatique) pour planifier les interventions et assurer le suivi des paiements et les remboursements de la Caisse primaire assurance maladie (CPAM).

L'Accord national des centres de santé d'avril 2003 n'apporte qu'une réponse partielle à ce décalage entre le niveau des recettes et celui des dépenses, tandis qu'au contraire les récentes revalorisations de l'accord de branche qui ont facilité le recrutement ont induit une hausse importante des coûts salariaux que les gestionnaires ont dû absorber sans que les tarifs des actes soient revalorisés dans les mêmes proportions.

1) RECETTES : les CSI, principalement financés à l'acte

Les CSI ont une structuration et un fonctionnement financiers particuliers. Les produits des CSI sont principalement composés du remboursement des actes de soins par les CPAM et dépendent donc du niveau d'activité des professionnels infirmiers. Un centre reçoit en moyenne 181 359 € par an au titre du financement des actes.

Analyse de la composition des produits du compte de résultat (source : rapport Igas 2006) :

- prestations de sécurité sociale (facturation des actes) : 88%
- Ssiad (prestations facturées à un Ssiad) : 5%
- Subvention CPAM (prise en charge partielle des cotisations sécurité sociale) : 3.5%
- Option conventionnelle (forfait coordination des soins) : 3.5%

a- Les actes de soins

Les CSI sont financés à l'acte : ce sont les actes infirmiers qui sont rémunérés selon une nomenclature et des tarifs qui sont fixés par la convention des infirmiers libéraux (convention que les syndicats d'infirmiers libéraux signent avec les caisses d'assurance maladie et destinés à régir leur rapport).

Les actes sont classés en deux catégories :

- Les AMI (Acte médico-infirmier) : actes dits techniques (pansements, injection, perfusion...)
- Les AIS (Acte de soins infirmier) : actes dits de soins d'hygiène et de confort (toilettes, surveillance clinique, éducation de l'entourage...)

L'intervention de l'infirmier pour la mise en place d'une démarche de soins qui comporte des séances de soins est cotée en DSI (Démarche de soins infirmiers). L'infirmier procède à l'analyse des besoins, de l'environnement de la personne et de ses capacités d'autonomie. En fonction, il planifie les séances de soins.

A un acte est également attaché un coefficient.

Les actes sont valorisés de la façon suivante : $\text{coefficient de l'acte} \times \text{tarif de l'acte}$

Exemples :

Une injection intramusculaire : AMI 1 soit 3,15 €

Une injection intraveineuse en série : AMI 1,5 soit $3,15 \text{ €} \times 1,5 = 4,72 \text{ €}$

Une séance de soins infirmiers de moins d'1/2h : AIS 3 soit $2,65 \text{ €} \times 3 = 7,95 \text{ €}$

Les tarifs appliqués (à compter du 18 avril 2009) :

AMI	AIS	IFD	IK	Majoration de nuit 1 20h à 23h et de 5h à 8h	Majoration de nuit 2 de 23h à 5h	Majoration de dimanche
3,15 €	2,65 €	2,30 €	0,35 €	9,15 €	18,30 €	8 €

Toutefois, lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre. Le deuxième acte est ensuite noté à 50 % de son coefficient. Les actes suivant le second ne donnent pas lieu à honoraires et n'ont pas à être notés sur la feuille de maladie.

Donc dans la pratique, si l'infirmier intervient par exemple pour un pansement lourd et complexe post chirurgical, une prise de sang et une sous-cutanée, la cotation sera la suivante :

AMI 4 (pansement) + AMI 1,5 / 2 (prise de sang). Et la sous-cutanée sera gratuite.

Comme le note le rapport de l'Igas de 2006, « ces règles d'abattements en cas d'actes multiples qui ont pour but de freiner la multiplication des actes n'en pénalisent pas moins les professionnels qui consacrent des temps de plus en plus longs auprès de patients souvent âgés ou très dépendants », avec nécessité d'effectuer plusieurs actes.

Versement du régime général au titre des actes de soins :

En 2005, le régime général a versé environ 91 millions d'euros au CSI au titre des actes de soins (AMI, AIS et DI) décomposé comme suit :

Versement au titre des AMI	63 325 018 €
Versement au titre des AIS	27 470 258 €
Versement au titre de la DI	251 266 €
Total des versements	91 046 542 €

Source des données : Bases de liquidation de l'assurance maladie – Régime général – Erasme V1 Année 2005 en date de soins

Estimation du nombre d'actes effectué par centre et nombre d'actes effectué par ETP par an :

Actes/ETP : approximation à partir du nombre d'ETP moyen par CSI constaté (5,6)

	Quantité d'actes	Coefficients
Nombre d'AMI par CSI	18 182	58 781
Nombre d'AIS par CSI	5 334	25 423
Nombre de DI par CSI	41	71
<i>AMI par ETP infirmier</i>	<i>3 247</i>	<i>10 497</i>
<i>AIS par ETP infirmier</i>	<i>952</i>	<i>4 540</i>
<i>DI par ETP infirmier</i>	<i>7</i>	<i>13</i>

Source des données : Bases de liquidation de l'assurance maladie – Régime général – Erasme V1 Année 2005 en date de soins

Ce ne sont cependant que des estimations. En raison des règles d'abattements, la réalité des actes effectués n'est pas connue.

b- Le forfait de coordination

En 2005, le régime général a versé environ 3,4 millions d'euros aux CSI au titre du forfait de coordination. Ce forfait est versé en fonction du nombre d'ETP présents dans le centre (7 622 € de 2 à 3 ETP, 12 928 € de 4 à 6 ETP, etc.). Les centres optants ont reçu en moyenne 12 321 € en 2005 par ce dispositif.

Montant du forfait de coordination prévu par l'accord :

Nombre ETP soignants	Montant du forfait	par ETP	
2	7 622.00 €	3 811.00 €	tranche 1
3	7 622.00 €	2 540.67 €	
4	12 928.00 €	3 232.00 €	tranche 2
5	12 928.00 €	2 585.60 €	
6	12 928.00 €	2 154.67 €	
7	16 160.00 €	2 308.57 €	tranche 3
8	16 160.00 €	2 020.00 €	
9	16 160.00 €	1 795.56 €	
10	19 391.00 €	1 939.10 €	tranche 4
11	19 391.00 €	1 762.82 €	

Moyenne des centres à 5.6 ETP

c- Les aides à la télétransmission

Le CSI qui adhère à l'accord (cf. ci-dessus) bénéficie d'un forfait « aides à la télétransmission » moyennant le respect d'un taux minimal d'actes télétransmis en mode Sesam Vitale (transmission des feuilles de soins par voie électronique).

Ce forfait est décomposé en un forfait structure (317 €) et un forfait professionnel de santé (164 €) qui dépendent du nombre d'ETP employés par le centre. L'accord national détaille les modalités de financement.

Exemple :

Un centre de santé employant de 4 à 7 professionnels de santé (7 exclu) ETP reçoit 2 forfaits structure soit 2 x 317 € et reçoit autant de forfait professionnels de santé qu'il a d'ETP.

d- Autres financements

Les CSI, comme tout centre de santé, reçoivent une subvention de la CPAM au titre de la prise en charge partielle des cotisations de sécurité sociale. Elle est équivalente à 11,5 points de ces cotisations sociales.

Les CSI implantés dans certaines zones peuvent en outre bénéficier d'exonérations fiscales, par exemple celles liées aux ZRR (zones de revitalisation rurale) ou ZRU (zone de redynamisation urbaine). Les embauches effectuées sous CDI ou sous CDD (conclu pour accroissement temporaire d'activité) pour une durée d'au moins 12 mois en ZRR et ZRU ayant pour effet d'accroître l'effectif pour le porter à 50 salariés maximum ouvrent droit à une exonération de cotisations patronales d'assurances sociales, d'allocations familiales et d'accident du travail dans la limite du Smic majoré de 50% par le nombre d'heures rémunérés. Cette exonération s'applique pendant une durée de 12 mois. Pour bénéficier de cette exonération, l'employeur doit respecter plusieurs conditions définies par décret.

Les CSI peuvent bénéficier de subventions, par exemple de collectivités territoriales.

2) DÉPENSES : Les éléments et la méthode d'analyse de gestion¹¹

Analyse de la composition des charges du compte de résultat (*source : rapport Igas 2006*) :

- Les salaires et charges salariales (77%)
- Taxes sur les salaires (2,7%)
- Formation permanente (0,8%)
- Locations de véhicule et carburants (14%)
- Locaux et matériels (5,5%)

a- Le compte de résultat : les charges et produits et le résultat

- *Les charges et produits*

Reprendre les 3 derniers comptes de résultats.

Faire ressortir certains taux : charges de personnel, remboursements

Analyser l'évolution des différents postes de charges et produits.

Si variations significatives, rechercher leur explication.

- *Le résultat*

Etudier l'évolution du résultat et de la capacité d'autofinancement (CAF) sur les 3 dernières années et expliquer les raisons du déficit/excédent.

	N-2		N-1		N	
	montant	variation	montant	variation	montant	variation
résultat						
dotations aux provisions + reprises sur provisions						
CAF						

b- L'organigramme et le tableau des effectifs

- reprendre l'organigramme

- convention collective appliquée : accord de branche aide à domicile ou autre

		N-2	N-1		N	
		nombre	nombre	variation	nombre	variation
direction	responsable infirmière					
production	infirmières					
	personnes physiques					
	ETP					
administration	secrétaires					
	personnes physiques					
	ETP					
total	personnes physiques					
	ETP					

¹¹ Pour aller plus loin : voir les fiches pratiques du Cnar de gestion, téléchargeables sur le site Internet de l'Uniopss, www.uniopss.asso.fr

c- La masse salariale

	N-2		N-1		N			
	montant	taux (en % du total masse salariale)	montant	variation	taux (en % du total masse salariale)	montant	variation	taux (en % du total masse salariale)
Masse salariale								
heures de base								
heures complémentaires								
heures supplémentaires								
jours fériés et dimanches								
primes								
astreintes								
congés payés								
absences								
divers								
autres indemnités								
Charges sociales								
Urssaf								
Assedic								
caisse de retraite								
taxe sur les salaires								
autres								
Frais divers								
frais de déplacement								
coût total								
Infirmières								
secrétariat								
ETP								
Infirmières								
secrétariat								
coût par secteur								
infirmières								
secrétariat								

Ce tableau de la masse salariale fait apparaître le coût des heures supplémentaires, comme d'autres coûts tels que les astreintes, les différentes primes. On peut regarder combien cela représente en pourcentage du salaire de base. De même pour les frais de déplacement.

d- La politique des achats et le suivi des stocks

- Liste des achats : distinguer achats de produits pharmaceutiques et fournitures médicales des autres achats.
- Circuit des responsabilités : qui est responsable des achats ? Qui passe les commandes ? Qui procède aux règlements ?
- Existe-t-il un suivi des stocks ?

e- Les moyens matériels (immobiliers et mobiliers)

- Le CSI est-il propriétaire ou locataire de ses locaux ?

- Les locaux sont-ils mis à disposition gratuitement ?
- Liste des immobilisations, valeur et date d'achat : matériel informatique, lecteurs Sésam-vitale, matériel médical, etc.

f- Le circuit des prestations de soins

- Soins à domicile ou non.
- Découpage par secteur par infirmière.
- Planning des interventions.
- Existence de comptes clients.
- Est-il possible d'établir une concordance entre la facturation aux organismes et les prestations réelles des infirmières ?
- S'assurer de la bonne cotation et facturation des actes (88% des produits).
- S'assurer du paiement des forfaits.
- Contrôle des règlements des factures établies aux CPAM et aux mutuelles.

g- La gestion des déchets et la stérilisation des dispositifs médicaux

Le circuit de gestion des déchets de soins à risque infectieux (DASRI) qui obligent à une collecte à part et le dispositif mis en place pour assurer la stérilisation des dispositifs médicaux (cf. ci-dessus pour l'obligation du centre) est à analyser avec les coûts générés.

En effet, une solution alternative à un coût moindre n'est-elle pas envisageable ? Par exemple : usage unique plutôt que dispositif de stérilisation par autoclave, convention avec la municipalité pour la gestion des DASRI ?

h- La gestion de la paie

- Réalisation en interne ou en externe.
- Comment sont validées les variables de paie ?

i- Le bilan

Examen des 3 derniers bilans. Cette analyse montre les variations du fonds de roulement (FR), du besoin en fonds de roulement (BFR) et de la trésorerie. Le fonds de roulement est constitué par l'excédent des financements stables sur les immobilisations. Il constitue la marge nécessaire qui permet d'assurer, en plus de l'équilibre financier minimum, le décalage entre encaissements et décaissements liés au fonctionnement.

Le besoin en fonds de roulement est le besoin de financement que génère le cycle d'exploitation. Il correspond notamment et principalement, dans le cas des CSI, au décalage entre les salaires et les charges qui sont réglés respectivement chaque fin de mois et chaque fin de trimestre et les produits qui sont encaissés ultérieurement.

j- Le seuil de rentabilité

Le seuil de rentabilité permet de calculer le montant de « chiffre d'affaires » à partir duquel l'association équilibre son compte de résultat (ses charges et ses produits) et commence à avoir une activité rentable.

Le seuil de rentabilité est égal à : $\text{produits} \times \text{charges fixes} / \text{marge sur coût variable}$.

La marge sur coût variable est égale à : $\text{produits} - \text{charges variables}$.

Il est ainsi possible de dégager de manière indicative un nombre d'actes par heures facturées par infirmier(e) pour atteindre ce seuil de rentabilité.

k- La trésorerie

- Gestion des entrées-sorties.
- Règlements.
- Réalisation de la gestion bancaire quotidienne, remises de chèques, remises bancaires, toutes opérations liées à la banque.
- Tenue de caisse et alimentation de la caisse.
- Suivi de la caisse. Y-a-t-il eu des variations importantes ? Si oui, pourquoi ?
- Procède-t-on mensuellement à un inventaire des espèces et est-il contrôlé par un responsable ?

B- Les critères du référentiel d'évaluation des centres de santé

Dans le cadre d'une démarche qualité dans les centres de santé, trois critères du référentiel de la Haute autorité de santé font directement référence à une notion de « bonne utilisation des ressources » :

Critère 4 a : Des mécanismes sont en place pour contribuer à l'optimisation des recettes et des dépenses.

Critère 4 b : L'utilisation des différents types de ressources contribue à leur efficacité.

Critère 4 c : Les coûts des différentes activités et, le cas échéant, les recettes produites sont connus.

Bibliographie :

- CNAMTS, *Enquête 2007 portant sur l'activité 2005 des centres de santé*
- LEGER Anne-Marie, MAUSS Huguette, *Situation financière des centres de soins infirmiers, Rapport n°RM2006-176P*, novembre 2006 - Fiche n°39443 sur les sites du réseau Uniopss-Uriopss (réservé aux adhérents du réseau)
- ACKER Dominique, *Rapport sur les centres de santé*, juin 2007 - Fiche n°41427 sur les sites du réseau Uniopss-Uriopss (réservé aux adhérents du réseau)
- RNOGCS, *Les centres de santé. Place et avenir dans le système de santé français*, automne 2006 - Fiche n°39863 sur les sites du réseau Uniopss-Uriopss
- UNIOPSS, *Où en êtes-vous avec la gouvernance associative ?*, 2007
- Dossier thématique "Fiches pratiques de gestion", rubrique actualités, sites du réseau Uniopss-Uriopss
- CHARTREAU Cécile, *La loi "Hôpital, patients, santé et territoires" : les dispositions relatives aux centres de santé*, 28 juillet 2009 - Fiche n°51293 sur les sites du réseau Uniopss-Uriopss
- Rapport IGAS, « *Situation financière des centres de soins infirmiers* », La documentation française, novembre 2006
- http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/referentiel_evaluation_centres_sante.pdf

Annexe 1 : Rapport Igas situation financière des CSI – novembre 2006

Récapitulation des préconisations

N°	Intitulé de la préconisation	Autorité responsable
1	Améliorer la connaissance des centres de santé au niveau du ministère et de l'assurance maladie et mettre en place l'instance de coordination prévue à l'article L 6323-2 du CSP	DHOS / DSS CNAMTS
2	Organiser la collecte de l'information Assurer une cohérence dans l'enregistrement des CSI dans FINESS puis à terme dans RMESS Organiser le recueil de données quantitatives sur les centres de santé et les CSI fiabiliser les données relatives aux effectifs –ADELI	DREES, mission Marine et services déconcentrés
3	Identifier le rôle des CSI dans l'offre de soins de proximité, les prendre en compte dans les SROS 3 et dans les études régionales sur la démographie des professionnels de santé	ARH /URCAM
4	Valoriser les initiatives prises en région (instances de coordination...)	DHOS/DSS/ DRASS/DDASS Fédérations d'associations
5	Améliorer le rapport d'activité annuel Revoir la forme et le contenu du rapport d'activité annuel Créer un outil partagé entre l'Etat et l'assurance maladie pour exploiter ces rapports d'activité et en rendre compte	DHOS/DSS/CNAMTS RNOGCS
6	Mettre en œuvre toutes les dispositions de l'accord national - mettre à niveau le forfait coordination - ajuster les forfaits informatiques - mettre en place le dispositif permettant de financer la formation - donner aux centres les informations nécessaires pour leur permettre d'assurer les missions prévention et actions de santé et d'en obtenir les financements	CNAMTS
7	Transposer les modalités tarifaires accordées aux libéraux, aux CSI dans des délais brefs et au fur et à mesure (forfaits pour diabétiques, contrat de santé publique...)	CNAMTS
8	Conduire des négociations avec les CSI sans attendre l'issue des accords conventionnels des professionnels libéraux pour les modalités de financement	CNAMTS
9	Associer toutes les organisations qui fédèrent des CSI, aux réflexions sur l'avenir des CSI et les pratiques professionnelles	Ministère/ CNAMTS/ RNOGCS et autres fédérations
10	Mutualiser les charges - Encourager les rapprochements entre structures - favoriser les adossements à d'autres structures	Associations gestionnaires
11	Développer les complémentarités avec les services HAD/SSIAD pour concentrer l'activité des infirmières des CSI sur les actes les plus techniques	Associations gestionnaires
12	Veiller à l'absence de discrimination en matière d'exonération fiscale et de prise en charges des cotisations pour les CSI.	DSS et DGI
13	Intégrer les CSI dans le champ des mesures relatives aux aides à l'installation ou au maintien dans des zones déficitaires	DSS /DGI / DGCL

Annexe 2 : Fiscalité – fiche CSI¹²

FICHE TECHNIQUE CENTRES DE SANTÉ

Les centres de santé (Centres de soins infirmiers - CSI) relèvent d'un agrément délivré par la DRASS et leurs modalités de fonctionnement sont précisées par les décrets 91-654 et 91-656 du 15 juillet 1991, ainsi que par le Code de la santé publique, notamment dans son article L. 765-1 et le Code de la sécurité sociale.

Leur activité consiste en la fourniture de soins sans hébergement, d'actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé ainsi que d'actions sociales.

Cette activité pratiquée par les équipes de professionnels salariés s'inscrit dans le cadre d'une « médecine lente » prenant en compte le temps de l'évaluation (dossier de soins) de la prestation, de l'accompagnement, du suivi et de la coordination pluridisciplinaire en interne et en externe.

Étape n° 1 – L'association doit être gérée de façon désintéressée

Il n'existe aucun particularisme pour les associations qui exercent cette activité. La gestion doit être désintéressée sous réserve de l'application des mesures de tolérance précisées par l'instruction 4 H-5-98 du 15 septembre 1998.

Étape n° 2 – L'association concurrence-t-elle un organisme du secteur lucratif ?

La loi de financement de la sécurité sociale de 2000 dispose que les centres de santé seront gérés exclusivement par des organismes à but non lucratif ou par des collectivités publiques. Néanmoins, les centres de santé seront considérés comme exerçant une activité concurrentielle avec le secteur libéral dès lors que des libéraux sont installés sur le même secteur géographique.

Étape n° 3 – L'association exerce-t-elle son activité dans des conditions similaires à celles d'une entreprise du secteur lucratif ?

Pour être considérées comme non lucratives, les activités concurrentielles doivent être exercées selon des modalités différentes de celles des entreprises du secteur lucratif. Afin de vérifier la réalisation de cette condition, il conviendra d'analyser le faisceau de critères suivants non cumulatifs, classés en fonction de l'importance décroissante qu'il convient de leur accorder.

1. Produit

Pour être considéré comme distinct du produit couramment offert par le secteur privé, les prestations des centres de soins associatifs doivent présenter les caractéristiques suivantes :

- la prestation de soins doit être offerte en permanence (24 h / 24 et 365 jours par an) ;
- les soins « lourds » ou « chroniques » (qui nécessitent une durée d'intervention quotidienne supérieure à 2 h) doivent être pris en charge par des équipes pluridisciplinaires pour assurer le suivi des soins ;
- le produit doit comprendre, outre les simples soins infirmiers (piqûres, pansements, soins d'hygiène etc.), un volet prévention (éducation sanitaire et action sociale). L'aspect prévention doit être pris en compte dans les statuts de l'association ou dans le projet de l'association, et dans les faits.

Lorsque l'association respecte l'intégralité de ces critères, et que l'organisme du secteur lucratif auquel elle est comparée au sein de sa zone géographique ne le fait pas, il est admis que le « produit » de l'association satisfait un besoin qui n'est pas pris en compte par le marché de façon satisfaisante.

¹² Fiche technique interprétative de l'instruction fiscale du 15 septembre 1998 des centres de santé et infirmiers (fiche Unioyss n°36337)

2. Le public

Les centres de soins ont vocation à s'adresser à toute personne, assurée sociale ou non.

La pratique du tiers payant permet d'accueillir un public défavorisé.

En tout état de cause, le centre de soins doit favoriser l'accessibilité aux soins pour toute personne en situation difficile, ainsi que pour toutes celles qui nécessitent l'accompagnement d'une équipe.

Le critère public sera considéré comme rempli lorsque le public sera composé d'au moins un tiers de personnes socialement fragiles ou en difficulté et en tout état de cause, lorsqu'elles résident dans des quartiers difficiles ou des zones rurales dans lesquelles l'offre infirmière est insuffisante pour satisfaire aux besoins des personnes les moins mobiles.

L'existence d'un public non bénéficiaire d'une couverture sociale et bénéficiant de soins gratuits devra être pris en compte pour l'appréciation du critère public.

3. Prix

Le prix des prestations est par définition identique au secteur libéral puisque leur paiement est subordonné au tarif homologué par le Ministère de l'emploi et de la solidarité et imposé par la nomenclature de la Sécurité sociale gérée par la Caisse nationale d'assurance maladie.

Le critère-prix pourra néanmoins être vérifié à partir de l'importance des actions de prévention et d'éducation sanitaire ou d'accompagnement médico-social dès lors qu'elles ne sont pas couvertes par le tarif homologué.

L'appréciation objective de ce critère pourra, en cas de doute, être recherchée par la comparaison du nombre d'actes médicaux infirmiers réalisés par personnel infirmier. Un nombre d'actes médicaux significativement inférieur (un tiers) par rapport à celui des actes réalisés par le personnel infirmier libéral sera considéré comme un indice de non lucrativité.

4. Publicité.

La publicité est interdite dans les professions de santé.