



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2016 - 2017**

Date du Jury : **octobre 2017**

**Optimiser les ressources et
transformer l'offre de soins : le cas du
Centre de Soins Non Programmés**

Romain FISCHER

Remerciements

Je remercie M. Christian Simon, DAF et maître de stage qui m'a ouvert toutes les portes de l'hôpital.

Je remercie Mme Schandlong et Mme Ravinet de m'avoir fait partager leur expérience du projet du CSNP

Je remercie Mme Laure Baldenwack, cadre des Urgences

Je remercie Dr Loïc Lavaill, chef de service des Urgences

Sommaire

Introduction	1
1 La transformation des Urgences doit s'inscrire dans une approche territorialisée de l'offre de soins et du besoin de santé.	7
2 La modélisation du Centre de Soins non programmé	20
3 La nécessité de repenser la modélisation des urgences et des hôpitaux de proximité autour du schéma de la polyclinique.....	32
Conclusion	41
Bibliographie	43
Liste des annexes	45

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CSNP : Centre de Soins Non Programmés

FAU : Forfait Annuel des Urgences

ATU : Accueil et Traitement des Urgences

GHRMSA : Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud Alsace

MMG : Maison Médicale de Garde

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

SAU : Service d'Accueil Urgence

Introduction

Le 9 novembre 2016, 300 personnes défilaient dans les rues de Thann, commune du Haut-Rhin, pour protester contre la suspension de l'autorisation d'activité des Urgences par l'ARS suite au départ de quatre des cinq urgentistes titulaires. Cette mobilisation populaire dans une ville moyenne d'un canton de moyenne montagne était emblématique de la question sensible qu'est celle des Services d'Accueil d'Urgences aux yeux de l'opinion publique dans un contexte de difficulté d'accès aux soins et aux services publics dans les espaces ruraux.

Au-delà de la population, la fermeture du service d'urgence à la veille d'une année électorale cruciale entraînait également la mobilisation de l'ensemble des élus locaux du canton et une forte couverture médiatique régionale et nationale. Cette situation positionnait le Groupement Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud Alsace (GHRMSA) sur un cas de gestion de la pénurie des urgentistes sur un territoire avec la nécessité d'associer l'ensemble des acteurs concernés à la gestion du projet. Face à la difficulté de recrutement médical et à l'impossibilité de fermer un SAU à plus de 17 000 passages en 2015, la solution intermédiaire expérimentée par le GHRMSA depuis mai 2017 est celle du Centre de Soins Non Programmés. C'est au cas concret de la mise en œuvre de ce CSNP que s'intéressera plus particulièrement ce mémoire.

Le GHRMSA est l'établissement support du GHT 14 de la Région Grand Est, il dispose de 2731 lits et fonctionne avec 6300 agents dont 743 médecins. Sa situation au sein du Groupement Hospitalier de Territoire est particulière. En effet, seuls deux autres établissements, le CH de Pfastatt et le CHS de Rouffach, font partie du GHT puisque le GHRMSA est issu de fusions successives entre le CH de Mulhouse et 3 autres CH du territoire (Thann et Cernay en 2015 et Altkirch en 2016) ainsi que 3 EHPAD (Rixheim, Bitschwiller-lès-Thann et Sierentz.) A ces fusions s'ajoutent une coopération avec la clinique de Saint-Louis dans le cadre d'un GCS et d'une fusion de ses services d'urgences et de SSR. Le GHRMSA est donc dans une phase d'assimilation de cette nouvelle structure multi-sites qui l'oblige à développer une stratégie territoriale de groupe public et à adapter ses organisations soignantes et médicales puisqu'il dispose de l'ensemble des services pour structurer en interne ses filières de soins depuis les portes d'entrées que sont les SAU jusqu'aux filières d'aval des EHPAD et SSR. Parmi ces enjeux, la question des modalités de coopération des Services d'Accueil d'Urgence et de leur mode de fonctionnement pour garantir un service de proximité à la population est un des sujets essentiels de la mise en place de cette stratégie de groupe.

Ses fusions successives font entrer les services d'Urgences dans une dimension territoriale. Le GHRMSA est en cela un cas d'étude de la territorialisation des urgences particulièrement intéressant car il regroupe en son sein l'ensemble des services d'urgences publiques d'un territoire de santé. Le GHRMSA est donc le seul opérateur public pour la prise en charge de l'urgence pour une population de 480 000 habitants dont 8.4 % de plus de 75 ans. Le besoin de santé reste néanmoins hétérogène puisque trois pôles urbains et deux zones davantage rurales¹ coexistent sur le territoire. Les zones urbaines sont Mulhouse, Thann-Cernay qui sont deux communes périphériques et Saint-Louis, agglomération frontalière avec la Suisse qui dispose d'un bassin d'emploi important et est habitée par de nombreux travailleurs frontaliers. Les zones rurales sont à l'ouest les vallées des contreforts des Vosges (vallée de la Kruth, de Thann, de Saint Amarin) et le « Sundgau », territoire rural accidenté qui s'étend d'Altkirch au territoire de Belfort. S'il n'y a qu'un opérateur public, le service d'urgence du GHRMSA fusionné doit donc s'adapter à des enjeux différents avec une densité de population variant de 36 habitants au Km² dans les vallées (commune de la Kruth) à 5000 hab/km² à Mulhouse ou encore une population jeune à Mulhouse (27% de moins de 20 ans pour une moyenne nationale de 24%) et largement vieillissante dans les zones rurales (jusqu'à 18% de plus de 75 ans pour une moyenne nationale à 9%).²

En fusionnant, le GHRMSA disposait dès avant la fermeture du SAU de Thann d'une offre de santé d'urgence complète :

- Le siège du SAMU 68, 3^{ème} SAMU du Grand Est qui régule 170 000 dossiers par an.
- Des véhicules SMUR réalisant plus de 5000 sorties par an.
- Un hélicoptère.
- Un SAU central de plus de 63 000 passages/ans divisé sur 2 sites entre Urgences adultes et Urgences pédiatriques.
- Trois SAU périphériques : le SAU d'Altkirch avec 16 000 passages, le SAU de Saint-Louis de 17 000 passages et donc celui de Thann avec également 17 000 passages.

Le GHRMSA accueille donc 113 000 patients dans l'ensemble de ses SAU (2015), soit 75 % des passages aux urgences du territoire de santé et le deuxième plus important du Grand Est.

¹ Direction Départementale des Territoires

² Chiffres issus de la base de données INSEE du recensement de 2013

Un opérateur privé, le groupe du Diaconat concurrence le GHRMSA sur la ville de Mulhouse avec deux services d'accueil d'urgences de 29 000 (urgences générales) et 8000 (urgences main)³ passages.

Le service d'urgence fusionné dispose donc de l'ensemble des moyens et d'une taille critique pour construire un véritable pôle d'urgence de territoire avec des filières construites de l'urgence la plus bénigne à l'urgence vitale dans la logique du rapport Grall⁴. De par les fusions, il est par ailleurs en avance en matière d'intégration sur les hôpitaux en GHT.

Toutefois, cet ensemble de SAU regroupés en un seul service depuis la dernière fusion de 2016 (intégration du CH d'Altkirch) fait face aux enjeux classiques des Urgences françaises : l'augmentation de la demande et la difficulté de recrutement. En effet, le GHRMSA souffre d'un problème d'attractivité de son service d'Urgences sur chacun de ces sites. Celui-ci est de deux ordres :

- La réputation de la population accueillie sur le site principal qui fait préférer aux urgentistes les autres CH de la région (Colmar, Strasbourg, Montbéliard-Belfort) ;
- Le manque d'attractivité des SAU périphériques du fait de la localisation en zone rurale, du nombre de garde etc.

C'est donc dans ce contexte territorialisé que sera traité le cas du Centre de Soins Non Programmés de Thann. En effet, le départ des quatre urgentistes en novembre 2017 n'a fait que précipiter pour le GHRMSA la réflexion sur l'évolution de l'organisation de l'offre de prise en charge des urgences. Car, lorsque l'effectif médical ne suffit plus, que la situation budgétaire rend insoutenable le paiement de l'intérim médical, seul un changement structurel de l'organisation permet de continuer à garantir une offre de soins adaptée pour la population et soutenable pour le système de santé.

La restructuration profonde de l'offre de soins d'urgence sur le territoire Thannois s'est appuyée sur les travaux menés au niveau national par Jean Yves Grall. Dans son rapport de juillet 2017, il apporte un diagnostic des urgences largement applicable au cas étudié. Les pistes qu'il énumère en solution ont toutes été abordées avec plus ou moins de possibilité de mise en œuvre.

C'est avant tout celle du Centre de Soins Non Programmé qui a été étudiée par l'ARS et le GHRMSA, pour créer de facto cette structure qui ne bénéficie pas encore d'un cadre réglementaire arrêté. En cela, le CSNP est véritablement une expérimentation d'une

³ *Panorama Urgences*, activités de structures d'Urgences, 2015, ARS Grand Est – Resural.

⁴ *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, Dr Grall, DG ARS du Nord Pas de Calais, Juillet 2015

nouvelle forme de structure de santé. Elle semble être la plus adaptée à répondre au double enjeu sanitaire et financier en actant un véritable changement de paradigme : celui de la fin de l'hospitalo-centrisme et de l'entrée dans une coordination des acteurs autour des patients et de leurs besoins de santé.

Les autres pistes de réflexion abordées dans le rapport Grall trouvent également un écho à la situation étudiée. La constitution d'une équipe de territoire prend une forme institutionnelle avec la constitution d'un service unique mais se heurte à la réalité de la pénurie d'urgentistes sur l'ensemble du GHT. La constitution de filières, comme la filière traumatologie est également une nécessité pour soutenir un CSNP. Enfin, et comme le rappelle Jean Yves Grall « *l'organisation territoriale de la prise en charge des « urgences doit reposer sur [...] une analyse pragmatique de la notion de territoire.* »

Le rapport Grall apporte une réflexion majeure sur le sujet de société essentiel qu'est celui des Urgences. Sujet de société s'il en est car les attentes autour des urgences sont nombreuses et seront toutes prises en considération dans ce mémoire : attentes en termes de santé en premier lieu mais également attentes sociales car les urgences sont une des vitrines les plus emblématiques du service public à la française, attentes politiques car la question des urgences a cristallisé le débat sur les inégalités d'accès à la santé, enfin, attentes budgétaires car le recours à l'intérim médical est un enjeu de finances hospitalières essentiel.

Le CSNP de Thann peut donc par ailleurs être considéré comme un cas d'école au niveau national de l'évolution de l'organisation des Urgences puisque le contexte Thannois (nous y reviendrons) ne diffère pas du contexte de nombreux sites d'urgences en territoire rural et que le cadre territorialisé dans lequel s'est inscrit le projet est la ligne d'horizon de l'hôpital public.

Ce mémoire cherchera donc à présenter ce cas concret à travers la question : comment répondre aux attentes autour des Urgences par un changement structurel de la prise en charge des patients ?

Dans un premier temps, il s'agira de démontrer la nécessité de s'appuyer sur une objectivation des besoins et de la situation ainsi que sur l'implication de tous les acteurs concernés pour mener à bien un projet de transformation. En effet, la question de la gestion de projet d'un tel changement est essentielle à sa réussite et incarne à elle seule la nécessité de décloisonner au maximum et de faire collaborer l'ensemble des décideurs politiques et des acteurs de la santé autour d'un enjeu de santé (1.)

Dans un second temps, une présentation de la modélisation choisie pour faire fonctionner le CSNP sera faite tant sur les aspects médicaux qu'en ce qui concerne les dimensions RH et financières (2.)

Enfin, il s'agira d'ouvrir le débat à la fois sur un premier bilan du CSNP et sur les leçons qu'il permet d'en tirer mais également sur les évolutions qu'il permet d'envisager pour la transformation des Urgences au niveau national ainsi que pour un hôpital entré dans une logique de groupe dont la situation financière oblige à se restructurer plus largement (3.)

1 La transformation des Urgences doit s'inscrire dans une approche territorialisée de l'offre de soins et du besoin de santé.

Tant dans la réflexion autour du devenir de l'offre de soins d'urgence sur le territoire de Thann que dans la gestion du projet depuis la fermeture jusqu'au lancement du CNSP, le GHRMSA a du « sortir de ses murs » et intégrer une dimension territoriale.

Le choix du modèle du CNSP s'est donc fait sur la base d'une analyse des besoins de santé du territoire (1.1) et a été validé et accompagné par un groupe projet réunissant l'ensemble des acteurs de la santé publique (1.2.)

1.1. L'analyse territoriale du besoin de santé.

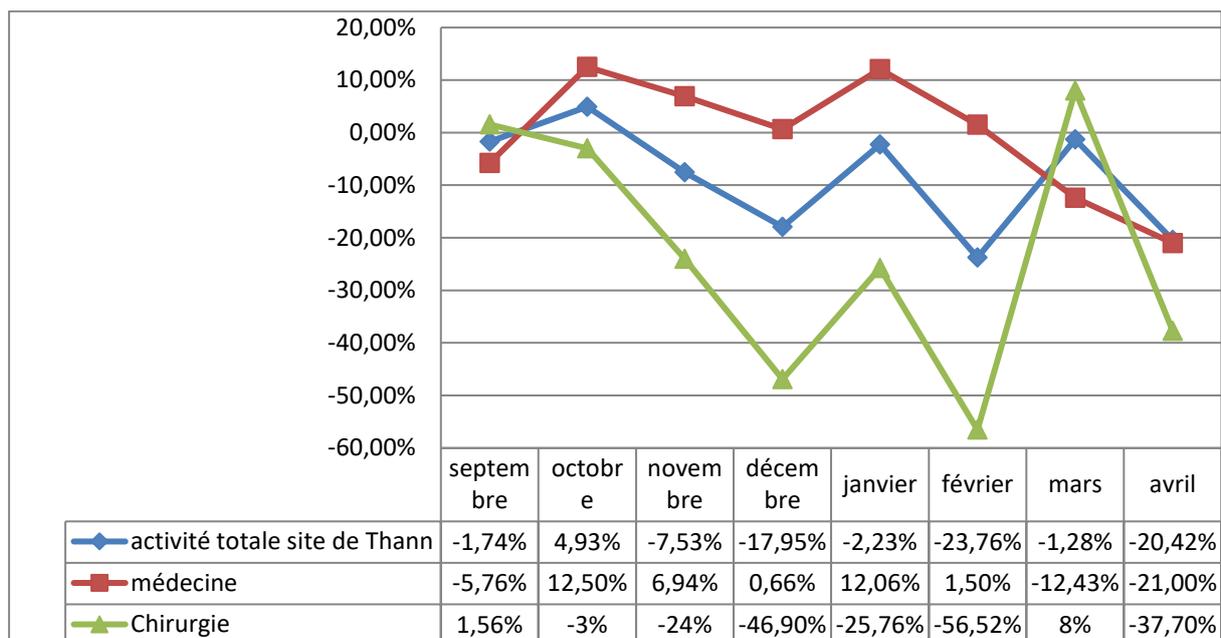
a. L'impérieuse nécessité de maintenir une activité d'urgences à Thann pour éviter de déséquilibrer l'offre de soins du territoire de santé.

Suite à la suspension d'activité par l'ARS, il est rapidement apparu qu'il était nécessaire de trouver une solution pour maintenir l'offre de prise en charge des patients en urgence, non seulement pour répondre aux besoins des patients mais également pour éviter de déstabiliser l'offre de soins sur le territoire.

C'est tout d'abord l'avenir du site de Thann qui était mis en jeu par la suspension de l'autorisation du SAU. En effet, les Urgences sont une porte d'entrée essentielle de l'hôpital et un moyen de recruter des patients pour les services de médecine et de chirurgie. Il est rapidement apparu que l'activité de nombreux services dépendait des Urgences. En outre et au-delà de la situation du site de Thann, la baisse d'activité liée à la fermeture des urgences n'était pas soutenable à long terme pour le GHRMSA qui avait fondé son EPRD 2017 sur la base d'une augmentation d'activité de 4.5%.

Le graphique n°1 ci-dessous illustre l'effet sur l'activité du site de la fermeture des urgences. A partir de novembre (suspension de l'autorisation) et en comparaison des mois de l'année précédente, l'activité de Thann, qui rencontrait déjà des difficultés, n'a cessé de diminuer avec des baisses jusqu'à -23%. Seul le pic épidémique du mois de février a permis de limiter cette baisse.

Graphique n°1 : Evolution du nombre de RUM en comparaison du mois équivalent en n-1.



Deux secteurs sont particulièrement concernés :

- La chirurgie est davantage touchée que la médecine comme le montre le graphique n°1 car les urgences sont un adresseur important des chirurgiens, en particulier pour un bloc opératoire de niveau 2 qui pratique essentiellement de la chirurgie légère. Parmi les activités chirurgicales les plus touchées apparaissent l'activité d'orthopédie-traumatologie et l'activité de gynécologie. L'orthopédie-traumatologie est l'activité qui diminue le plus sur la période car cette filière est particulièrement concernée par le recrutement en SAU comme l'indique le rapport Grall.

Tableau n° 1 : nombre de patients de l'UF de chirurgie de Thann par spécialité (janvier à avril 2017)

	janvier à avril 2016	janvier à avril 2017	Evolution
Ortho-traumato	75	30	-60%
Digestif et Urologie	103	71	-31%

- Les consultations programmées sont le deuxième secteur le plus sensible à la fermeture des urgences. Ainsi entre novembre et janvier, il apparaît que l'activité de consultation programmée a diminué de 50%.

La fermeture des urgences vient donc fragiliser l'activité du site. Cette baisse d'activité a un effet sur la stabilité financière de l'établissement. Le calcul de la perte de recettes nettes de charges est difficile à réaliser, toutefois un chiffrage brut sur les 4 mois de

fermeture peut être réalisé. La perte de recettes T2A peut se chiffrer pour le site de Thann à 605 000 €⁵ en se référant à la valorisation faite mois par mois par le contrôle de gestion. S'ajoute à cela la perte de recettes des forfaits ATU (92 000 € entre janvier et mars 2016.) Les chiffres de la baisse de recettes liées à la baisse des consultations programmées n'est pas connu.

697 000 € sur 4 mois, en extrapolant, cela fait une baisse de 2 000 000 d'€ sur l'année pour le titre 1. En prenant le dernier Compte Financier de l'établissement existant (avant fusion), cela constituerait une perte de 10% des recettes d'activité⁶ de l'hôpital de Thann. Dans le cas d'un Centre Hospitalier autonome de petite taille comme l'était celui de Thann, la fermeture des urgences peut donc avoir un effet économique « boule de neige. » S'ajoutent aux pertes brutes de valorisation la dislocation de certaines filières de soins et la perte de parts de marchés en cas d'environnement concurrentiel qui peuvent à terme mettre réellement l'hôpital en difficulté.

En ce qui concerne le GHRMSA dans le cas présent, la conséquence financière est difficile à mesurer puisque les autres sites du GHRMSA ont récupéré une partie de l'activité perdue par le site de Thann. Toutefois, une fuite de l'activité vers les cliniques de la ville a bien existé si l'on s'en tient à l'augmentation du nombre d'ambulances en provenance de la zone de proximité de Thann (cf. graphique n° 3 ci-dessous, la clinique en question étant celle du « diaconat ».)

Au-delà de fragiliser l'activité et la santé financière du site de Thann, la suspension du SAU a déstabilisé l'activité d'autres acteurs de la santé du territoire.

C'est tout d'abord le SAU de Mulhouse qui a subi une forte hausse d'activité par une réorientation par le Centre 15 des patients en provenance de la région de Thann. Le graphique ci-dessous montre l'évolution drastique de patients en provenance de la Zone de proximité de Thann.

Avec une activité déjà élevée et un sous-effectif médical, le SAU de Mulhouse ne pouvait prendre en charge ce report que de façon transitoire comme en témoigne des notes d'alerte adressées mensuellement par le chef de service à l'ARS.

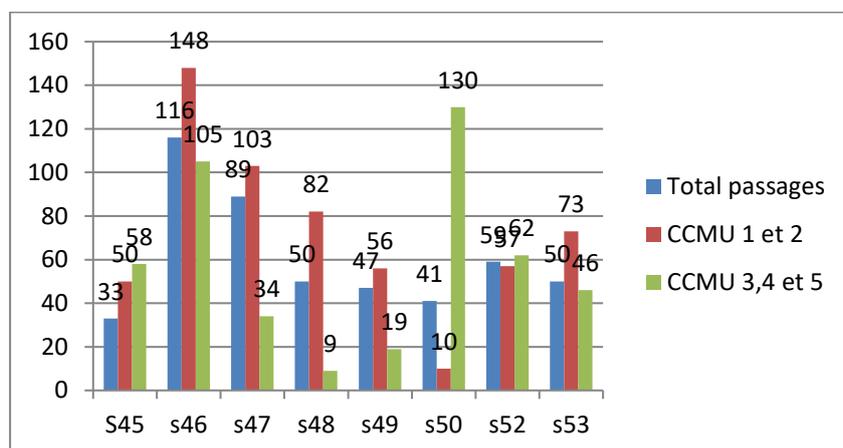
Cette organisation même transitoire a poussé les médecins urgentistes à entrer entièrement dans la dimension territoriale puisque une organisation des filières et des adressages de ces patients vers l'hôpital de Thann a dû être organisé.

⁵ Baisse de la valorisation des séjours par rapport à l'année précédente. Il est toutefois délicat d'imputer l'ensemble de la baisse de l'activité à la fermeture des urgences.

⁶ Recettes d'activité de 20 540 640 € en 2014.

L'impossibilité pour service des Urgences de prendre en charge cette activité a par ailleurs été un argument central ayant poussé la direction à écarter rapidement la solution de la fermeture définitive des Urgences de Thann.

Graphique n°2 : évolution en % du nombre de patients du SAU de Mulhouse en provenance de la zone de proximité de Thann



Ce sont ensuite les transports sanitaires et d'urgences du département qui peuvent être déstabilisés par la fermeture d'un SAU. En effet, dans le cas étudié, un nombre important de trajets supplémentaires a dû être effectué par les Ambulances Privées et les Véhicules de Secours aux Victimes (AP/VSAV). Jusqu'à 76 trajets supplémentaires par semaine ont été évalués dans le mois ayant suivi la fermeture. Cette nouvelle situation a dû être prise en compte par le SDIS qui s'est engagé à affréter un véhicule supplémentaire financé en partie par l'hôpital. Une des conséquences indirectes de ce genre de situation soulignée lors d'un COPIL par une conseillère départementale est le glissement des dépenses de santé de l'Assurance Maladie vers le Conseil Départemental. En effet, l'augmentation des transports sanitaires peut également accentuer la carence ambulancière qui existe dans de nombreux territoires. Ce fut le cas dans le département du Haut-Rhin.

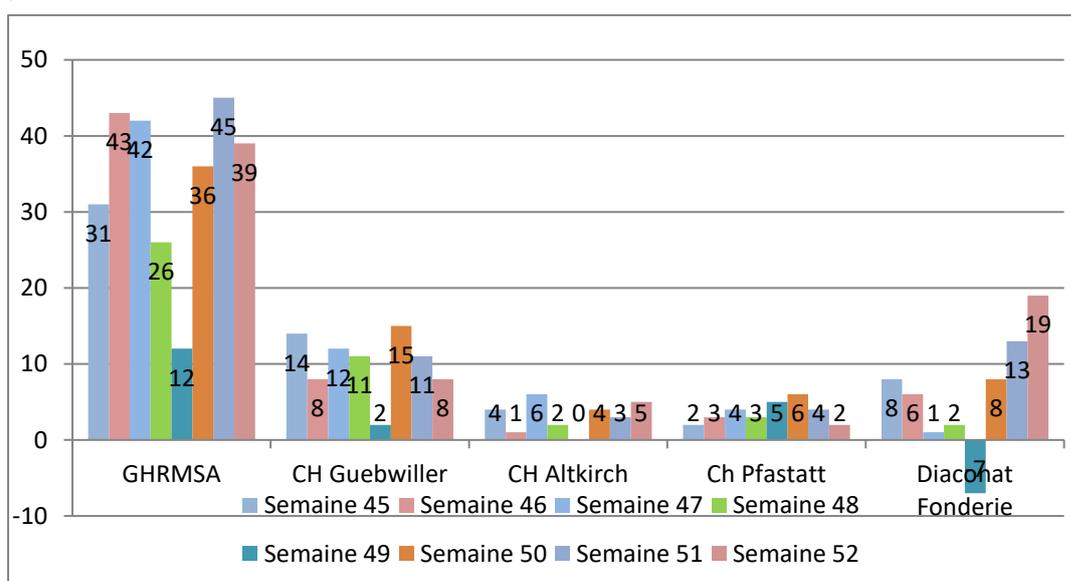
Enfin, la fermeture du SAU a déstabilisé l'activité libérale. En effet, en l'absence d'Urgence, les patients se retournent vers leur médecin généraliste. Comme il a été de nombreuses fois souligné en COPIL, ce report d'activité a deux effets pour les médecins généralistes du territoire :

- La hausse considérable du nombre de patients face à laquelle l'offre libérale peut se trouver en incapacité de répondre notamment dans des zones de faible densité médicale.

- La difficulté pour les médecins de prendre en charge certaines pathologies ou certaines situations. Celles-ci peuvent en effet nécessiter des soins qu'un généraliste n'est pas en capacité matérielle de prendre en charge. Elles peuvent également être des situations qu'il n'a pas l'habitude de prendre en charge et qui peuvent le mettre en difficulté.

S'il est difficile d'objectiver le report sur l'activité libérale, le témoignage des libéraux au cours des COPIL et la situation de faible densité médicale de la zone suffisent à en imaginer l'impact.

Graphique n°3 : nombre d'AP/VSAV supplémentaires par semaine en provenance de la zone de proximité de Thann.



La sauvegarde d'une prise en charge en Urgence dans un territoire à dominante rurale est donc nécessaire non seulement pour des raisons sociales et politiques mais également du fait des conséquences que peut avoir cette fermeture sur l'offre de soin du territoire. Le SAU est donc un élément d'équilibre d'un écosystème sanitaire d'un territoire.

b. Une restructuration et un dimensionnement correct de l'offre suppose de s'appuyer sur un diagnostic étayé du besoin de santé de la population.

Si elle est nécessaire à l'équilibre de l'offre de soin du territoire, la prise en charge médicale urgente répond également à un besoin de santé du territoire.

Dans le cas d'un Centre Hospitalier de territoire rural, deux situations paradoxales peuvent apparaître :

- La fermeture définitive est inenvisageable pour les raisons déjà expliquées ;
- La réouverture d'un SAU traditionnel est inenvisageable.

Cette dernière position s'explique avant tout par la pénurie de médecins urgentistes et la difficulté de leur recrutement. Or, le code de santé publique précise bien en son *article D.6124-2* issu du *décret du 22 mai 2006* que « *Les médecins d'une structure de médecine d'urgence sont titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires en médecine d'urgence ou sont praticiens hospitaliers de médecine polyvalente d'urgence.* »

Par ailleurs, l'autorisation du service d'urgence répond au principe de permanence des soins comme en dispose l'article *D. 6124-3* issu du même décret : « *l'effectif de l'équipe médicale de la structure de médecine d'urgence comprend un nombre de médecins suffisant pour qu'au moins l'un d'entre eux soit présent en permanence.* » De ce fait, les hôpitaux ayant un SAU dans un territoire peu attractif pour les médecins d'urgence ont largement recours à un intérim médical dont le prix est exorbitant.

Le GHRMSA est un cas d'école puisque l'intérim médical lié aux urgences de Thann constituait 170 000 € en 2016. Il était donc inenvisageable pour des raisons pratiques comme financière de rouvrir un SAU traditionnel.

Le rapport Grall apporte une réponse à cette situation paradoxale en approfondissant la notion de « soins non programmés. » Celle-ci permet une certaine gradation de la prise en charge d'urgence en différenciant le traitement des urgences majeures et l'accueil et l'orientation des urgences légères. Quoiqu'il en soit, la mise en œuvre d'une solution alternative au SAU suppose de coller au plus près du besoin de santé de la population afin d'aménager impératifs pratiques et financiers avec la sécurité des soins des patients.

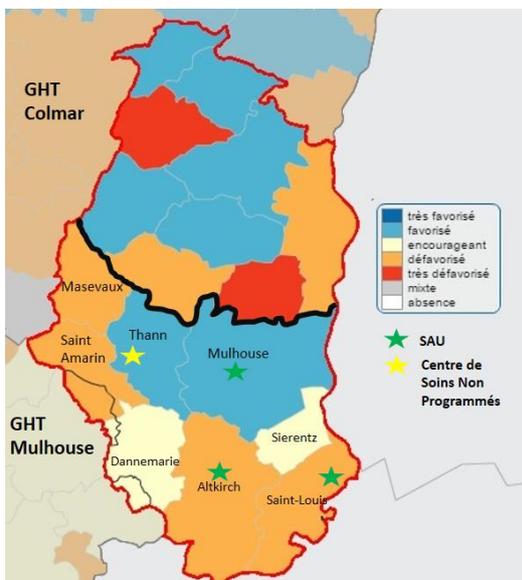
Le choix du dispositif adapté pour répondre à ce paradoxe dans le cas du GHRMSA supposait donc de dresser un diagnostic territorial solide. La direction du GHRMSA a mené ce travail pour orienter la réflexion du groupe de travail. La présente analyse territoriale est complétée par des données externes et internes que j'ai pu exploiter pendant mon stage.

- L'accès aux soins de la population

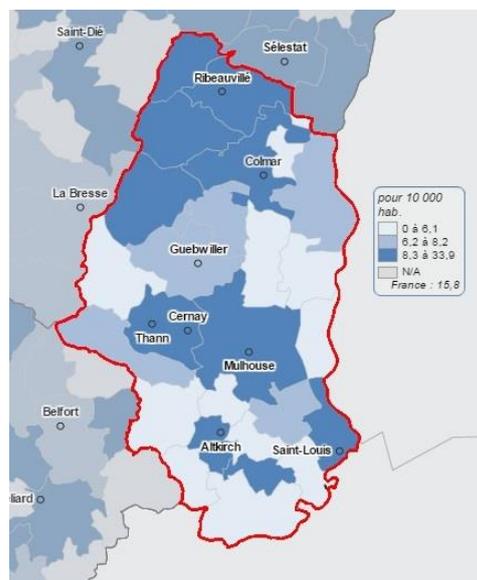
En étudiant la démographie médicale du département, il apparaît que la zone de recrutement du site de Thann est composée de territoires où l'accès aux soins est compliqué.

Ainsi, dans sa cartographie, l'ordre national des médecins classe les deux bassins de vie autour de Thann qui correspondent aux deux vallées vosgiennes comme des territoires défavorisés (cf. carte n°1 ci-dessous.)

Carte n° 1 : Typographie des bassins de vie⁷



Carte n° 2 : densité de médecins généralistes



Un constat identique peut être fait en s'intéressant à la démographie des médecins généralistes et spécialistes : les deux vallées sont des zones mal dotées en densité médicale auxquelles s'ajoute un éloignement important : de la vallée de Masevaux il faut 35 minutes pour se rendre à Thann et 50 minutes pour se rendre à Mulhouse, de la vallée de Saint Amarin il faut 30 minutes pour se rendre à Thann et 1h pour se rendre à Mulhouse. Par ailleurs, la situation est plutôt appelée à se dégrader car la moyenne d'âge des médecins généralistes est supérieure à 56 ans sur l'ensemble du territoire et jusqu'à 64 ans pour la vallée de Saint-Amarin.

Dans le cas observé, le constat formulé dès le rapport STEG que « 60% à 80% des patients auraient pu être traités en dehors du contexte d'urgence dans la mesure où leur état n'impliquait pas nécessairement le recours à l'hôpital » reste sûrement vérifié mais semble résulter davantage du manque de médecins de ville que de la simple volonté des patients.

- Quel besoin dans la prise en charge d'urgence ?

⁷ Cartes réalisées avec l'outil de cartographie interactive du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Afin de choisir la meilleure organisation possible pour prendre en charge les patients, la direction du GHRMSA a mené une étude approfondie du besoin en se basant sur l'année 2015, dernière année de fonctionnement sans interruption du SAU.

De cette analyse, reprise dans le cahier des charges du CSNP, sont apparus plusieurs constats.

Sur la population à prendre en charge, il apparaît que les patients âgés sont en minorité malgré la moyenne d'âge élevée de la population. En effet, plus de la moitié des patients pris en charge en 2015 avaient moins de 39 ans (56%). Les plus de 74 ans ne constituaient que 11% des patients contre 14% en moyenne des SAU de taille équivalente en Grand Est. En réalité, la structure de l'offre sanitaire du territoire a des conséquences sur la fréquentation des urgences. En effet, le département est particulièrement bien doté en EHPAD, la faible densité de médecins se répercute donc davantage chez les plus jeunes.

Le diagramme ci-dessous permet d'évaluer les pathologies qui seront à prendre en compte dans l'organisation de la prise en charge. La traumatologie et l'urologie apparaissent largement en tête des diagnostics, faisant apparaître la nécessité de développer des filières construites pour ces prises en charge. Ce diagnostic vient donc également confirmer la nécessité d'un SAU pour faire fonctionner le bloc opératoire de Thann. Comme le confirme le rapport de l'ARS Grand Est⁸, la prépondérance des cas de traumatologie est une constante pour les Urgences. Celle-ci est peut être accentuée à Thann par la typologie montagnaise et les activités de sport qui s'y rapporte.

S'il ne se distingue pas sur les types de pathologies, le SAU se distingue par une faible gravité des patients à prendre à charge. En effet, la répartition des CCMU de 2015 (tableau n° 2 ci-dessous) fait apparaître une extrême concentration des patients sur la CCMU 2. Il y a donc une facilité dans la prise en charge des patients et les situations complexes et graves ne sont que résiduelles.

Tableau n° 2 : Gravité des patients⁹

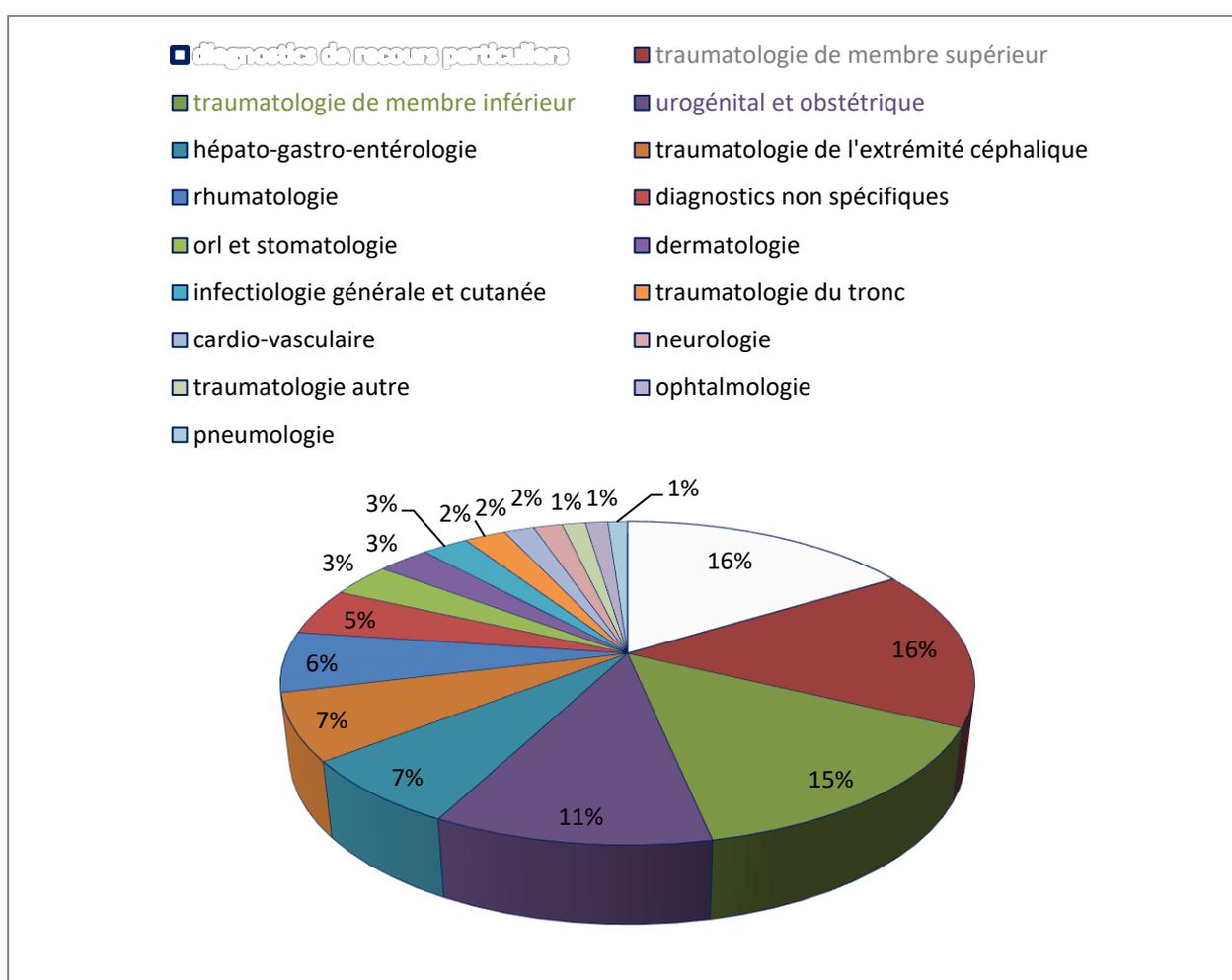
cotation	Nombre de patients	% des patients	% Grand Est
CCMU 1	191	1.3	14
CCMU 2	12821	89.6	73
CCMU 3	1220	8.5	11
Au-delà	59	0.4	1

⁸ Op cit.

⁹ Tableau réalisé sur la base des données de l'ARS et du GHRMSA

Toutefois, une étude des CCMU par âge indique que plus les patients sont âgés, plus la proportion de CCMU 3 et 4 augmente. Ainsi, 59 % des passages en CCMU 3 et 4 sont dû à des patients de plus de 70 ans.

Graphique n° 4 : part de patients pris en charge par pathologie.



A une approche qualitative, il convient d'ajouter une approche quantitative pour bien cadrer le besoin de la population auquel doit répondre le service.

Ainsi, le cahier des charges remis à l'ARS contient une étude précise du flux de patient qui permet de cerner la particularité de l'attente de la population.

Le flux de patient quotidien est de 40 passages par jour en moyenne dont 30 entre 8h30 et 21h et 36 entre 8h30 et 23h. Les passages en nuit profonde (00h00 à 8h) sont donc largement minoritaires (9%) et constituent en moyenne 4 passages par nuit. Ces passages en nuit profonde sont en grande majorité (82%) des CCMU 1 et 2. La répartition des passages par heure correspond aux moyennes des établissements de taille comparable du Grand Est même s'il apparaît clairement que les passages en soirée et nuit profonde sont moins importants que la moyenne globale des établissements du Grand-Est.

Tableau n°3 : passages par horaire¹⁰

	Thann	SAU de taille identique ¹¹	SAU Grand Est
8h-20h	77 %	75 %	73 %
20h-00h	14 %	16 %	16 %
00h-8h	9 %	9 %	11 %

L'objectivation de cette faible activité de nuit a ainsi permis d'orienter la réflexion vers la constitution d'un service qui fonctionnerait uniquement de jour. En effet, il peut être admis que la majorité des passages de faible gravité de nuit peuvent être reportés au lendemain. On est là typiquement dans le cas de SAU « victimes de leur succès » selon les mots de rapport Grall et la limitation des plages d'ouverture pourrait constituer une incitation pour les patients à diminuer le recours aux Urgences pour des soins non urgents. Inversement, les cas les plus graves arrivant en nuit profonde constituent un flux relativement faible qui peut être absorbé sans difficulté par le SAU de Mulhouse.

En ce qui concerne la variation du flux par journée, trois pics sont à prendre en considération, complexifiant pour la suite le dimensionnement des effectifs. En effet, le nombre de passages est largement plus élevé le lundi (49 passages en moyenne), le jeudi (48 passages) et le samedi (49 passages.)

Cette analyse territoriale des effets de la fermeture des urgences sur les acteurs de l'offre de soins et du besoin de la population est donc incontournable pour trouver la solution la

¹⁰ Ibid

¹¹ Entre 15 000 et 19 999 passages

plus adaptée possible. En outre, elle est aussi une solide base de travail pour alimenter les concertations avec les autres acteurs du territoire.

1.2. Un travail en collaboration avec l'ensemble des acteurs du territoire.

a. Co-construire et communiquer pour assurer une transformation réussie de l'offre de soins.

En effet, dans un dossier aux fortes répercussions politiques, sociales et bien évidemment sanitaires, une sortie de crise suppose pour l'hôpital de décroiser la réflexion et d'y associer un large panel d'acteurs du territoire.

Le manque de coordination avec les élus au début de la crise a ainsi pu engendrer une communication contreproductive pour le dossier. Lors de la première manifestation, le député de la circonscription défilait ainsi en tête de cortège. Il était donc nécessaire de les associer le plus en amont possible à la prise de décision.

Les élus ont donc été gérés par le GHRMSA à la fois dans leur globalité en les associant au groupe de travail puis au COPIL mais aussi dans leur diversité. En effet, un SAU étant un service public qui concerne un territoire élargi, tant le maire de la ville que les députés des circonscriptions et les conseillers départementaux alentours doivent être pris en considération. La direction médicale et administrative du GHRMSA a donc su rencontrer les élus individuellement en fonction de leur demande pour les convaincre du projet de transformation.

L'association de l'ensemble des acteurs s'est faite en deux temps.

S'est d'abord constitué un groupe de travail dès les premières difficultés à assurer les lignes de garde avec certains élus du territoire, le GHRMSA et l'Agence Régionale de Santé.

Ce groupe de travail a permis de communiquer d'une même voix et d'adopter des éléments de langage communs au plus proche de la crise. En effet, dès octobre 2017,

suite à une première fermeture partielle, une conférence de presse est tenue en commun et présente les orientations et réflexions ouvertes pour trouver une solution à la suspension de l'autorisation du SAU. La voie d'une transformation de la prise en charge est déjà actée.

Un COPIL se forme suite à la fermeture définitive de novembre. Celui-ci associe

- L'ARS ;
- Le GHRMSA ;
- Les élus : Communes, Conseillers Départementaux, Députés et Sénateurs ;
- Le SDIS ;
- Les médecins libéraux ;
- L'Etat représenté par la sous-préfecture.

Sont également associés si besoin : les transporteurs sanitaires et les autres établissements du territoire.

Le COPIL se réunit une fois tous les mois. Il fait le point sur :

- Le bilan de la situation : impact sur l'hôpital de Thann, impact sur les transporteurs, impact sur la médecine de ville ;
- Les hypothèses de travail qu'il valide ;
- La communication.

L'ARS, en tant qu'autorité régulatrice est le pilote principal du COPIL. C'est elle qui est le plus associée à l'avancée du dossier et qui collabore en direct avec l'hôpital sur le recrutement des médecins.

Les hypothèses de travail présentées en COPIL sont préparées en amont par un groupe projet au sein du GHRMSA qui réunit la direction de site, la direction générale, la chefferie médicale des Urgences. Elles sont ensuite affinées et validées par l'ARS avant présentation en COPIL.

Par ailleurs, la communication avec les Organisations Syndicales est également essentielle car elle permet de prévenir ou a minima de limiter les mouvements sociaux autour du dossier. En effet, la question des urgences est épineuse d'un point de vue syndical car elle peut permettre aux syndicats de mobiliser à la fois en interne à l'hôpital et en externe. Ainsi, une manifestation de 500 personnes avait lieu le samedi 5 novembre suivie d'une manifestation de 300 personnes le mardi 8 novembre à l'appel de la CFTC, historiquement implantée sur le site.

Enfin, la communication avec l'extérieur est elle aussi essentielle puisque de cette communication dépend la réussite du lancement de la nouvelle structure. Sur ce point, le sujet principal est celui de l'appellation du CSNP. La position de ne pas garder l'acronyme

fait l'unanimité. Le nom arrêté sera celui de « polyclinique Thur-Doler », considéré comme le plus parlant pour la population. En effet, le mot « polyclinique » fait référence à d'autres structures d'accueil médicales du département (la polyclinique des trois frontières, établissement privé et la policlinique de Pfastatt) et « Thur-Doler » est l'appellation usitée du canton de Thann et Cernay. Par ailleurs, la notion de « polyclinique » permet de distinguer la structure du Centre Hospitalier comme le souhaite les libéraux. Le nom symbolise donc cette ouverture vers l'extérieur acceptée par le GHRMSA.

Au final, au moment de l'ouverture de la polyclinique, ce travail collaboratif sera souligné par les acteurs et par la presse : « *Au sein d'un comité de pilotage, l'État, l'hôpital, les élus, les professionnels hospitaliers et libéraux ont travaillé en bonne intelligence dans un esprit partenarial pour aboutir¹².* »

b. Travailler avec les médecins de ville pour inclure la polyclinique dans l'offre de soins.

Le succès d'un CSNP dépend également de son inclusion dans l'offre de soins existante et notamment dans l'offre de soins de ville. Ainsi, le projet médical du CSNP a été construit en collaboration entre les médecins hospitaliers et les médecins de ville. Afin d'être dans une relation de confiance et de transparence, le GHRMSA s'est engagé à transmettre aux médecins libéraux un bilan d'activité tous les 6 mois.

Par ailleurs, le CSNP s'appuie certes sur le service des Urgences de Mulhouse mais également sur la Maison Médicale de Garde de Thann. Une convention a ainsi été signée entre les deux structures. Celle-ci prévoit le transfert de la MMG vers la polyclinique des patients en CCMU 2 et 3 dans une perspective de sécurité des soins. Inversement elle prévoit une réorientation des CCMU 1 vers la MMG en cas de trop forte activité à la polyclinique. La MMG bénéficie également d'un accès privilégié au plateau technique et à l'hospitalisation de ses patients. Il est donc possible de construire une véritable complémentarité entre une Maison Médicale de Garde et un Centre de Soins Non Programmés.

Enfin, il est à souligner que le GHRMSA a cherché à maintenir sa relation de confiance avec les médecins généralistes de Thann tout au long de la période de suspension des Urgences. En témoigne un courrier adressé aux généralistes de Thann par la Direction du GHRMSA qui rappelle que « *le lien entre la médecine de ville et l'hôpital [est] essentiel.* » Ce courrier tient les médecins au courant de la situation et les incite à continuer d'adresser leurs patients aux services du site de Thann afin de maintenir le lien de confiance durant la période de crise.

¹² Une polyclinique à l'hôpital après les Urgences, Dernières Nouvelles d'Alsace, 04/05/2017
Romain FISCHER - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2017

La réussite d'un CSNP dans un territoire rural est intimement lié à la réputation que celui-ci va avoir auprès de la population et des adresseurs de ville. La gestion de ce genre de projet ne peut dès lors se faire que dans une logique partenariale comme l'a fait le GHRMSA.

2 La modélisation du Centre de Soins non programmé

Sur la base de cette approche territoriale se sont construits plusieurs scénarios qui ont fait l'objet d'études de faisabilité (2.1) pour finalement choisir le modèle du Centre de Soins Non Programmés et le dimensionner au plus près du besoin (2.2.)

2.1. Les différents scénarios envisagés.

Différentes pistes ont été explorées par la direction du GHRMSA et leur opportunité ont été mesurées sur la base des questions de sécurité des soins, de réponse au besoin de la population et de soutenabilité du modèle médico-économique. De façon générale et lorsque décision est prise de ne pas supprimer totalement l'offre de soins, ces scénarios sont les solutions envisageables à disposition des directeurs d'hôpitaux pour faire face à la pénurie médicale.

a. L'aménagement à la marge du Service d'Urgence existant

L'option est de maintenir une structure d'urgence conventionnelle avec une prise en charge d'urgences majeures et vitales. Cette solution nécessitait de continuer de fonctionner uniquement avec des médecins urgentistes en application du décret du 23 mai 2006.

Les avantages auraient été multiples. En ce qui concerne le besoin de santé et l'attractivité de la structure, le maintien d'un SAU 24/24h n'aurait pas impliqué de changement des habitudes de la population. En matière de sécurité des soins, c'est évidemment la solution la plus facile et qui comporte le moins de risque car la structure est capable d'accueillir en permanence des urgences vitales en proximité. Enfin d'un point de vue médico-économique elle permet une stabilité des dotations financières FAU et ATU, implique peu de charges administratives liées au changement et ne nécessite pas de changement des profils de postes médicaux et paramédicaux.

Toutefois, les inconvénients majeurs d'une telle solution sont à chercher du côté de la faisabilité et de la soutenabilité économique du modèle. En effet, le problème principal est lié au recrutement des urgentistes dont le besoin pour une ligne de garde est de 4.5 ETP. Le recours à une fusion totale des équipes d'urgentistes par la constitution d'une équipe d'urgentistes de territoire telle que proposée dans le rapport Grall n'aurait pas permis d'assurer cette ligne de garde du fait des difficultés à atteindre l'effectif médical nécessaire au fonctionnement des Urgences de Mulhouse. Alors qu'une solution était recherchée pour le SAU de Thann, une instruction du ministère de la santé venait rappeler aux établissements l'impérieuse nécessité de mettre en œuvre le passage aux 39 heures, accentuant dès lors la pénurie médicale dans le domaine. Le SAU aurait donc dû fonctionner en faisant recours à de l'intérim médical dont le coût à l'année a été évalué par le GHRMSA à 250 000 €. Ceux-ci auraient rendu insoutenables un service déjà largement déficitaire (tableau n° 4).

D'ailleurs, le maintien d'une équipe en permanence avec des équipements pour prendre en charges les urgences vitales était déjà en pratique une inadéquation de l'offre de soins à la demande réelle puisque le Centre 15 orientait déjà systématiquement les urgences vitales depuis le domicile vers le SAU de Mulhouse.

Tableau n°4 : Bilan financier 2016 du CR des Urgences de Thann avant retraitement comptable

Dépenses		Recettes
1 929 372	TOTAL	1 332 423
1 682 892	T1	1 253 400
92 876	T2	75 932
119 873	T3	3 091
33 731	T4	
	Déficit	- 596 949

Enfin, fonctionner en routine avec des intérimaires posent la question de la qualité et de la sécurité des soins pour les patients. C'est en tout cas un des éléments de langage communs à l'ARS et au GHRMSA pour écarter cette solution.

b. L'option d'un Service d'Urgence diurne de 7 jours.

Cette solution consiste à maintenir un Service d'Urgence ouvert sur une période de 12h à 14h par jour. Le fonctionnement peut être un fonctionnement classique avec des médecins urgentistes. Les avantages sont comparables avec l'option précédente même si l'urgence vitale n'est pas prise en charge en nuit profonde. Cette solution permet en revanche de réduire les coûts de fonctionnement de deux manières :

- Besoin de 2.7 ETP d'urgentistes plutôt que 4.5.
- Suppression de l'UHTCD grâce à une structuration des filières pour orienter les patients avant la fermeture.

Ce modèle hybride n'existant pas aujourd'hui, notamment du fait de la permanence des soins en service d'urgence imposée par la réglementation, il aurait supposé l'acceptation d'une expérimentation par l'ARS et la définition des modalités de rémunération. Par ailleurs il n'aurait pas permis de régler entièrement la question des ressources humaines médicales.

c. Intégration de la Maison Médicale de Garde le Weekend.

L'option d'intégrer la MMG le weekend se serait ajoutée à la transformation en Centre de Soins Non Programmés. Elle aurait permis de mutualiser le fonctionnement le weekend tout en augmentant l'activité. Elle aurait également été une avancée remarquable dans le sens d'un décloisonnement ville/hôpital et de la formalisation d'un projet médical commun.

d. Les avantages du CSNP parmi les solutions explorées

Si c'est la structure évoquée dans le rapport Grall qui a été retenue c'est du fait de ses avantages en comparaison des deux principales autres options.

Sur le besoin de santé : il apparaît adapté à la dominance des situations sans gravité prise en charges jusqu'alors.

Sur la ressource médicale : il permet de pallier au manque d'urgentistes par le recours à la médecine générale (100 internes de médecine général par an à l'académie de Strasbourg contre 15 urgentistes formés.)

Sur le modèle médico-économique : il permet d'envisager des solutions de réduction des coûts de fonctionnement.

Toutefois, en choisissant cette option, de nombreuses incertitudes restaient à lever par la modélisation.

D'un point de vue sécurité des soins, l'intervention de médecins généralistes et la non prise en charge des urgences vitales suppose d'avoir des parcours et filières bien identifiées avec le SAU de Mulhouse.

Sur le plan des ressources humaines médicales, le recrutement de médecins libéraux ne lève pas entièrement le problème de la pénurie médicale et suppose de cadrer une fiche de poste précise pour ce poste hybride urgences/médecine générale.

Sur le plan financier, le modèle économique reste à définir en partenariat avec l'ARS et l'Assurance Maladie.

2.2. La modélisation du CSNP : un dimensionnement au plus près du besoin du patient pour assurer la soutenabilité du modèle.

Le choix du CSNP est audacieux car il est une forme d'expérimentation, peu de modèles existent et tout est donc à construire. Le rapport Grall qui l'évoque n'apporte que peu de précisions sur le dimensionnement : il est adapté pour les SAU accueillant entre 8000 et 10 000 passages (le SAU de Thann en accueillait 17 000), il doit se structurer autour de filières courtes notamment pour la petite traumatologie, il doit s'intégrer dans un réseau territorial d'accès aux soins non programmés.

Le choix du dimensionnement est finalement le suivant : accueil des patients en CCMU 1 et 2 ouvert de 8h30 à 20h30.

L'enjeu du dimensionnement lie les impératifs de soutenabilité du modèle dans le temps et de réponse au besoin de santé. La soutenabilité du modèle dans le temps suppose de pouvoir fonctionner en optimisant au maximum les ressources, notamment les ressources humaines médicales.

a. Organisation du travail

L'organisation du travail est déclinée à partir des horaires d'ouverture de la clinique. Les patients sont accueillis 12h mais le temps de travail est estimé à 13h30 avec une arrivée des agents à 8h soit 30 minutes de préparation le matin avant les premiers accueils et une fermeture définitive à 21h30 afin de prendre en charge et de réorienter les derniers patients arrivés. En effet, la polyclinique bénéficie uniquement d'un accueil et n'a plus d'Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée.

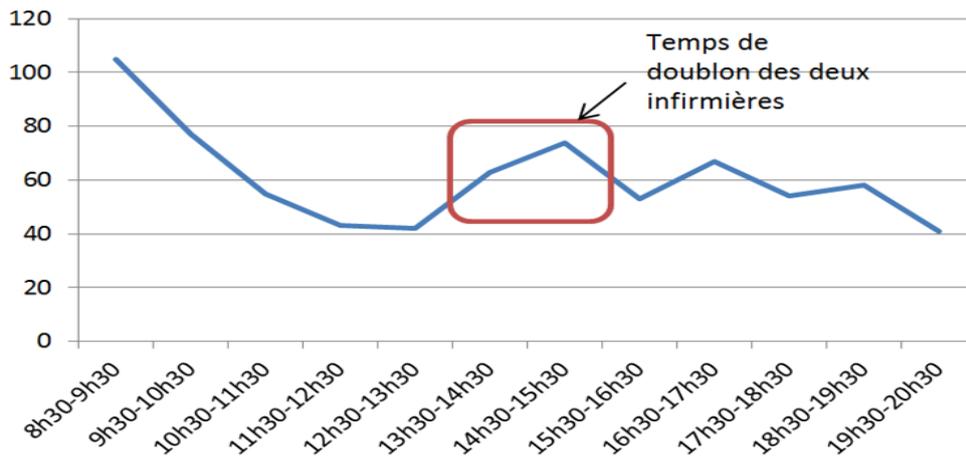
Le besoin en ressources humaines est estimé à 1 IDE en permanence avec le soutien d'une AS de journée. Les horaires sont donc posés comme suit :

Tableau n° 5 : les effectifs postés de la polyclinique

		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
IDE	8h – 15h30	1	1	1	1	1	1	1
	14h – 21h30	1	1	1	1	1	1	1
AS	10h - 18h	1	1	1	1	1	1	1

Les horaires en 7h30 permettent un doublon d'IDE entre 14h et 15h30, ce qui permet notamment de prendre en charge un pic d'activité qui a avait été mesuré et qui s'est vérifié sur ces horaires.

Graphique n°5 : arrivées par heures au 31/05



Le nombre d'agents nécessaire au fonctionnement fait débat entre l'ARS et le GHRMSA. En effet, les financements de l'ARS se base uniquement sur la présence d'une IDE en permanence sans Aide-Soignante. Le GHRMSA a ajouté une AS pour assurer une prise en charge optimale des patients au lancement de la polyclinique tout en se donnant pour objectif de faire un bilan et de réévaluer les besoins RH en fonction

Sur la base de ces effectifs postés avec les horaires en 7h30 et 8h, les cibles en ETP sont les suivants :

- 4 ETP IDE
- 2.5 ETP AS
- 1 ETP secrétaires
- 1 ETP manipulateurs radio.

S'ajoutent dans le fonctionnement 0.3 IDE sur des fonctions supports (plannings...) et un temps d'encadrement assuré par la cadre des urgences.

Le recrutement s'est fait sur la base d'une fiche de poste réalisée par la direction des soins¹³ et qui se rapproche largement d'un profil de poste d'IDE en SAU. Le choix des agents s'est fait parmi les IDE de l'ancien SAU, toutes titulaires, en privilégiant : l'ancienneté, la formation de gypso thérapeute et la capacité à gérer la procédure de transfusion. Le travail dans un CSNP diffère-t-il donc de celui d'un SAU ? En réalité, s'il faut avoir toutes les compétences d'une IDE de SAU, ces dernières ne sont pas valorisées au même niveau. En effet, une IDE de CSNP est postée pour ne prendre en charge que des cas relevant des CCMU 1 et 2, c'est-à-dire des patients dont l'état clinique est stable ou dont l'état lésionnel ou le pronostic fonctionnel est jugé stable. Elle a donc moins besoin et ne va surement pas développer ses compétences techniques ni la prise en charge de défaillance vitale. En revanche, le travail d'IDE en CSNP comprend

¹³ Voir document annexe n°1

deux spécificités. La fermeture de la structure à une heure définie suppose d'avoir une plus grande rapidité de prise en charge, d'accueil et d'orientation ainsi que des dispositions particulières pour interagir avec l'extérieur pour faire sortir le patient. L'autre spécificité est le fait de travailler avec des médecins généralistes non habitués à l'urgence et qui peuvent mettre davantage de temps à établir le diagnostic ou à le traiter. L'IDE a donc plus de mal à évaluer avec précision le temps d'un soin. Elle doit donc avoir des compétences plus développées en matière de travail en équipe pluridisciplinaire.

En matière de Ressources Humaines, l'ouverture du CSNP s'est également accompagnée d'un changement de management. En effet, en parallèle s'est constituée une première forme d'équipe d'urgences de territoire. L'équipe du CNSP a intégré entièrement le pôle médecine intensive et l'encadrement se fait par la cadre du service des urgences alors que jusqu'à fin 2015 la cadre du SAU de Thann était la cadre supérieure du site de Thann. La cadre des urgences essaye de développer un management dans une logique territoriale. L'équipe territoriale unique est composée de 135 agents sur 4 sites différents, ce qui offre des possibilités intéressantes de flexibilité interne au pôle. Le partage des ressources humaines est le premier pilier de ce management. Ainsi 2 IDE du CNSP sont partagés à raison de deux 50% entre Thann et Mulhouse. Même si la plupart des agents et les médecins restent postés sur un unique site, ils peuvent être amenés à effectuer des remplacements sur d'autres sites d'urgences. Enfin, la flexibilité supposant des pratiques communes, la cadre a fait de la création du CSNP une opportunité d'harmoniser les protocoles. Selon les premiers retours, ce partage des ressources humaines est mieux vécu par les sites périphériques que par le site de Mulhouse. Le deuxième pilier de ce management est la maîtrise par les agents mais également par les médecins des parcours patients pour orienter au mieux le patient dans un groupe hospitalier public qui dispose de l'ensemble des maillons de ces parcours mais dont la complexité s'est accrue par la taille, l'aspect multi-sites et l'intégration d'une forte composante médico-sociale et rééducation pas toujours totalement assimilée.

Bien sûr, comme tout changement managérial, la routine reste un frein important.

b. L'organisation médicale.

Le principal intérêt du CSNP était de pouvoir fonctionner avec des médecins de ville. L'effectif médical nécessaire au bon fonctionnement a été arrêté à 2.5 ETP. Ce besoin a été calculé sur la base de 13h de travail journalier (soit 4745 heures par an) avec des contrats de 48h par mois. Le choix des contrats de 48h a été préféré aux contrats de 39h qui aurait nécessité un besoin de 3 ETP et donc complexifié le recrutement. En comptant les Congés Annuels, RTT et congés de formation, un médecin est posté 40 semaines par

an (soit 1920 heures.) Soit $4745/1920 = 2.47$. L'effectif cible arrêté correspond donc exactement au besoin. Au moment de la fermeture, 1 urgentiste restait disponible pour travailler aux urgences de Thann. 1.5 ETP devaient donc être comblés soit par l'intégration de médecins généralistes du territoire soit par des urgentistes ou généralistes de l'hôpital.

Malgré l'ouverture à la médecine de ville, ce recrutement n'a pas été facile. D'ailleurs, le CSNP a ouvert avec des lignes de garde uniquement assurées du mois de mai jusqu'au mois d'août, faute d'avoir réussi à stabiliser l'équipe médicale avant l'ouverture.

Pour le chef de service des Urgences, il y a deux profils types pour exercer en CSNP :

- Un médecin généraliste en sortie d'internat qui pourrait ainsi bénéficier d'une séniorisation médicale.
- Une médecin généraliste ou urgentiste en deuxième partie de carrière avec volonté de réorientation professionnelle progressive vers les consultations.

Toutefois, le modèle du CSNP souffre aujourd'hui d'une réelle faiblesse d'attractivité. Celle-ci résulte d'abord du fait que le modèle est encore peu connu. Pour les médecins hospitaliers en général l'absence de plateau technique et pour les urgentistes le faible degré de gravité des patients sont de réels freins. En ce qui concerne les médecins de ville, la crainte réside dans la possibilité d'avoir à prendre en charge des situations d'urgences vitales malgré les filières existantes. En réalité, il est vrai que l'intervention dans un CSNP constitue une rupture pour un médecin généraliste avec ses habitudes professionnelles et que les soins non programmés à prendre en charge peuvent effectivement dépasser le champ de leurs compétences. Réside ici une vraie question sur la qualité des soins dans un CSNP.

Cette question peut être résolue en partie par le recrutement de médecins généralistes intervenant comme régulateurs au Centre 15. En effet, ce type de profil semble particulièrement bien adapté aux soins hospitaliers non programmés car les médecins régulateurs ont une connaissance de la diversité des cas d'urgence, ils ont également une pratique des différents réseaux et filières de soins existants et de l'offre de soins sur le territoire. Enfin, ils ont une habitude du travail pluridisciplinaire et notamment avec des praticiens hospitaliers. Le monde de l'hôpital ne leur est pas aussi lointain que d'autres de leurs collègues. Un médecin régulateur complète donc aujourd'hui l'équipe médicale de la polyclinique. Par ailleurs, le positionnement en CSNP d'un médecin régulateur peut être stratégique pour activer au plus vite les parcours de prise en charge prévue et notamment la non orientation des patients de CCMU 3 et plus.

A l'organisation des ressources humaines médicales s'ajoute donc l'organisation des parcours de soins développés dans le projet médical.

Tout d'abord, l'entrée dans la polyclinique peut se faire par différentes voies :

- En arrivée spontanée du patient.
- Par orientation du médecin généraliste. Afin de bien organiser l'articulation entre médecine généraliste et les soins non programmés, des critères de réorientation en chirurgie et en médecine ont été définis.
- Par le centre 15 qui doit orienter les patients et les interventions SMUR/SAMU du territoire vers la polyclinique seulement pour des urgences de catégories CCMU 1 et 2. Les CCMU 3,4 et 5 doivent être directement orientées vers Mulhouse.

Ensuite, la prise en charge des patients au sein de la polyclinique s'organise à travers deux filières : médecine et traumatologie. Pour assurer le bon fonctionnement du circuit traumatologie, les horaires d'ouverture du service de radiologie ont évolué.

Pour ces filières internes, deux niveaux de soins sont prévus après la prise en charge au sein de la polyclinique :

- Une orientation vers les services du site de Thann soit en consultation spécialisée, soit en admission dans les services de médecine ou de chirurgie existant sur le site (chirurgie de la peau, chirurgie ortho-traumato, chirurgie digestive, chirurgie plastique) ;
- Une orientation automatique vers les services de Mulhouse le samedi, dimanche et les jours fériés ou en fonction du diagnostic dans des services de chirurgie ou de médecine n'existant pas à Thann.

Dans une logique de subsidiarité, tous les patients accueillis à la polyclinique de Thann ne sont pas réorientés vers les Urgences de Mulhouse.

Enfin, des parcours spécifiques sont mis en place pour garantir la sécurité des soins aux patients des CCMU 3,4 et 5 qui pourraient tout de même se présenter à la polyclinique.

Les CCMU 3, c'est-à-dire les patients qui présentent un état lésionnel ou un pronostic fonctionnel pouvant s'aggraver doivent pouvoir être mis en condition pour une orientation directe dans le service de soins adapté.

Les CCMU 4 et 5 pour lesquels le pronostic vital peut être engagé sont installées dans une salle équipée pour leur prise en charge mais le médecin de la polyclinique doit contacter le SAMU pour bénéficier de l'assistance d'un médecin du SMUR du GHRMSA.

La question des urgences vitales arrivant sur le site de Thann en dehors des horaires d'ouverture de la polyclinique fait également l'objet d'une procédure différente.

c. Le modèle financier de la polyclinique.

Un coût de fonctionnement prévisionnel a été calculé par le GHRMSA afin de négocier ensuite avec l'ARS le montant de dotation FIR nécessaire à l'équilibre financier de la structure. En effet, si les coûts de fonctionnement diminuent, les financements également car un CSNP n'étant pas considéré comme un SAU, il ne peut prétendre aux mêmes enveloppes.

La transformation en polyclinique permet de réduire les dépenses de fonctionnement par rapport au SAU et cela notamment par une baisse de la masse salariale. En effet, 11 ETP non médicaux et 2 ETP médicaux sont économisés. De plus, les manipulateurs radio et les secrétaires sont mutualisés avec le plateau technique et l'accueil de Thann.

Le titre 1 est donc calculé sur la base de 4 ETP IDE, 1.5 ETP secrétaires, 1 ETP manipulateur radio, 2.5 ETP AS et 2.5 ETP PH. Les agents sont des agents expérimentés déjà bien avancés dans la carrière.

Ainsi, le coût des IDE est celui d'IDE de Classe Supérieure ayant de l'ancienneté dont le montant de la rémunération chargée est 60 500 €. Les AS également sont des AS de classe supérieure dont le montant de la rémunération annuelle brute est de 44 400 €.

En ce qui concerne les rémunérations de PH, la masse salariale est déterminée sur la base d'un contrat en 48h avec indemnité d'engagement de service public exclusif (ISPE) et en rémunérant spécifiquement le temps de travail entre 18h30 et 21h30. Le montant chargé annuel est donc de 146 000 € par PH.

Les autres dépenses de fonctionnement sont estimées sur la base du nombre de passages annuels soit 12 045 passages (33 par jour.) Pour les dépenses médicales, le titre 2 est proratisé sur cette base en fonction du montant du T2 de 2015. Pour les dépenses de T3 et T4, un coefficient de 20% est appliqué aux montants cumulés des charges de T1 et de T2 conformément aux demandes du cahier des charges de l'ARS.

Les recettes de la polyclinique font l'objet d'une négociation avec l'ARS puisque ce modèle de financement n'est pas prévu par la réglementation. Seuls les quelques CSNP déjà existant peuvent servir d'exemple. Le rapport Grall donne également quelques indications sur le financement possible de la structure. Selon le rapport, « il n'y aurait pas de financement spécifique de la structure mais une majoration des actes par une lettre clef ad hoc. » C'est finalement un autre modèle que vont choisir le GHRMSA et l'ARS Grand Est.

Les services d'urgences sont financés selon différentes modalités. Les frais de structures sont financés par un forfait FAU versé par tranche à partir de 5000 passages par an et calculé sur la base des passages facturés en ATU en n-1. Pour les patients non hospitalisés, la prise en charge médicale est financée par un forfait ATU de 25€ auquel

peut s'appliquer le ticket modérateur de 18€ et par la facturation d'une consultation sur la base de la liste CCAM ou NGAP. En revanche, pour les patients hospitalisés à la suite de leur passage, aucun forfait ATU n'est touché, le financement du soin étant intégralement compris dans le GHS.

N'étant pas qualifié comme un service d'urgences, le CSNP ne touche plus ni de forfait ATU, ni de forfait FAU. Toutefois, il conserve des charges de structure habituellement financées par le FAU tel qu'un secrétariat spécifique ou encore du matériel de prise en charge des urgences vitales. Les patients pris en charge sont des patients des CCMU 1 et 2 nécessitant des soins comparables à ceux pour lesquels un SAU touche un forfait ATU.

Le financement du CSNP prend en compte cet aspect hybride. La prise en charge du patient est financée exclusivement par les actes et consultations mais l'absence de forfait ATU est en partie palliée par la facturation des actes infirmiers. Toutefois, dans le calcul du modèle de financement, le montant prévisible est réduit de 20% du fait de la perte de 20% de l'activité de nuit.

Une fois toute cette modélisation réalisée, la polyclinique a besoin de 800 000 € pour être équilibrée. C'est donc le montant demandé à l'ARS. Toutefois, le montant alloué par l'ARS n'est pas arrêté au moment du rendu de ce mémoire.

Aujourd'hui, une enveloppe FIR est versée par l'ARS dans tous les CSNP pour financer les charges de structures en l'absence du forfait FAU. Le montant de cette enveloppe est négocié avec l'ARS. Le CSNP de Valognes dispose par exemple d'une enveloppe de 400 000€ pour une activité mesurée à 5500 par an soit 72 € par passage.

En 2016, le montant FAU était de 1.2 millions d'euros auxquels s'ajoutaient 70 000 € de MIGAC et FIR. Le montant de l'enveloppe FIR demandé représenterait une baisse de 40% des financements versés par l'ARS en 2016 et serait d'un montant de 66 € par passage soit 40 € de moins que le coût par passage pour un SAU de 12 000 passage ayant le droit au FAU et à l'ATU.

Tableau n° 6 : comparaison des coûts par passage pour l'Assurance Maladie d'un SAU et d'un CSNP sur la base du montant FIR demandé par le GHRMSA¹⁴.

Nombre de passages	Forfait FAU (tranche 10 000-12 500 passages)	Forfait ATU par passage	Total par passage	Montant par passage nécessaire à l'équilibre du CSNP
12050	966177 €	25.32 €	105.8 €	66 €

¹⁴ Arrêté tarifaire du 16 mars 2017 fixant à 25.32€ le coût par passage à ATU et fixant la grille du forfait FAU.

Si le modèle économique du CSNP entraîne une baisse des moyens à allouer pour les financeurs, il entraîne également un profond changement de la structure de financement par rapport à un SU : les recettes dépendant des enveloppes passent de 70 % à 60 % alors que celle dépendant de la valorisation des actes passe de 20% à 30%. Cela entraîne une forte responsabilisation de l'hôpital dans l'équilibre économique de sa structure.

Un véritable « management financier » doit donc être mis en place pour inciter les agents à valoriser l'activité à son juste niveau par un juste codage.

Dans le cas étudié, la cadre des urgences a largement intégré cette logique économique et développé ce management financier qui passe avant tout par une montée en compétence des médecins et des IDE sur les questions de codage. Ainsi, un outil est diffusé aux IDE de la polyclinique pour le codage des actes infirmiers. Il synthétise les lettres clefs de la nomenclature NGAP des actes ciblés comme étant régulièrement réalisés par les IDE pour les patients de type CCMU 1 et 2 : perfusions, prélèvements et injections, ponctions veineuses, pansements et sondes etc.

Tableau n° 7 : Compte Résultat prévisionnel du CSNP

Nature des montants	ETP/détails dépenses	montants
Titre 1 PNM : IDE	4	235 635,00 €
Titre 1 PNM : Secrétaire	1,5	44 850,00 €
Titre 2 PNM : Aide-soignante	2,5	111 387,00 €
Titre 1 PNM : Manipulateur radio	1	50 000,00 €
Titre 1 PM : Praticien hospitalier	2,5	366 431,00 €
Total dépenses de personnels		808 303,00 €
Titre 2	Charge à caractère médicale	148 500,00 €
Charges induites	Charges logistique/structure/hôtelière	191 360,60 €
Total charges	charges directes + indirectes	1 148 163,60 €
Recettes FIR	FIR (à négocié)	
Recettes sur Cs et actes externes	Consultations externes	204 278,59 €
Recettes sur actes externes	actes techniques	149 916,11 €
total recettes		354 194,70 €
Résultat	A négocié en FIR	- 793 968,90 €

Quelles implications de ce modèle de financement pour l'hôpital ? Il doit avant tout répondre par un management financier aux asymétries de l'information existant entre les règles de facturation et le niveau de connaissance de ses professionnels de santé pour assurer la soutenabilité de son modèle.

Quelles implications pour les autorités de tarification et l'assurance maladie ? Le financement cumulé est moins élevé à condition que le montant de l'enveloppe FIR accordée ne dépasse pas le montant cumulé du forfait ATU et FAU par passage.

La modélisation du CSNP de Thann fait donc partie des expérimentations de la transformation de la prise en charge des soins urgents (ou soins non programmés.) S'il est difficile d'arrêter sur cette base et avec le peu de recul du fonctionnement du CSNP un modèle type, il apparaît que la structuration d'un tel modèle repose sur un équilibre à trouver entre soutenabilité financière pour l'hôpital et l'assurance maladie (dimensionnement RH, management financier), réponse au besoin de santé du territoire (filières de soins, analyse territoriale) et réponse à la pénurie médicale (décloisonnement.)

3 La nécessité de repenser la modélisation des urgences et des hôpitaux de proximité autour du schéma de la polyclinique

En se basant sur une première évaluation du lancement de la structure, il est possible de se projeter sur l'avenir des CSNP (3.1) ainsi que sur la participation du CSNP à la réflexion sur la logique de groupe public hospitalier et les nouvelles opportunités qu'elle a pu ouvrir à l'hôpital (3.2.)

3.1. Un premier bilan comme base de réflexion sur le cadre réglementaire à apporter aux CSNP

Le premier bilan réalisé peut laisser envisager des ajustements de l'organisation et alimenter la réflexion au niveau national sur l'encadrement de ces structures.

a. Bilan de l'activité¹⁵

Le cahier des charges du CSNP prévoit une évaluation conjointe par le GHRMSA et l'ARS Grand-Est quatre mois après l'ouverture. Plusieurs indicateurs sont arrêtés, essentiellement axés sur l'activité de la polyclinique (passages par tranche horaire, classification CCMU) et sa valorisation ainsi que sur les filières de soins vers le site de Thann et le GHRMSA. Cette évaluation est importante à plus d'un titre car les moyens futurs alloués à la polyclinique en dépendent.

Les données n'étant pas totalement consolidées sur les trois premiers mois, les statistiques reposent sur le premier bilan à trois mois réalisé par la directrice de site, complété par des statistiques à deux mois que j'ai pu consolider. Ainsi, un premier bilan d'activité peut être réalisé.

Le nombre moyen de passages par jour correspond aux attentes (33/ jours) avec une oscillation entre 32.5 en mai et 35 en juin. Toutefois, le flux est variable selon les journées de la semaine. L'activité moyenne des lundis (39 passages) est ainsi de 25% plus élevée que l'activité moyenne des jeudis (30 passages). Elle varie également tout au long de la journée avec un pic au moment de l'ouverture et en début d'après-midi. Cette variabilité de l'activité est consubstantielle à l'accueil non programmée et avait déjà été remarquée lors de la phase d'analyse. Toutefois, cette variabilité de la charge de travail est davantage ressentie par les agents lorsque les moyens ont été ajustés au plus près de l'activité. En outre, lors des journées à forte activité, l'horaire de fin de service peut être dépassé par les IDE pour finir la prise en charge et l'orientation des derniers patients. Il

¹⁵ Les données sont présentées dans l'annexe 4

est possible de lire les chiffres des 107 heures supplémentaires cumulées par les agents au cours des trois premiers mois à l'orée de ces deux problématiques.

Dès lors, dans un contexte d'optimisation des ressources humaines, il apparaît utile d'ouvrir une réflexion sur la répartition des moyens au cours de la semaine et en fonction des horaires. Il pourrait par exemple être envisageable de positionner deux AS sur les journées les plus chargées (lundi et samedi) et aucune les journées les moins chargées (mardi et jeudi.) En doublant les IDE d'une AS sur les mêmes plages horaires pour ces journées-là, cela permettrait également d'avoir deux agents pour les deux plages horaires les plus lourdes de la journée (le flux de l'ouverture et les sorties du soir) alors qu'aujourd'hui le planning de travail des AS ne couvre pas ces horaires (10h-18h.)

Tableau n° 8 : Heures supplémentaires de agents par mois¹⁶

Mois	mai	juin	Juillet	Total
Différence volume horaire prévu/volume horaire travaillé	114h10	-70h00	63h30	107H40

Par ailleurs, le nombre de passages par mois semble plutôt augmenter et l'ancrage dans le paysage de l'offre de soins pourrait accélérer cette tendance. Surtout, une analyse comparative au niveau du Grand-Est dénote que le taux de recours de la population aux Urgences de Thann en 2015 était le plus faible de la Région. Si le CSNP rencontre du succès comme service de proximité, il dispose d'une réserve potentielle d'activité¹⁷.

En ce qui concerne la typologie des patients accueillis, le premier bilan est également proche de l'analyse du besoin. Les patients ont à 52 % et à 13 % plus de 75 ans et 87 % sont des patients de CCMU 1 et 2. Ainsi, l'orientation des patients par le Centre 15 s'est bien déroulé et le CSNP s'est largement inséré dans le réseau territorial d'offre de soins. En outre, seule une situation engageant le pronostic vital (CCMU 5) a dû être prise en charge. La carte du recrutement du CSNP présentée en annexe démontre qu'il y a bien un besoin des populations du bassin de vie de Cernay et Thann et que sa situation géographique fait d'elle un véritable service public de proximité pour les populations des communes isolées des vallées environnantes. L'activité de traumatologie est bien la plus importante et a permis de valider l'approche du GHRMSA et du rapport Grall sur la pertinence de la constitution d'une filière ortho-traumatologie en sortie d'urgences.

En revanche, s'il y a entre 50 et 90 réorientations de la polyclinique vers les consultations ou les services d'hospitalisation du site de Thann, la réouverture de la polyclinique n'a pas réellement permis de relancer l'activité de médecine et de chirurgie du site. Bien qu'il soit difficile d'établir un lien de causalité, cette situation vient confirmer la dangerosité pour la

¹⁶ Extraction des données depuis le logiciel Agirh Planning

¹⁷ C.f Annexe 3 « Carte des Taux de recours »

pérennité de l'activité d'une structure hospitalière de la fermeture, ne serait-ce que temporairement de son service d'Urgences. On peut ainsi estimer que ce temps de fermeture peut suffire à changer les habitudes d'une population, à faire partir des filières d'adressage vers d'autres structures ou encore à démobiliser les professionnels de l'hôpital avec à l'issue un effet d'hystérèse sur l'activité. Bien évidemment le GHRMSA n'a pas eu le choix de ce temps de rupture mais s'il faut tirer des leçons pour l'avenir, il semble préférable de transformer un service d'Urgences en CSNP sans période de fermeture.

b. Un modèle à développer ?

Il ne fait nul doute que le modèle du CSNP est une solution pour les hôpitaux rencontrant des problèmes de démographie médicale afin de continuer à proposer à leur bassin de vie un service d'accueil non programmé alliant proximité et qualité des soins.

Une approche comparative des autres CSNP¹⁸ que j'ai eu l'occasion de réaliser permet d'enrichir la question de la configuration d'un modèle au niveau national¹⁹.

Certains fondements apparaissent sur les différents sites et semblent cohérents avec les enjeux des CSNP. Ils pourraient ainsi apparaître comme des conditions à la transformation en CSNP :

Tout d'abord, l'organisation du CSNP répond à certaines logiques communes. Comme un de ses intérêts est de réduire le besoin de temps de travail médical et le coût de fonctionnement dans des zones de population dont le besoin de soins urgents n'est pas continu, il ne doit pas fonctionner 24/24. Toutefois, les expériences actuelles montrent la diversité des plages d'ouverture (5 jours /7, 7jours /7, 10h, 12h ou 13h par jour.) Ce calibrage doit être fonction d'une analyse du besoin argumentée. Ensuite, le CSNP ferme en nuit profonde (coûts supplémentaires liés aux rémunérations et demande pas toujours au rendez-vous) et fonctionne sans UHTCD afin de réduire les coûts mais aussi d'éviter des dérives de durées de séjours pour des patients devant pouvoir être traités ou réorientés rapidement. Dès lors, des heures d'ouverture plus larges que les heures d'accueil doivent être prévues et la répartition des moyens humains doit se faire en fonction.

Ensuite le rattachement à un CH avec un SAU « support » qui permet d'organiser des réseaux de soins. Ce rattachement apparaît comme nécessaire pour plusieurs raisons :

- Il est à moyen terme une garantie d'attractivité médicale de la polyclinique. En effet, des exercices partagés entre un CSNP et un SAU avec un plateau technique

¹⁸ Voir Annexe 5 « Approche comparative »

¹⁹ Ce mémoire est réalisé avant l'arrêt des enveloppes FIR par l'ARS Grand Est qui exprimait son intention de profiter de ce moment pour arrêter un premier modèle-type de CSNP.

complet sont plus attractifs pour les urgentistes qu'un exercice uniquement en SAU

- Il est une garantie de la qualité et sécurité des soins car le SAU central peut avoir des fonctions de formation des médecins généralistes ou urgentistes intervenant au CSNP. Le chef de service des Urgences du GHRMSA veut ainsi construire des formations spécifiques, notamment approfondir la connaissance des réseaux hospitaliers des médecins. En effet, une bonne connaissance des réseaux et filières existantes permet d'améliorer la rapidité de l'orientation des patients qui est un impératif d'un CSNP. En outre, elle peut permettre l'intervention au plus vite d'un véhicule SMUR en cas d'urgence vitale.
- La coordination CSNP-SAU peut être un préalable à la constitution d'équipes d'urgentistes de territoire mentionnées dans le Rapport Grall. En effet, selon l'avis du chef médical des urgences et les expériences de Valognes (équipe médicale fusionnée) et de Champagnole (équipe tournante avec une urgentiste positionnée exclusivement sur le CSNP), il pourrait être intéressant d'arriver à un fonctionnement avec : des urgentistes « cœur de métier » sur le SAU (donc avec une forte appétence pour l'aspect technique du métier) et sur le CSNP (forte appétence pour le soins de proximité, connaissance parfaite des réseaux et de la population locale) qui se verraient confier des tâches d'animation et de formation et une fraction d'urgentistes « territoriaux » capables d'intervenir sur les différents sites en fonction de l'activité et des besoins.

La coordination avec les autres acteurs est également un des fondements et notamment la construction de relations avec la médecine libérale pour développer une approche transversale centrée sur le patient et avec le Centre 15 pour assurer la pertinence de l'orientation. Les partenariats avec les libéraux peuvent être divers mais vont tous dans le sens de répondre au problème de la démographie médicale. Le niveau le plus avancé est l'intégration dans l'équipe de médecins libéraux rodés à l'exercice. Mais il peut y avoir d'autres coordinations comme l'expérience de Champagnole qui comble son déficit de radiologue en fonctionnant avec des libéraux ou le cas du CSNP de Valognes qui ferme ses portes le weekend en se coordonnant avec la MMG pour la permanence des soins.

Enfin, le CSNP accueille des patients de CCMU 1 et 2 mais doit avoir des procédures formalisées et rodées pour faire face à tous les cas pouvant se présenter.

Sur la base de ces grands fondements, il serait néanmoins bienvenu de ne pas définir un cadre trop précis pour les CSNP car la pertinence de la structure repose sur sa capacité à répondre aux spécificités de la situation du territoire (plus ou moins isolé, plus ou moins

dense, plus ou moins doté en médecins de ville etc.) L'étude comparative permet également d'observer les différences d'activité des SAU qui se sont transformés en CSNP (17 000 passages à Thann, 14 000 à Valognes, 7000 à Champagnole.) La limitation du modèle aux structures ayant 10 000 passages dans l'année proposée dans le rapport Grall n'est pas forcément pertinente et ne résiste pas à l'épreuve des faits.

Dans cette logique territoriale, les Centres de Soins Non Programmés pourraient devenir le support d'innovation en gestion des inégalités d'accès aux soins. Ils pourraient par exemple devenir les supports de dispositifs de télé-médecine ou bien, comme l'envisage le chef de service des urgences du GHRMSA se munir de capacités d'intervention chez le patient pour prendre en charge les patients appelant le Centre 15, incapables de se déplacer, mais ne nécessitant pas l'intervention d'un véhicule SMUR. La séparation urgences majeures et urgences légère peut donc se décliner à plusieurs niveaux.

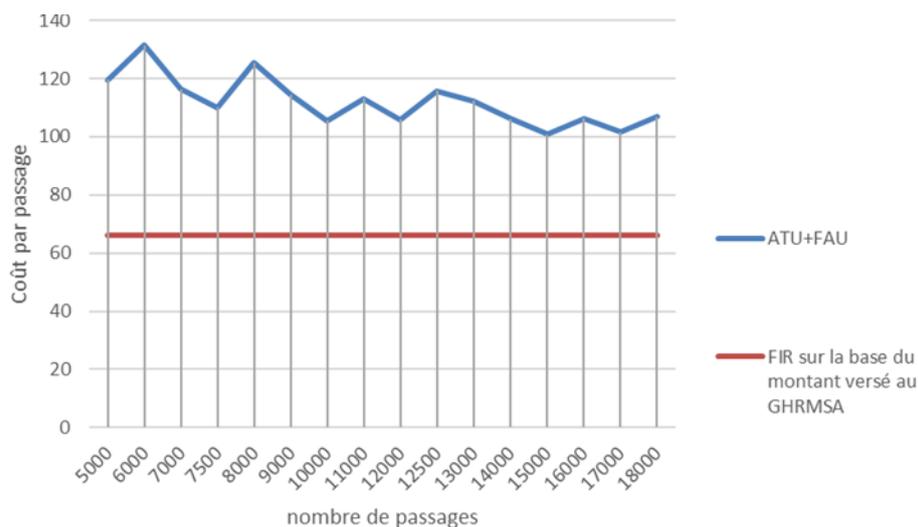
Du côté des tutelles, il apparaît également nécessaire de soutenir la constitution de ces services en arrêtant un cadre réglementaire et financier incitatif. Aussi, arrêter un montant de l'enveloppe FIR ne peut pas être suffisant car celui-ci est par nature variable et ne permet pas de pérenniser le modèle médico-économique. Ce financement doit notamment prendre en compte les charges de structures plus importantes que dans un service de soins ou un plateau de consultation car les CSNP sont tout de même plus proche de SAU que des sites de consultation.

Une première solution est celle-évoquée dans le rapport Grall qui consisterait à majorer les tarifs des consultations de la nomenclature NGAP et CCAM avec une lettre clef ad-hoc. Toutefois, au vu de la diversité des actes médicaux et infirmiers réalisés, cette solution pourrait s'avérer complexe pour les systèmes d'information hospitaliers et pour le codage, introduisant une nouvelle asymétrie de l'information entre financeurs et codeurs qui aboutirait une fois de plus à une valorisation de l'activité en dessous de son niveau réel.

Une deuxième solution pourrait être d'adapter le financement actuel des urgences. Cette solution aurait une certaine logique car les CSNP s'approchent matériellement des SAU tant dans la nature du service rendu (soins non programmés) que dans la formation des professionnels (les IDE ayant une expérience en SAU ou en SMUR sont préférés ainsi que les médecins généralistes ayant eu une expérience d'urgentiste ou de SMUR.) De plus, cette approche serait la mieux à même de prendre en considération les charges de fonctionnement. Les forfaits FAU et ATU pourraient être minorés en prenant en compte la moindre technicité des soins des CCMU 1 et 2 pour le forfait ATU et les moindres charges de fonctionnement (pas d'IAO obligatoires, pas d'ouverture en permanence...) Cette solution aurait également l'avantage de la simplicité. Pour essayer de faire une projection

sur cette modélisation, le tableau ci-dessous illustre le coût potentiel unitaire par passage en additionnant les montants FAU et ATU et les met en regard du coût par passage tel que le nécessiterait modèle de la polyclinique de Thann. Les financeurs ont donc une véritable marge qui leur permettrait de faire des économies tout en arrêtant un montant de forfait incitatif pour les hôpitaux. Si un montant fixe est arrêté indépendamment du nombre de passage, l'incitation serait toutefois plus forte pour les SAU de plus de 9000 passages du fait des effets de seuil créés par le système actuel.

Graphique n° 5 : comparaison des coûts par passage pour l'Assurance Maladie.



Une troisième solution, plus complexe mais également plus innovante pourrait être de profiter de la modélisation des CSNP pour expérimenter le financement au parcours tel que proposé dans le rapport Véran²⁰. Les enjeux sont les mêmes que ceux présentés dans le rapport : prise en charge des patients âgés souvent atteints de maladies chroniques, répondre à la situation de la démographie médicale, développer les prises en charge pluri-professionnelles et casser la logique de silos entre la ville et l'hôpital pour se centrer autour du patient. Le financement au parcours a pour ambition d'inciter les acteurs à entrer dans cette approche pluri-professionnelle. Il se baserait selon le rapport sur la détermination d'une période de prise en charge et des acteurs concernés en fonction de l'affection. Une fois le malade entré dans le système de santé, le gate-keeper touche un forfait global de soins et redistribue ensuite aux acteurs de la chaîne sur la base d'indicateurs qualitatifs d'intéressement définis. Le CSNP offre l'avantage de devoir de toute façon définir des parcours de soins et des filières en fonction des pathologies et de leur gravité. Sur la base de ces parcours, le « gate keeper » serait soit le Centre, soit le médecin généraliste lorsqu'il réoriente sur la base des critères arrêtés par convention (dans le cas de Thann : douleur thoracique, problèmes respiratoires, décompensation

²⁰ L'évolution des modes de financement des établissements de santé, une nouvelle échelle de valeur, Mission Olivier Véran, mars 2017

cardiaque, décompensation diabétique etc.) Le versement de fractions du forfait pourrait ensuite se faire en fonction de critères sur le délai de prise en charge en service d'hospitalisation ou en consultation, la réorientation vers une structure médico-sociale ou une prise en charge à domicile etc. Cette incitation financière à se coordonner serait donc particulièrement pertinente pour accélérer le décroisement dans des services qui ont déjà entamé le mouvement. Par ailleurs, ce serait un mode de financement allant dans le sens du patient. En analysant les listes de passage sur 3 mois à la Polyclinique, 95 personnes se sont présentées (soit 6 % de la fil active) 2 fois ou plus, parmi lesquels 25% de plus de 60 ans et 29 % de moins de 18 ans. Bien qu'une partie de ces passages consécutifs puisse être le fruit du hasard ou des « mauvaises habitudes » des citoyens, une partie peut également provenir d'une orientation inadaptée ou d'une inclusion incomplète dans un parcours de soins lors de son premier passage. Avec un mode de financement qui inciterait à l'inclusion dans une filière ou un parcours organisé, le nombre de passages consécutifs aux urgences sur une courte durée pourrait ainsi diminuer.

3.2. Le CSNP, première étape de la définition de l'hôpital de proximité dans un groupe hospitalier public.

Si le modèle du CSNP pourrait être déployé sur le territoire national, il peut également ouvrir une réflexion plus large sur le positionnement des « hôpitaux périphériques » inclus dans un « groupe hospitalier », que celui-ci soit constitué sous forme de GHT ou fusionné comme c'est le cas du GHRMSA. En effet, il m'a été permis d'observer pendant mon stage que la transformation des Urgences de Thann n'a pas été une fin en soi mais plutôt le commencement d'une restructuration plus large de l'hôpital autour des mêmes logiques que celles qui ont présidé à la mise en place du CSNP. Du fait d'une situation budgétaire dégradée, le GHRMSA a accéléré la réflexion sur cette restructuration, dans le cadre de son projet d'établissement et projet médical mais également dans le cadre du Contrat de Retour à l'Equilibre Financier signé avec l'ARS.

Le modèle développé a servi de base de réflexion à la transformation des maternités des sites périphériques qui rencontrent les mêmes enjeux avec une activité largement inférieure aux moyens alloués, une difficulté d'attractivité médicale et un fort déficit. Aussi, une déclinaison du modèle de CSNP est envisagée par le GHRMSA. Il s'agirait de créer des Centres de Périnatalité de Proximité qui seraient des portes d'entrée pour les parturientes avec des consultations de gynécologie, un suivi tout au long de la grossesse, l'inclusion dans le réseau d'obstétrique du GHRMSA, un accouchement dans la maternité centrale puis un suivi du nouveau-né avec des consultations avancées de pédiatrie. Ce modèle permet de réduire le personnel non médical et le personnel médical ainsi que d'économiser les astreintes, de réduire les charges hôtelières et médicales. Le report des accouchements sur l'hôpital plutôt que sur la clinique repose sur la constitution de solides filières de prise en charge. Dans la même logique, le financement du Centre de Périnatalité repose sur la facturation des actes de consultation. Dans le cadre du CREF, l'économie estimée est de 880 000 €.

Mais surtout, le CSNP est une pierre angulaire de la définition d'« hôpital de proximité » que veut donner le GHRMSA à ses sites périphériques dans la perspective d'une définition d'une stratégie de groupe hospitalier public. Le GHRMSA est composé de 4 sites hospitaliers, de deux EHPAD et du GCS établissement de santé. La notion d'hôpital de proximité que veut porter le Directeur Général pour accompagner la transformation des sites périphériques est plus large que celle donnée par le décret du 20 mai 2016. Selon le décret, l'hôpital de proximité ne dispose pas de service de chirurgie. Dans une logique d'organisation territoriale de l'offre de soins par un hôpital, il peut être pertinent de garder un bloc opératoire. Ainsi, l'« hôpital de proximité » serait un hôpital tourné vers les prises

en charge non complexes mais disposant des structures d'amont (Centre de Périnatalité, Centre de Soins Non Programmés, consultations) capables de créer des filières d'adressage au site central, des filières d'aval (EHPAD, SSR, hôpital de jour voir centre de dialyse) pour assurer la continuité des soins au plus près du lieu de domicile et un ensemble de services de médecine et de chirurgie non complexes calibrés au plus proche du besoin. La chirurgie devient progressivement uniquement de la chirurgie ambulatoire en prenant les opérations non invasives pouvant être réalisées en externe ou sous célioscopie et les suites d'urgence en orthopédie-traumatologie. Tout est donc organisé pour avoir des services de proximité et optimiser les dépenses sans pour autant supprimer totalement les activités qui font le dynamisme et l'attractivité d'un hôpital tant pour les patients que pour les professionnels avec un plateau technique, des soins non programmés et un bloc opératoire.

Le modèle de CSNP peut donc être à la fois au cœur de la réflexion au niveau national sur la transformation des services d'urgence et au niveau local sur l'organisation des hôpitaux périphériques dans un contexte de groupe public.

Conclusion

La transformation des urgences est un sujet d'actualité dans la conduite du changement à l'hôpital, il implique le changement de pratiques sociales et professionnelles et le positionnement des Directeurs d'Hôpital comme interface entre les différentes attentes autour de ce sujet

Si le cas concret du CSNP, celui de la vallée de Thann en particulier, permet d'étudier une possibilité de transformation de l'offre de soins, il permet également d'ouvrir une vraie réflexion sur le dimensionnement des hôpitaux, des équipes, les modes de prise en charge et la situation de l'hôpital sur son territoire. Ainsi, le CSNP ne se veut pas uniquement un palliatif à la faible attractivité médicale des zones isolées mais une structure capable d'impulser une nouvelle manière d'envisager l'organisation de l'offre autour du patient.

J'ai par ailleurs choisis ce sujet car il m'a permis d'avoir une approche transversale et de tirer des leçons de management dans plusieurs domaines.

Sur la question RH, le CSNP est un exemple même des enjeux que vont rencontrer les Directeurs d'Hôpital dans une période de restriction budgétaire : aligner les ressources humaines au plus proche de l'activité suppose de trouver des moyens de flexibilité interne pour ne pas mettre en difficulté des équipes qui ont de moins en moins de marges de manœuvre pour faire face au surplus soudain d'activité.

Sur la question financière, il m'a permis d'approfondir mes connaissances en matière de tarification hospitalière et de m'approprier les outils de contrôle de gestion.

Sur la question des affaires médicales, il m'a donné l'occasion de m'intéresser aux questions de recrutement médical, de construction de parcours de soins et de collaboration avec la médecine de ville.

Enfin, le suivi du dossier du CSNP tout au long de mon stage m'a permis de prendre pleinement conscience d'au moins deux compétences essentielles à un directeur d'hôpital sur lesquelles il apparaît opportun de revenir.

D'abord, la capacité (et la volonté) à mener un projet en collaboration avec les acteurs d'un territoire : les élus, les autorités de tutelles et les médecins libéraux.

Ensuite, l'absolue nécessité de connaître les besoins de santé de la population pour prendre des décisions stratégiques sur le positionnement de l'hôpital. J'ai ainsi pu conduire une étude territoriale puis la confronter aux données internes du contrôle de gestion.

Quoiqu'il en soit, un service public moderne ne peut être déconnecté des attentes réelles de ses citoyens. Pour deux raisons au moins. D'abord car les citoyens veulent de plus en plus un service public à leur mesure. Le domaine de la santé ne saurait échapper à la

démocratie administrative. Ensuite car les enjeux budgétaires imposent à l'hôpital public de développer une offre toujours plus proche du besoin en soins.

Bibliographie

Ressources principales

Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences, Jean Yves Grall, juillet 2015

Rapport sur la médicalisation des Urgences, Commission Nationale de restructuration des Urgences, Professeur Adolphe Steg, 1993

L'évolution des modes de financement des établissements de santé, une nouvelle échelle de valeur, Mission Olivier Véran, mars 2017

Panorama Urgences, activité des structures d'urgences, ARS Grand Est- Observatoire Régional des Urgences, 2015

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

Ressources internes au GHRMSA

Cahier des Charges du Centre de Soins Non Programmés, GHRMSA

Convention entre la Maison Médicale de Garde et la polyclinique Thur-Doller
Retraitement comptable 2016

Taux de Marge sur Charges Directes 2016

Sources juridiques

Arrêté tarifaire du 16 mars 2017

Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence

Code de la santé publique

Ressources informatiques

Scansanté.fr

Cartographie interactive Géoidd, site du ministère du développement durable

Base de données du Conseil National de l'ordre des médecins

Liste des annexes

Annexe 1 : plan du CSNP

Annexe 2 : fiche de poste IDE

Annexe 3 : Carte régionale des taux de recours

Annexe 4 : Premier bilan de l'activité

Annexe 5 : Approche comparative des CSNP de Champagnole et Valognes

4. MISSION DE L'INFIRMIER AU CSNP

La mission de l'infirmier au CSNP est de répondre en permanence, de manière adaptée aux demandes et/ou symptômes inopinés et urgents des malades et blessés jusqu'à leur orientation.

Pour remplir sa mission l'infirmier au CSNP doit disposer de connaissances et de compétences telles que décrites ci-après. Celles-ci couvrent différents champs de compétences qui sont explicités, elles feront l'objet d'une grille d'évaluation des compétences.

4.1 Organisation générale

L'infirmier du CSNP en tant qu'acteur de soins influera sur la qualité de fonctionnement de l'équipe et du service en fonction de ses connaissances sur l'organisation en place. A partir du profil de poste et de la fiche de poste, l'IDE organise et répartit les activités sur l'équipe pluri professionnelle.

4.1.1 Connaissances et savoirs¹



Les principales dispositions législatives et réglementaires organisant la prise en charge des urgences.



Les missions, les principes d'organisation, les différentes structures participant aux secours pré-hospitaliers et hospitaliers, en particulier la fédération des urgences du territoire de santé N°4.



Les principes d'organisation de la prise en charge d'une situation à victimes multiples.

4.1.2 Compétences stratégiques / jugement clinique / résolution de problème²



Organiser la prise en charge d'une situation impliquant un ou plusieurs patients, en tenant compte des priorités de soins et des contraintes liées à l'environnement.



Participer à la mise en œuvre des procédures d'alerte sanitaire.



Etre acteur de la prise en charge diagnostique et thérapeutique

¹ Il faut entendre que l'infirmier connaît et comprend



Initier et participer à l'évaluation des pratiques professionnelles.



Initier et participer à la transmission des connaissances et pratiques des soins infirmiers en médecine d'urgences.

4.2 Organisation de l'accueil

L'infirmier exerçant au CSNP doit être en mesure d'organiser et de prioriser l'accueil des patients.

4.2.1 *Connaissances et savoirs*



Les étiologies et la sémiologie des pathologies de l'urgence et des soins non programmés.



Les procédures et protocoles en vigueur dans son service.



La structure hospitalière dans laquelle il exerce.

4.2.2 *Compétences stratégiques / jugement clinique / résolution de problème*



Donner une information claire.



Respecter et faire respecter la discrétion et le secret professionnel.



Organiser l'installation sécuritaire et la surveillance d'un grand nombre de patients sous sa responsabilité.



Recueillir, analyser et synthétiser un ensemble de données cliniques.



Faire preuve de discernement et d'objectivité.



Adapter des stratégies de communication selon la pathologie du patient.



Repérer les signes en faveur d'un risque de passage à l'acte violent.

² Il faut entendre que l'infirmier est capable



Identifier très rapidement le patient nécessitant une prise en charge immédiate ou urgente et de subdiviser les autres en différentes catégories de gravité.



Gérer et désamorcer le stress, l'agressivité ou la violence des patients ou de leurs accompagnants.

4.2.3 *Compétences techniques³*



La mise en œuvre des soins et thérapeutiques sur protocole.



La prise en charge de tout type de patient relevant de la médecine d'urgence et de soins non programmés.



La délivrance de produits sanguins labiles et la gestion de la commande correspondant à la remise à niveau du stock de produits du dépôt de sang d'urgence.

4.3 Communication – information – transmissions

4.3.1 Connaissances et savoirs



Les relations avec l'entourage professionnel.



Le soin relationnel (accueil personnalisé, information, relation d'aide, gestion du stress du patient et de l'entourage).



L'éducation du patient



La gestion du stress professionnel.



Les techniques de communication dans le contexte de l'urgence et en situation de crise.

4.3.2 Compétences stratégiques / jugement clinique /résolution de problème



Vigilance face au secret médical et à toute forme de confidentialité par rapport aux personnes

Fréquentant les différents lieux d'exercice de la médecine d'urgence (UHCD, SAU), notamment les services de polices et de gendarmerie, les différents protagonistes d'un accident, journaliste...



Tenir compte des croyances et valeurs des patients au cours de leur prise en charge en les intégrant, si possible, aux contraintes de l'urgence.

Tenir compte des croyances et valeurs des patients au cours de leur prise en charge en les intégrant, si possible, aux contraintes de l'urgence.



Prendre en compte les attentes, les craintes, les douleurs du patient et d'y répondre, durant les différentes étapes de la prise en charge.



Etablir une relation propice à l'éducation du patient.



Adapter sa communication à la personne.



Objectivité et de non-jugement.



Reconnaître les éléments socio-familiaux nécessitant l'intervention rapide d'une Assistante Sociale (couverture sociale, situation financière, situations familiales, conditions de logements-..)



Intégrer la dimension éthique dans ses attitudes et manières de travailler.



D'établir une relation empathique avec la bonne distance relationnelle.



D'établir une relation propice à la compréhension et à la coopération du patient dans le contexte de l'urgence.



De reconnaître les éléments liés au patient ou à son environnement susceptibles de modifier la prise en charge au CSNP.



D'adapter sa relation à des situations de la plus grande variété.



De gérer les situations d'agressivité.



Assurer des transmissions ciblées, orales et écrites, quelles que soient les contraintes temporo-spatiales.



D'établir une relation de confiance immédiate dans le contexte de soins non programmés.

Sang-froid et de calme en toute situation de détresse vitale.



Etablir une relation adaptée avec les patients et leurs familles affectées par le contexte de soins non programmés.



D'établir des liens professionnels avec une équipe de secours, des intervenants extérieurs.



De prévenir, de gérer et d'adapter ses méthodes de communications aux situations d'agressivité ou de violence verbale et physique.

4.3.3 Compétences techniques



L'outil informatique

4.4 Médecine de catastrophe et NRBC

4.4.1 Connaissances et savoirs :



Intégrer la dimension éthique dans ses attitudes et manières de travailler.

Recevoir trier utiliser et restituer des informations de sources hétérogènes.



Assurer des transmissions ciblées, orales et écrites, quelles que soient les contraintes temporo-spatiales.



Les niveaux d'alerte et de risques des différentes situations d'exposition à des liquides biologiques et chimiques.



Les mesures de protection du personnel et des patients.



Le risque de pandémie de grippale.

4.4.2 Compétences stratégiques / Jugement clinique / Résolution de problème



Appliquer les stratégies recommandées de prévention primaire et secondaire et de prise en charge de tout risque sanitaire collectif.

4.4.3 Compétences techniques



Le déclenchement de l'alerte dès la reconnaissance de la présence d'un risque sanitaire collectif.



La mise en Œuvre les diverses techniques et matériels spécifiques aux situations de catastrophe.



Les procédés de protection des intervenants, d'isolement des victimes, de décontamination.

4.5 Pharmacologie d'urgence

En raison de la diversité des pathologies rencontrées dans les structures de médecine non programmée, la connaissance de l'ensemble de la pharmacologie générale s'impose à l'infirmier au CSNP, ainsi que la maîtrise de la pharmacologie spécifique relative aux situations d'urgence.

4.5.1 Compétences techniques Un infirmier en Médecine de soins non programmés :

Maîtrise



Les techniques d'administration des substances médicamenteuses par voie :



Orale

- (IV)
- ◆ Parentérale : sous-cutanée (SC), intradermique, intra musculaire (IM), intra veineuse
 - ◆ Cutanée et percutanée



Les techniques de dilution et de titration.



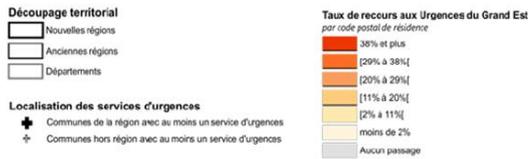
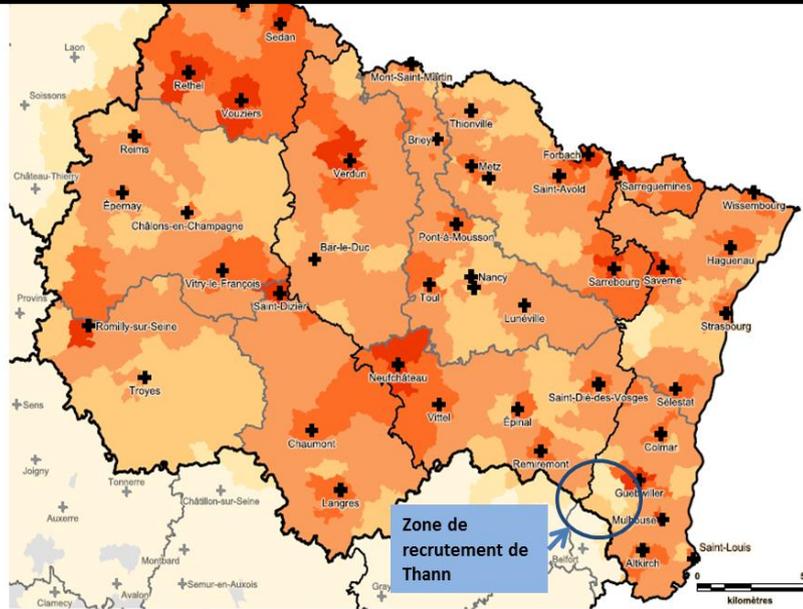
L'utilisation des différents appareils destinés à la perfusion de solutés (Pousse Seringue Electrique, système de perfusion accéléré, régulateur de débit...).

4.5.2 Connaissances – compétences spécifiques liées aux motifs de recours

L'infirmier au CSNP dispose des connaissances et savoirs, des compétences stratégiques, jugement clinique, résolution de problème, et compétences techniques relatives aux :

- défaillances vitales
- saignement extériorisé non traumatique
- dyspnée
- douleur aiguë
- plaies – brûlures – traumatismes
- troubles de la conscience et de la vigilance
- troubles des fonctions motrices, sensitives et sensorielles
- malaise – AEG – asthénie
- vomissements – diarrhée
- fièvre
- expositions à risque
 - au froid
 - AES
- Intoxications
- Conduites addictives
- Pathologies psychiatriques
- Aspects médico-sociaux et médico-judiciaires
- Pathologies maternelle-fœtales
- Pathologies pédiatriques

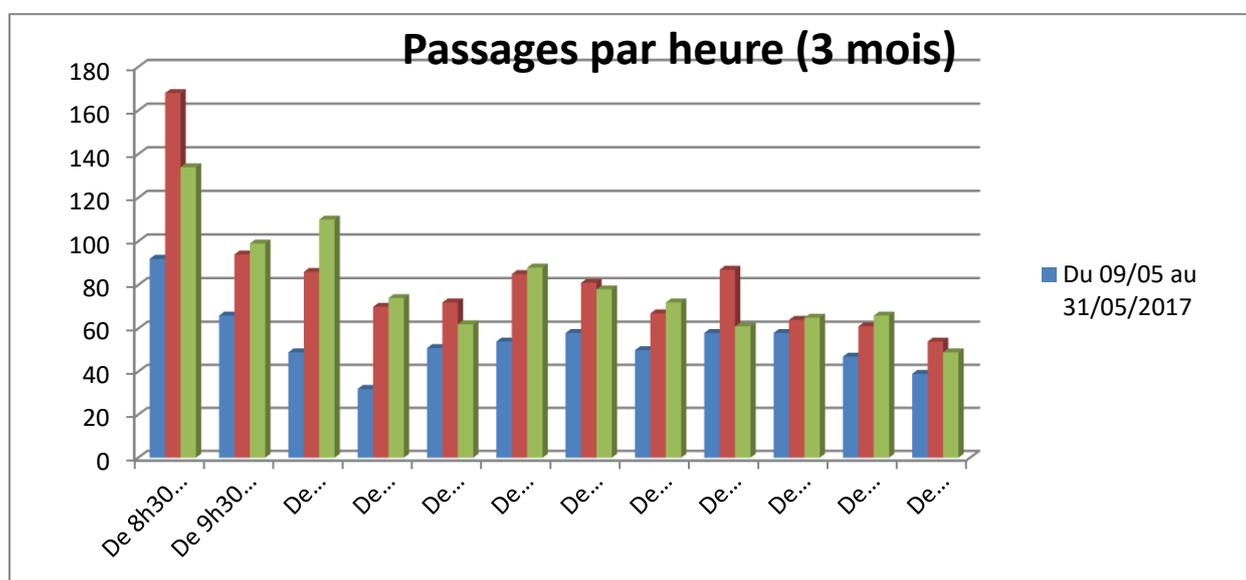
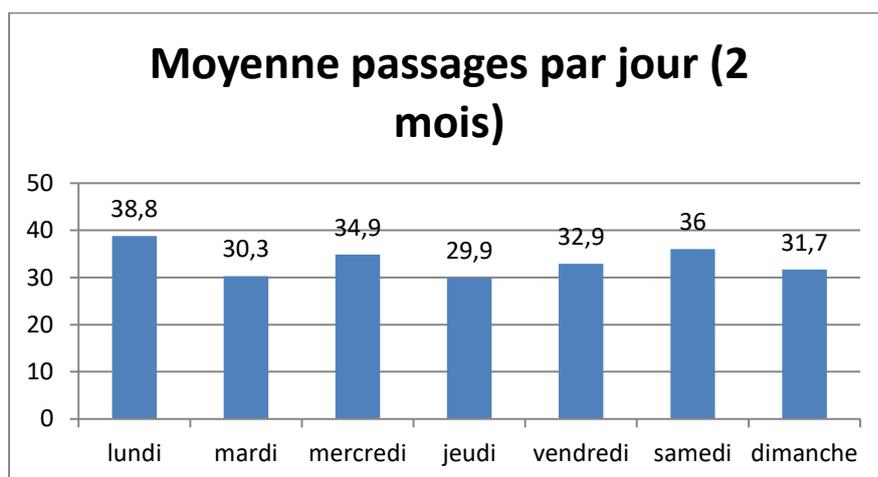
Annexe n° 3 : Carte des taux de recours de la région Grand Est, issue du panorama Urgences Grand Est 2015, Ars Grand Est.



Source : RPU 2015, INSEE 2012. Exploitation ARS Grand Est - DADS

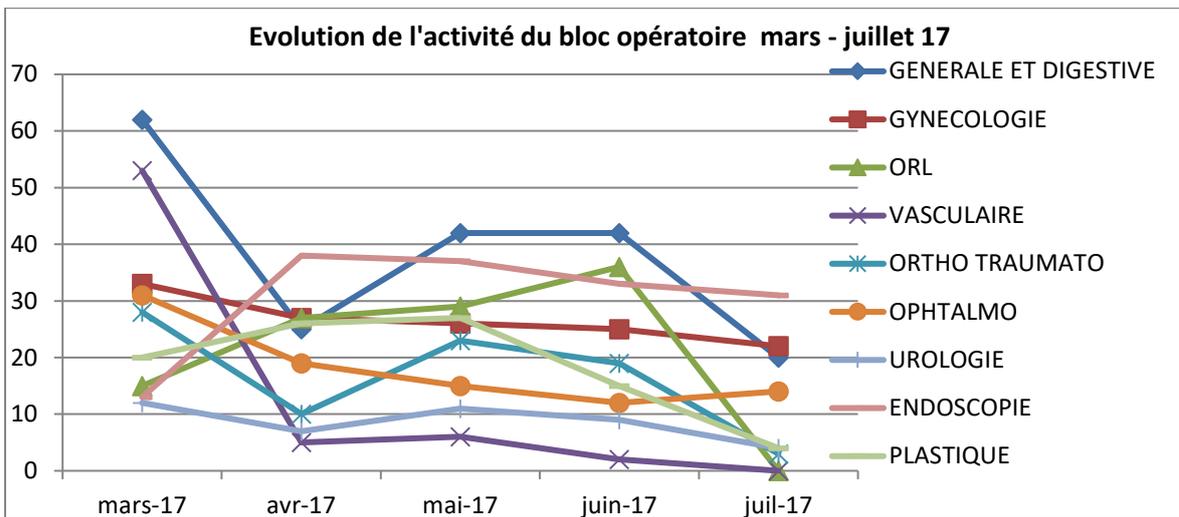


Annexe n° 4 : Premier bilan d'activité



Réorientation de la polyclinique vers les services

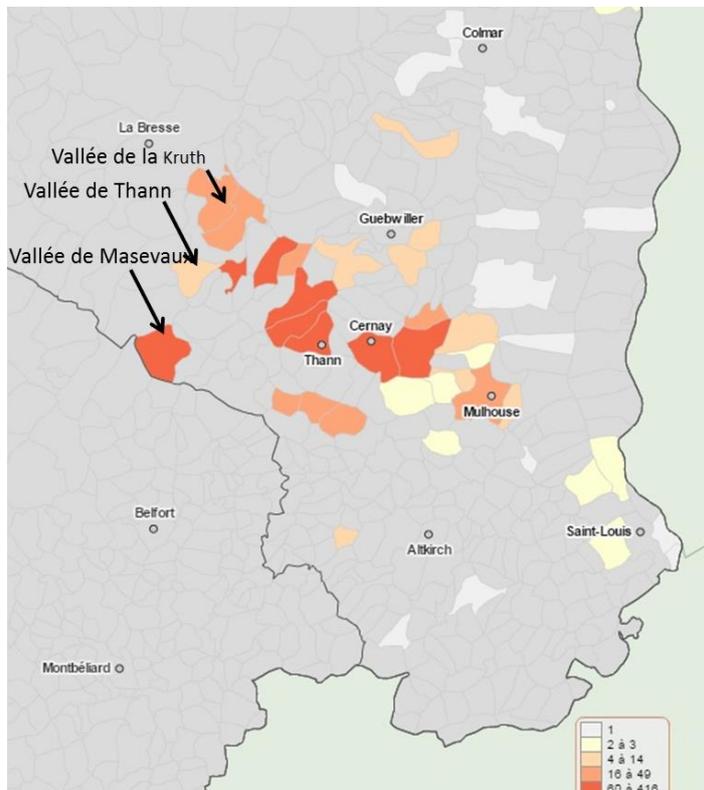
	09/05-31/05	01/06-30/06	01/07-31/07
HOSPITALISATION EN MEDECINE 1	14	13	18
HOSPITALISATION EN MEDECINE 2	11	8	13
HOSPITALISATION EN CHIRURGIE	6	12	12
CONSULTATION DE TRAUMATOLOGIE	16	27	40
CONSULTATION DR FERRER	0	2	1
CONSULTATION DR DEICU	3	3	4



Evolution des taux d'occupation

Secteurs d'hospitalisation	Mars 2017	Avril 2017	Mai 2017	Juin 2017	Juillet 2017
Médecine	94	92	91	90	91
Gynécologie-obstétrique	57	37	35	54	40
UACHA Hébergement	61	58	61	31	34
Chirurgie Hébergement	37	37	35	33	19

Lieu de résidence des patients



**Annexe n° 5 : Approche comparative des Centres de Soins Non Programmés de
Valognes et Champagne**

	CSNP de Valognes	CSNP de Champagne
Nbre de passages du SAU avant transformation	14000	7244
Nbre de passages moyens par jour	25	11
Nbre de passages CSNP par an	5500	4200
Tendance	Augmentation	Baisse
Horaires d'ouverture	8h-18h30 en accueil (10h) - fermeture réelle 20h, lundi au vendredi	Accueil physique 8h-20h (12h), ouverture réelle 9h-21h, 7j/7
Effectif médical	1 ligne de soins + 1 jour par semaine pics hivernaux et estivaux 1 ligne de SMUR	1 ligne pour SMUR + accueil (en cas de sortie SMUR et de forte activité, un médecin d'un autre service vient prendre en charge)
Dont libéraux	0	Abandon de l'expérimentation
Effectif non médical	1 IDE accueil 1 IDE SMUR 1 agent d'accueil 0 AS	3 IDE 0AS
Type de patients accueillis	CCMU 1 et 2 avec quelques erreurs d'orientation du Centre 15	CCMU 1 et 2
Relation avec la médecine de ville	Maison Médicale de Garde assurant la garde le weekend	Intervention des libéraux pour la radiologie car le site est équipé mais il n'y a pas de radiologues hospitaliers
Hôpital autonome ou rattaché à un groupe ?	Rattaché au CH de Cherbourg	Fusionné avec l'hôpital de Lons-le-Saunier (5 sites)
Organisation territoriale des Urgences	Equipe infirmière et médicale commune avec le SAU de Cherbourg, orientation des patients vers les services de Cherbourg	Equipe médicale commune, 1 seul urgentiste à 100% sur le CSNP

FISCHER

Romain

Octobre 2017

Elève Directeur d'Hôpital

Promotion 2017

Optimiser les ressources et transformer l'offre de soins : l'exemple du Centre de Soins Non Programmés

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Ce mémoire se base sur le cas de la mise en place d'un Centre de Soins Non Programmés pour analyser les moyens de gérer les enjeux financiers et de démographie médicale en transformant son offre de soins de proximité.

Ce mémoire met en avant l'importance des analyses territoriales du besoin de santé comme préalable à la transformation des structures hospitalières. Il insiste également sur la nécessité, en matière de régulation des passages aux urgences de construire l'offre en décloisonnant l'hôpital et les soins de ville.

Une modélisation des structures de soins non programmés en remplacement des SAU est réalisée tant sur le point financier que de l'organisation RH et médicale. Celle-ci décrit d'abord le modèle mis en place à Mulhouse et propose ensuite des pistes de réflexion pour l'ajustement de ce modèle et pour l'encadrement au niveau national des Centres de Soins Non Programmés.

Enfin, une ouverture est réalisée sur la structuration des groupes hospitaliers publics et sur la transformation des hôpitaux dits « périphériques » et hôpitaux de proximité apportant une plus-value dans la prise en charge des malades.

Mots clés :

Urgences, Soins Non Programmés, Rapport Grall, Mulhouse, Thann, Territoire, offre de soins

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.