



EHESP

**Inspecteur de l'action sanitaire et
sociale**

Promotion : **Robert Castel (2013-2015)**

Date du Jury : **mars 2015**

Les centres de soins de premier recours en Rhône-Alpes

**De la modélisation d'une alternative aux services d'urgences aux
conditions de déploiement en zones rurales.**

Hugo FAURE-GEORS

Remerciements

Je tiens à remercier mon maître de stage, Antoine Gini, qui a su m'accompagner et me conseiller durant toute cette période de formation.

Je remercie également Angélique Grange pour son accueil et son accompagnement au sein du service premier recours.

Mes remerciements vont également au Dr Depinoy du cabinet Acsantis qui a accepté de travailler conjointement avec moi sur cette thématique.

Ensuite, je remercie l'ensemble des professionnels que nous avons pu rencontrer pour réaliser ce mémoire.

Enfin, je remercie vivement tous les agents du « pôle premier recours et professionnel de santé » de l'ARS Rhône-Alpes pour leur accueil et leur disponibilité durant toute la durée de mon stage.

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Introduction..... | 1 |
| 1 La régulation de l'accès aux soins urgents et non-programmés face à de multiples enjeux..... | 5 |
| 1.1 La prise en charge des soins urgents se caractérise par une allocation inefficace des ressources..... | 5 |
| 1.2. L'organisation du premier recours impacte le recours aux urgences hospitalières.. | 8 |
| 2 Les centres de soins de premier recours en zone rurale, une réponse pertinente aux enjeux de l'accès aux soins non-programmés. | 13 |
| 2.1 Méthodologie de l'enquête de terrain..... | 13 |
| 2.2 La modélisation des centres de soins de premier recours. | 16 |
| 2.3 Les centres de soins de premier recours : un outil qui valorisent les pratiques et les territoires. | 28 |
| 3 Les conditions de déploiement des centres de soins de premier recours en Rhône-Alpes. | 33 |
| 3.1 L'évolution des petits services d'urgences en centre de soins de premier recours nécessite un accompagnement de l'ARS. | 33 |
| 3.2 Les projets de MSP avec petit plateau technique doivent prendre en compte leur territoire avec l'ensemble de ses dimensions. | 41 |
| 3.3 La mise en place des centres de soins de premier recours doit faire l'objet d'une évaluation..... | 46 |
| Conclusion..... | 49 |
| Bibliographie..... | 51 |
| Liste des annexes | I |

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence régionale de santé

CCMU : classification clinique des malades aux urgences

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

DATAR : délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale

FAU : forfait annuel urgence

FIR : fond d'intervention régional

FemasRA : fédération des maisons et pôles de santé en Rhône-Alpes

MSP : maison de santé pluri-professionnelle

NMR : nouveaux modes de rémunération

ONDAM : objectif national de dépenses de l'assurance maladie

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PDSA : permanence des soins ambulatoires

PTS : Pacte territoire santé

PRS : projet régional de santé

SAMU : service d'aide médicale urgente

SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SROS : schéma régional d'organisation des soins

URPS : Union régionale des professionnels de santé

ZUS : zone urbaine sensible

Introduction

Les objectifs du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2015 (PLFSS) présentés le 29 septembre 2014 par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, nous offre un aperçu des grands enjeux du système de santé : « poursuivre le rétablissement des comptes, transformer le système de santé et assurer sa pérennité par la maîtrise des dépenses ou encore améliorer l'efficacité de la dépense des hôpitaux ». Ces grands objectifs doivent ainsi se conjuguer avec des mesures d'économies. A titre d'exemple, le PLFSS 2015 prévoit une économie de 3,2 milliards sur l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) pour atteindre un taux de progression des dépenses de 2,1% à champ constant. Cet effort se répartit entre l'ensemble des secteurs puisque tous les sous-objectifs de l'ONDAM voient leur taux d'évolution diminuer par rapport à 2014. En revanche, le taux de progression de « l'ONDAM soins de ville » est supérieur à celui des établissements de santé dans le but d'accompagner le virage ambulatoire et le renforcement des soins primaires de premier recours¹. Ces deux derniers points sont donc des enjeux importants pour l'évolution du système de santé.

Le cap nous est ici donné, le renforcement des soins primaires et la diminution de l'hospital-centrisme doit permettre une plus grande régulation des dépenses tout en assurant la qualité des soins et des prises en charge. La transformation du système de santé passera donc par une plus grande régulation entre offreurs de soins primaires et offreurs de soins secondaires. Les notions de soins primaires et secondaires sont notamment portées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 1978² comme le modèle le plus efficace pour la construction d'un système de santé. En France, cette approche est plus récente puisqu'elle fait véritablement son apparition légale sous la notion de « premier recours » avec la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires en 2009³. Cette dernière, définit les soins de premier recours comme étant l'ensemble des soins de qualité accessible territorialement, selon des exigences de proximité qui s'apprécient en termes de distance et de temps de parcours⁴.

¹ Dossier de presse du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, PLFSS 2015, 29 septembre 2014.

² Déclaration à l'issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma Ata, le 12 septembre 1978

³ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁴ Article L1411-11 du CSP

Pour les Agences Régionales de Santé (ARS), le champ du premier recours contient donc de forts enjeux comme nous avons pu le constater lors du stage d'exercice professionnels au sein du pôle « premier recours et professionnels de santé » de l'ARS Rhône-Alpes. Les deux principaux axes de travail engagés par ce pôle concernaient l'accès aux soins de proximité à travers la diminution des déserts médicaux, et la restructuration de l'offre de médecine d'urgence hospitalière⁵ dans le cadre de la maîtrise des dépenses hospitalières. En effet, la région Rhône-Alpes compte de nombreuses zones rurales et montagneuses où la densité médicale est faible, menaçant ainsi l'accès aux soins de premier recours. Concernant le volet hospitalier, on dénombre près de 70 autorisations d'activité de soins urgents sur la région pour une enveloppe globale de 136 millions d'euros, il s'agit donc d'un enjeu financier important.

Un dispositif propre aux zones montagneuses, particulièrement développé en Rhône-Alpes permet de lier ces deux derniers enjeux : les cabinets de montagne avec petit plateau technique. Ces structures disposent d'un plateau d'imagerie permettant de prendre en charge les petites urgences de traumatologie, particulièrement nombreuses l'hiver en station de ski. Ces cabinets évitent donc à la majorité des patients de se rendre dans les services d'urgences de la vallée. L'avantage de ce type de structure est double. D'une part, les usagers disposent d'une offre de soins de proximité dans des zones peu accessibles. D'autre part, la prise en charge des petites urgences par ces cabinets évitent un engorgement des services d'urgences hospitaliers. En conséquence, leur présence dans les stations de ski permet le maintien d'une offre de soins de qualité tout en permettant d'économiser les ressources des services d'urgences. En effet, selon différentes études sur lesquelles nous reviendrons, les services d'urgences prennent majoritairement en charge des pathologies sans gravité, pouvant être traitées à un autre niveau, ouvrant ainsi la réflexion à une meilleure utilisation de ces ressources.

Au regard du potentiel des cabinets de montagne, une réflexion a été lancée au sein de l'ARS Rhône-Alpes sur un déploiement de ce modèle. Il s'agit donc de développer un petit plateau technique au sein de certaines structures du premier recours pour leur permettre de prendre en charge des petites urgences, transformant ainsi ces structures en centre de soins de premier recours. L'objectif de ces centres est d'offrir une meilleure gradation des soins et une meilleure réponse aux demandes de soins non-programmés. A terme, le but est de garantir dans chaque territoire un accès aux soins non-programmés avec un plateau technique. L'enjeu n'est pas de créer de nouvelles structures, mais de s'appuyer sur les structures existantes et des les accompagner pour qu'elles puissent prendre en charge les soins programmés et non-programmés.

⁵ En Rhône-Alpes, la gestion administrative des services d'urgences revient au pôle premier recours.

L'ARS Rhône-Alpes entend donc lancer un appel à projet en 2015 pour développer les centres de soins de premier recours avec petit plateau technique. Ces derniers pourront être portés par trois types de structures qui ont été pré-identifiés par l'ARS :

- Les structures d'exercices regroupés et particulièrement les MSP, très présentes en zone rurale, mais aussi péri-urbaines.
- Les hôpitaux de proximité (ex hôpitaux locaux).
- Les « petits services d'urgences », notamment ceux présentant un faible taux d'hospitalisation. Il s'agit de faire évoluer ces services d'urgences en centre de soins de premier recours qui dépendront des soins de ville et non plus du secteur hospitalier.

Les territoires ruraux sont donc particulièrement concernés pour le déploiement des centres de soins de premiers recours. De plus, ces territoires concentrent certains enjeux (désertification médicale, difficultés d'accès aux soins urgents, et c.) auxquels les centres de soins de premier recours peuvent apporter une réponse. En conséquence, les travaux menés dans ce mémoire porteront uniquement sur les zones rurales, hormis les zones de montagne, ces dernières ayant fait l'objet d'une étude spécifique par l'ARS au regard de leurs spécificités.

Les centres de soins de premier recours en zone rurale entendent donc répondre à plusieurs enjeux. Le premier d'entre eux est la prise en charge des « petites urgences » à la place des services d'urgences hospitaliers. Il s'agit donc de capter tout ou partie du flux de patients des urgences par une structure du premier recours.

Au regard de ces éléments, nous pouvons dès lors nous demander en quoi, et selon quelles modalités, les centres de soins de premier recours représentent une alternative viable aux services d'urgences dans un territoire rural ?

Cette question amène donc la réflexion sur l'organisation des soins primaires et secondaires, et plus globalement à la problématique de la régulation de l'accès aux soins. Toutefois, s'il est vrai que les centres de soins de premier recours constituent un élément participant à la régulation de l'accès aux soins, son champ d'étude est ici trop restreint pour aborder la question de la régulation dans sa globalité. Ainsi, au regard de la question posée dans ce mémoire, nous aborderons les centres de soins de premier recours sous le prisme de leurs caractéristiques et de leurs conditions de déploiement au sein des zones rurales.

Dans le but d'explorer ces différentes dimensions, nous avons travaillé conjointement avec le cabinet d'étude Acsantis, missionné par l'ARS Rhône-Alpes pour modéliser les

centres de soins de premier recours en vue d'un appel à projet. Notre méthodologie d'enquête est basée sur une étude de terrain auprès de structures et d'acteurs pilotes en matière de prise en charge du non-programmé sur la région Rhône-Alpes.

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés aux principaux enjeux qui parcourent le champ du premier recours, notamment au sein des zones rurales. Il apparaît qu'en matière de soins urgents et non-programmés, les enjeux sont multiples, tant sur le plan économique qu'en matière d'accès aux soins (1). Or, il est apparu au cours de l'enquête de terrain que les centres de soins de premier recours présentent dans leur modèle des caractéristiques offrant une réponse pertinente aux enjeux de l'accès aux soins non-programmés (2). Toutefois, dans le but d'exploiter au maximum le potentiel des centres de soins de premier recours, il convient de déterminer les conditions de leur déploiement en Rhône-Alpes (3).

1 La régulation de l'accès aux soins urgents et non-programmés face à de multiples enjeux.

La prise en charge des soins urgents et non-programmés se fait selon deux portes d'entrée que sont les urgences et les médecins généralistes. Les modalités de cette organisation sont aujourd'hui confrontées à de forts enjeux, notamment pour les services d'urgences qui rencontrent de nombreuses difficultés et constituent la principale porte d'entrée pour l'accès aux soins urgents. En effet, la régulation actuelle de la prise en charge des soins urgents conduit à une allocation des ressources inefficientes (1.1), qui est à la fois la cause et la conséquence des difficultés rencontrées par les services d'urgences. Nous verrons que cette mauvaise allocation des ressources qui impacte les services d'urgences hospitaliers trouve ses origines dans l'organisation globale du premier recours (1.2).

1.1 La prise en charge des soins urgents se caractérise par une allocation inefficace des ressources.

Les ressources sont ici de plusieurs ordres, tout d'abord financières mais aussi médicales. On peut constater l'inefficacité de leur allocation à travers l'utilisation des services d'urgences par la population au niveau national (1.1.1) comme au niveau régional (1.1.2).

1.1.1 L'utilisation des services d'urgences par la population est un symptôme de d'une allocation des ressources inefficaces⁶.

On remarque depuis dix ans une augmentation régulière des recours aux services d'urgences. En 2002, on comptait 230 passages pour 1000 habitants pour atteindre 285 passages en 2012⁷. Si l'augmentation de l'activité des urgences est une réalité, il est également intéressant d'étudier les différentes composantes des recours aux services d'urgences.

Premier constat, les deux tiers des patients arrivent aux urgences depuis leur domicile et près de 70 % d'entre eux par leurs propres moyens. De plus, la plupart des patients se rendent aux urgences dans la journée et en début de soirée (avant 20h), un quart des passages seulement a lieu entre 20h et 8h. La venue aux urgences est motivée par un accident dans trois cas sur dix et fait suite à un conseil médical dans un cas sur quatre. Le besoin d'un règlement rapide du problème de santé est souvent évoqué (27%), suivi

⁶ DREES, *Etudes et résultats, urgences*, n°889, juillet 2014

⁷ Données INSEE

par la possibilité d'examens complémentaires (23%) et la proximité géographique (22%). La possibilité de consulter un médecin spécialiste est avancée par 12% des cas. En revanche, la prise en charge en dehors des horaires de travail et la « gratuité » sont rarement indiquées (respectivement 3% et 2%). L'absence du médecin traitant est quant à elle citée par 6% des patients. Le recours aux urgences est plus élevé pour les nourrissons et les personnes âgées de 75 ans ou plus, et conduisent à des prises en charges plus lourdes et plus longues pour cette dernière catégorie de patients.

Globalement, les diagnostics de sortie les plus fréquents correspondent aux motifs de recours les plus fréquemment observés à l'entrée : la traumatologie constitue donc la première cause de venue aux urgences (36% des patients). Après un passage aux urgences, les trois quart des patients rentrent chez eux.

A partir de ces premières données récoltées au niveau national, on remarque que les services d'urgences sont principalement sollicités en journée pour des motifs variés mais sans gravité vitale pour la majorité des cas. Il est donc possible de prendre en charge la majorité des patients se présentant aux urgences à un autre niveau. En Rhône-Alpes, la situation n'est pas si différente, ce qui incite donc à réfléchir à une autre organisation du premier recours dans le but de diminuer le recours aux urgences. C'est tout l'objet des centres de soins de premier recours.

1.1.2 En Rhône-Alpes, l'activité des urgences en constante augmentation⁸ n'est pas justifiée par la gravité des pathologies.

Entre 2002 et 2012, le nombre de passages aux urgences a fortement augmenté en Rhône-Alpes (37%) par rapport à la moyenne nationale (30%), ce qui représente la sixième plus forte évolution régionale du nombre de passages annuels aux urgences. Cette forte augmentation peut s'expliquer par plusieurs facteurs. D'une part, la croissance de la population Rhône-Alpine, d'autre part l'activité touristique à risque (montagne et rivière). En effet, le taux de recours aux urgences a augmenté dans les zones touristiques comme celles limitrophes de la région Auvergne. Ensuite, on remarque un nombre de passages aux urgences plus marqué dans les structures des vallées alpines pendant les périodes touristiques (station de ski l'hiver, et sports de nature l'été).

En Rhône-Alpes, comme au niveau national on observe un recours important aux services d'urgences qui n'est pas toujours justifié par la gravité des pathologies. L'étude conduite par l'agence régionale de santé (ARS) Rhône-Alpes a analysé deux indicateurs pour caractériser cette situation : le taux d'hospitalisation et la classification des

⁸ ARS Rhône-Alpes, *urgences hospitalière en Rhône-Alpes : évolution des activités de 2002 à 2012*, indicateurs n°6, avril 2014

diagnostics de classification clinique des malades aux urgences (CCMU)⁹. De leur analyse, il ressort que 86% des patients sont jugés dans un état clinique stable. La gravité des patients est estimée à partir de l'échelle CCMU allant de 1 à 5. Les états stables sont classifiés CCMU 1 et 2. 21 % des patients n'ont pas d'examen complémentaires (CCMU1) et 65 % des patients ont des actes complémentaires (CCMU 2). Les états instables représentent 13% des patients (12 % de CCMU 3 et 1% de CCMU4). Il convient ici de préciser que la classification clinique des malades aux urgences est remise en cause par la société française de médecine d'urgence pour juger de la gravité des pathologies traitées par les urgences. En effet, il s'agit d'un diagnostic porté à l'issue du passage aux urgences et non du diagnostic à l'entrée des services d'urgences.

A l'issue d'un passage aux urgences, un patient sur cinq est hospitalisé, et tout comme au niveau national, les trois quarts des patients arrivent aux urgences entre 8h et 20h, quel que soit le niveau de gravité.

En Rhône-Alpes, on compte 70 autorisations de médecine d'urgence représentant un coût de 136 millions d'euros pour 1,9 millions de passages, dont 99 millions alloués sous forme de forfait annuel urgence (FAU) et 37 millions d'euros au titre de la rémunération des passages non suivis d'hospitalisation (1.5 millions de passages). Les urgences constituent donc un enjeu substantiel en matière d'allocation de ressources, notamment lorsque la plupart des passages aux urgences ne sont pas justifiés par la gravité de la pathologie et auraient pu être pris en charge par une autre structure.

En plus de l'enjeu financier, la question de l'allocation des ressources médicales est présente. On constate un recours croissant à l'intérim et aux vacataires dans le domaine de la médecine d'urgence avec des établissements publics en difficultés. Une étude conduite en 2012 par le Comité régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé¹⁰ (ONDPS) sur la région Rhône-Alpes nous apporte des précisions. Sur les 67 autorisations d'activités de soins de médecine d'urgence, 8 structures d'urgences ne répondent pas aux conditions techniques de fonctionnement¹¹. Les causes de ce non-respect sont liées à un problème de qualification du personnel médical ou d'un manque de personnel ne permettant pas une permanence médicale, notamment pour les sorties SMUR. L'étude démontre également que 87 postes de médecins urgentistes étaient vacants lors de l'étude, avec une prévision de départ de 51 praticiens en 2013.

⁹ Cf annexe

¹⁰ ONDPS, *Etats de lieux des médecins urgentistes en Rhône-Alpes*, ARS Rhône-Alpes, 2012

¹¹ Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

En conséquence, on observe une réelle fragilité pour les compétences en médecine d'urgence sur la région Rhône-Alpes. Il y a donc un problème d'affectations des ressources. On mobilise d'importantes ressources médicales dans les services d'urgences pour des pathologies qui pourraient être prises à un autre niveau. Se pose dès lors la question de la répartition et de l'organisation territoriale des ressources médicales.

1.2 L'organisation du premier recours impacte le recours aux urgences hospitalières

Le premier recours est par définition la porte d'entrée dans le système de santé. Si ce premier niveau dysfonctionne, le second et le troisième niveau s'en trouve impacté. Il en va de même pour l'accès aux soins urgents. Or, les territoires sont marqués par des inégalités en matière d'accès aux soins de premier recours (1.2.1). La lutte contre ces inégalités se décline au sein d'objectifs nationaux et régionaux qui doivent être conciliés avec un objectif de réduction des coûts (1.2.2). Pour atteindre l'ensemble de ces objectifs, parfois en contradiction, il apparaît nécessaire de travailler sur l'organisation de l'offre de soins de premier recours dans le but d'améliorer la régulation globale de l'accès aux soins.

1.2.1 Des inégalités territoriales fortes pour accéder aux soins de premier recours.

Si on constate une répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire métropolitain, l'accessibilité spatiale aux soins est globalement bonne puisque 95% de la population a physiquement accès à des soins de proximité (soins fournis par les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes et les chirurgiens dentistes libéraux) en moins de quinze minutes et à des soins hospitaliers en moins de quarante cinq minutes. En ce qui concerne les spécialités médicales les difficultés d'accès aux soins sont beaucoup plus variables¹². Toutefois, ces données nationales cachent de grandes disparités au niveau infrarégional. Les zones rurales et les zones urbaines sensibles (ZUS) sont particulièrement concernées par les difficultés d'accès aux soins de premier recours.

Au sein des ZUS, la désertification des professions médicales est prégnante et touche plusieurs professions médicales. Ainsi, l'état de santé perçu des populations vivant dans les ZUS est moins bon que le reste de la population française : les premiers déclarent à 65% être en bonne santé contre 72% pour le reste de la population¹³. Ce différentiel s'explique en partie par l'absence de professionnels dans ces zones et par des facteurs

¹² IRDES, *distance et temps d'accès aux soins en France métropolitaine*, Question d'économie de la santé, n°164, avril 2011.

¹³ Observatoire national des zones urbaines sensibles, rapport 2011, 2011

sociaux, éducatifs et culturels. En effet, dans les zones périurbaines, le manque de professionnels s'ajoute aux difficultés sociales.

Du côté des zones rurales où la densité médicale est faible, 85% des médecins étant installés dans des pôles urbains, les « *effets repoussoirs* » se cumulent : l'éloignement des hôpitaux ou encore la charge de travail importante pour les nouveaux arrivants (liée au manque de médecins) est peu attractive, voire décourageante¹⁴. Ainsi, les zones rurales cumulent l'éloignement des soins de premier recours (pour des consultations programmées et non programmées) et la plupart des soins spécialisés.

Au sein des ZUS et des zones rurales, l'accès aux soins de premier recours n'est donc pas assurée de manière satisfaisante, qu'il s'agisse des soins programmés et non-programmés. Ces difficultés conduisent les patients à s'orienter de fait vers les structures de médecine d'urgence. Selon la Cour des Comptes¹⁵, plus d'un français sur quatre a déclaré être allé aux urgences car il n'a pas réussi à obtenir un rendez-vous chez un professionnel de santé dans des conditions raisonnables de délai et de coût. Ainsi, les services d'urgences sont devenus, pour une part très importante, des services de consultations non-programmées. On retrouve ces éléments dans les conclusions de l'enquête qui a été conduite en Rhône-Alpes puisque 86% des patients aux urgences en Rhône-Alpes sont jugés dans un état clinique stable¹⁶. A ces inégalités territoriales s'ajoutent le problème de la démographie médicale puisque 42% des médecins généralistes ont plus de 55 ans. Le vieillissement des médecins est un phénomène encore plus prégnant dans les zones rurales où peu de jeunes médecins souhaitent s'installer.

Le premier recours est donc un enjeu fondamental en matière d'accès aux soins dans les zones rurales. Si le premier recours est désorganisé, le flux de patients se réoriente vers les structures d'urgences, conduisant à des surcharges dans certains cas. La ligne de premier recours apparaît donc comme essentielle, notamment dans les zones rurales pour l'accès aux soins. Une ligne de premier recours organisée participe fortement à l'efficacité du système de santé en prenant en charge la majeure partie des besoins de la population, tout en orientant les patients en fonction de leurs besoins vers les secondes et troisième ligne de soins. Au sein des zones rurales, les principaux enjeux se concentrent donc sur cette ligne de premier recours qu'il convient de renforcer. L'objectif est double : améliorer à la fois l'accès aux soins et l'efficacité du système.

¹⁴ Institut Montaigne, *accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale*, rapport mai 2013

¹⁵ Cour des Comptes, *les urgences médicales : constat et évolutions récentes*, 2007

¹⁶ ARS Rhône-Alpes, *urgences hospitalière en Rhône-Alpes : évolution des activités de 2002 à 2012*, indicateurs n°6, avril 2014

1.2.2 Les objectifs nationaux et régionaux en termes d'accès aux soins urgents appellent à une réflexion sur l'organisation du premier recours.

Le 13 décembre 2012, la ministre de la santé et des affaires sociales, Marisol Touraine, a lancé le Pacte Territoire santé (PTS). Ce dernier est composé de douze engagements qui seront déclinés par les ARS sur les différents territoires. L'objectif de ce pacte est de répondre à de fort enjeux : faire évoluer les pratiques, structurer l'offre de soins de premier recours pour prendre en compte l'évolution des besoins des patients (avec la montée en charge des pathologies chroniques et le vieillissement de la population), agir sur la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Les douze engagements sont les suivants :

- Un stage de médecine générale pour 100% des étudiants.
- 1500 bourses d'engagement de service public d'ici 2012.
- 200 praticiens territoriaux de médecine générale d'ici 2017.
- Un « référent installation » unique dans chaque région.
- Développer le travail en équipe.
- Rapprocher les maisons de santé des universités.
- Développer la télémédecine.
- Accélérer les transferts de compétences.
- Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici à 2015.
- Permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires
- Adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire.
- Conforter les centres de santé.

L'engagement 12 du Pacte territoire santé (« Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici à 2015 ») nous intéresse particulièrement. En effet, cet objectif fixé par le ministère de la santé implique une réflexion au niveau du premier recours dans les zones les plus reculées. En région Rhône-Alpes, 456 communes sont à plus de trente minutes d'un SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation) soit 3.3% de la population Rhône-Alpine selon des données des populations municipales de 2009 sans prise en compte des flux touristiques. Il est donc nécessaire d'inclure dans la réflexion les particularités des milieux ruraux ou de montagne. Cet objectif invite donc les ARS à réorganiser la prise en charge des urgences dans les milieux isolés, notamment à travers les médecins correspondants du SAMU (service d'aide médicale urgente) mais aussi la prise en charge des « petites urgences » par des structures du premier recours dans les zones isolées, notamment rurales.

Cet objectif national doit également se conjuguer avec les axes de travail du Projet régional de santé (PRS) de l'ARS Rhône-Alpes inclus dans le schéma d'organisation régional d'organisation des soins (SROS). En effet, l'action n°3 du volet urgence de ce dernier vise à diminuer le nombre de consultations non programmées dans les structures des urgences en assurant en amont par les partenaires du premier recours et du médico-social une prise en charge de qualité. Il est également question de conforter les structures de médecine générale avec un plateau technique. La mise en place des centres de soins de premier recours pour prendre en charge une grande partie des urgences rentre donc directement dans cet objectif. En ce qui concerne le volet ambulatoire du SROS, plusieurs axes prioritaires sont en lien direct avec les centres de soins de premier recours. Il s'agit de la réduction des inégalités infrarégionales en matière d'accès aux soins de premier recours pour lutter contre la désertification médicale, ou encore l'amélioration de l'attractivité des métiers du premier recours¹⁷. Nous reviendrons de manière plus précise sur ce dernier point dans la deuxième partie de ce mémoire.

L'ensemble de ces premiers objectifs se conjuguent également avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2015-2018 (CPOM) signé entre l'ARS Rhône-Alpes et le ministère de la santé et des affaires sociales et le plan ONDAM 2015-2017 (objectif national de dépenses de l'assurance maladie) décliné par l'ensemble des ARS.

Le CPOM 2015-2018 se compose de quatre objectifs prioritaires : garantir la qualité et la sécurité des prises en charge coordonnées et adaptées aux besoins des usagers ; faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur les déterminants de la santé ; garantir l'égal accès au système de santé et enfin, maîtriser les dépenses et renforcer la performance médico-économique des acteurs de santé. Le dernier objectif concerne indirectement les centres de soins de premier recours. En effet, un des leviers d'action envisagés est de maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières par les actions de planification sanitaire, dans le cadre des procédures de renouvellement des autorisations de médecines d'urgence. Autrement dit, les structures d'urgence ne justifiant pas d'une performance médico-économique suffisante (taux de CCMU, nombre de passage, et taux d'hospitalisation) devront évoluer vers de nouvelles formes d'organisation telle que les centres de consultations non-programmées lorsque les besoins du territoire le nécessitent ou bien, une fermeture dans certains cas.

Le plan ONDAM prévoit quant à lui dans ses principaux axes le virage ambulatoire des établissements de santé, la pertinence et le bon usage des soins. Les services d'urgences sont donc directement concernés par cet objectif de maîtrise des dépenses de

¹⁷ ARS Rhône-Alpes, Schéma régional d'organisation des soins, novembre 2012.

santé. Les centres de soins de premier recours constituent donc une réponse aux objectifs de maîtrise de dépenses des structures d'urgences.

Le premier recours est donc confronté à différents enjeux. Les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins, accentuées par la désertification médicale dans les ZUS et plus particulièrement dans les zones rurales constituent un des principaux enjeux. Ensuite, vient la question de l'inefficience des ressources allouées aux services d'urgences. En effet, la majeure partie des pathologies prises en charge par les services d'urgences n'ont pas besoin de l'expertise ni du plateau technique des urgences. Leur prise en charge pourrait donc se faire par les acteurs du premier recours comme les médecins généralistes libéraux qui disposent des compétences médicales nécessaires.

Il est donc ici question d'un transfert de ressources en redéployant une partie des ressources des services d'urgences vers la première ligne de soins, moins onéreuse du fait de son mode de fonctionnement et plus adaptée à la prise en charge de certaines « petites urgences » comme les CCMU 1 et 2.

La question du coût est également un enjeu majeur, les objectifs nationaux et régionaux visent une réduction des inégalités territoriales en luttant contre les déserts médicaux et une amélioration de l'accès aux soins urgents tout en visant une réduction de l'enveloppe hospitalière (virage ambulatoire, coût des services d'urgences etc.). Il est donc nécessaire d'avoir une réflexion sur l'organisation globale du premier recours. Un des axes d'actions possibles consiste à diminuer le recours aux urgences hospitalières via un renforcement de la ligne de soins primaires pour permettre une prise en charge des « petites urgences » qui constituent une grande partie du flux de patients des urgences et en favorisent leur surcharge. C'est tout l'intérêt des centres de soins de premier recours.

Dans les zones rurales, particulièrement touchées par la désertification médicale et souvent éloignées des services d'urgences, les centres de soins de premier recours représentent alors une réponse pertinente pour répondre aux différents enjeux évoqués précédemment. C'est l'objet de la seconde partie.

2 Les centres de soins de premier recours en zone rurale, une réponse pertinente aux enjeux de l'accès aux soins non-programmés.

Dans le but de lancer un appel d'offre pour la mise en place de centres de premier recours, l'ARS Rhône-Alpes a réalisé une étude avec le soutien du cabinet d'études Acsantis. Cette étude a donné lieu à un travail de terrain auprès des professionnels et de structures pilotes en matière de prise en charge des urgences ou de modes d'organisations innovants. Dans un premier temps, nous nous attacherons donc à décrire la méthodologie qui a été utilisée pour réaliser l'enquête à l'origine de ce mémoire (2.1). Cette étude de terrain a permis de modéliser les centres de premier recours à partir de trois structures porteuses (2.2). Enfin, nous verrons que les centres de soins de premier recours sont des outils qui valorisent les territoires et la pratique des professionnels. Les avantages des centres de soins de premier recours ne sont donc pas cantonnés à une prise en charge des « petites urgences », mais permettent d'apporter une réponse multidimensionnelle à plusieurs enjeux du premier recours (2.3).

2.1 Méthodologie de l'enquête de terrain.

Le cabinet d'étude Acsantis a été missionné par l'ARS Rhône-Alpes pour réaliser la modélisation des centres de soins de premier recours. La méthodologie de l'enquête et sa réalisation ont été faites de manière conjointe. Dans cette partie, il sera donc question du protocole de l'étude réalisée pour ce mémoire (2.1.1) et des critères à l'origine des territoires et des professionnels sélectionnés pour l'enquête de terrain (2.1.2).

2.1.1 Le protocole de l'étude.

L'ARS Rhône-Alpes a mandaté le cabinet d'étude Acsantis pour réaliser une étude sur la labellisation de centres de soins de premier recours dans le but de mettre en place un cahier des charges pour un appel d'offre. L'étude a donc pour objectif d'aboutir à une modélisation des structures de soins de premier recours avec petit plateau technique, permettant la prise en charge des petites urgences et des soins non-programmés. Notre sujet de mémoire et le travail d'Acsantis étant étroitement liés, il a été convenu de réaliser l'étude de manière conjointe. Elle se compose de deux axes de recherches, avec deux méthodologies différenciées mais complémentaires :

- **Axe 1** : identifier les besoins des maisons de santé pluri-professionnelles en matière d'équipement et de plateau technique pour la prise en charge des petites urgences. Pour réaliser cette étude, un questionnaire a été envoyé à

l'ensemble des maisons de santé pluri-professionnelles via la fédération des maisons et pôles de santé en Rhône-Alpes (FemasRA). Les données ainsi récoltées ont été analysées par le cabinet Acsantis.

- **Axe 2** : identifier les principaux freins/atouts pour l'installation d'un petit plateau technique dans une MSP, étudier les modalités de fonctionnement et le modèle économique à mettre en place pour viabiliser ces structures. Dans le cadre de cet axe de recherche, des entretiens ont été réalisés à l'aide de grilles d'entretiens¹⁸ auprès des professionnels de structures. Pour cela, différents sites ont été sélectionnés en fonction de critères prédéfinis sur lesquels nous reviendrons dans la partie suivante. Les entretiens et les visites des sites ont été réalisés conjointement avec le cabinet Acsantis.

2.1.2 Le choix des professionnels rencontrés et les territoires de l'étude.

Il a été fait le choix dans ce mémoire de travailler sur les zones rurales. Dans le but de recueillir des données représentatives, le choix des territoires et des structures est particulièrement important pour obtenir des résultats exploitables. Les structures concernées par l'étude sont des maisons de santé pluri-professionnelle (MSP), des hôpitaux de proximité, et enfin des anciens services d'urgences transformés en centres de consultations non-programmées (pour étudier leur modalité d'organisation).

Les critères pour retenir les terrains de l'enquête ont été les suivants :

- commune rurale
- commune éloignée d'un service d'urgences (plus de 30 minutes) ou présentant des difficultés pour y accéder.
- commune disposant d'une maison de santé pluri-professionnelle
- les personnels de la MSP doivent présenter une certaine expérience en matière de prise en charge des urgences et de travail au sein d'une MSP
- Un hôpital de proximité doit être présent sur le territoire

En prenant en compte l'ensemble de ces critères, quatre territoires ont été retenus :

- *La commune des Vans et Joyeuse en Ardèche* : ces deux communes disposent d'une MSP avec des équipes impliquées. Ces MSP prennent déjà en charge les petites urgences et les soins non-programmés en routine. La MSP de Joyeuse dispose d'une salle plombée avec pour projet la mise en place d'un petit plateau technique. De plus, les médecins sont des médecins-pompiers qui sont aussi

¹⁸ Cf annexe

des médecins correspondants du SAMU. Ils travaillent déjà de manière étroite avec les hôpitaux de proximité de chacune des communes, les médecins libéraux de la MSP étant également les médecins de l'hôpital.

- *La commune de Saint Symphorien-sur-Coise* dans le Rhône : la MSP est adossée à l'hôpital local de la commune et un projet de coopération est en place. Les équipes des deux structures sont très impliquées dans la coopération. De plus, les médecins de la MSP sont des médecins-pompiers (habitués à prendre en charge les urgences).

La région Rhône-Alpes dispose de deux centres de consultations non-programmées pilotes, ils ont donc été retenus pour l'étude :

- *Le centre de consultations non-programmées pédiatrique de la clinique du Val d'Ouest dans le Rhône.*
- *Le centre de consultations non-programmées de la clinique de Cluses en Haute-Savoie.* Ce dernier est un ancien service d'urgence, il constitue donc un terrain d'étude particulièrement intéressant pour analyser la conversion des petits services d'urgences en centre de consultations non-programmées.

Les exemples de centre de soins de premier recours tels que nous les décrivons ici sont rares. Ainsi, dans le but d'étoffer les données récoltées, le cabinet Acsantis a rencontré le centre de santé de l'hôpital de proximité de Houdan dans le département des Yvelines. Il s'agit d'un centre de santé adossé à l'hôpital et disposant d'un plateau technique. Il prend donc en charge les consultations non-programmées et les petites urgences. Il fonctionne depuis 10 ans, les personnels ont donc du recul et un regard intéressant sur leur activité dans le cadre de ce travail, notamment pour le modèle économique.

La visite de l'ensemble de ces sites a ainsi permis de modéliser un centre de soins de premier recours disposant d'un petit plateau technique adapté à la prise en charge des petites urgences et des consultations non-programmées. Ce modèle s'appuie sur trois structures porteuses pouvant être labelliser centre de soins de premier recours : les MSP, les hôpitaux de proximité et les petits services d'urgences.

2.2 La modélisation des centres de soins de premier recours.

L'enquête de terrain réalisée auprès des professionnels a permis d'identifier un certain nombre de caractéristiques et de modalités de fonctionnement nécessaires pour la mise en place des centres de soins de premier recours avec petit plateau technique. Il s'agit tout d'abord de la typologie des situations cliniques qui pourront être prises en charge par ces structures (2.2.1), niveau d'équipement requis pour la structure et le plateau technique (2.2.2) et enfin des ressources humaines nécessaires à un fonctionnement optimal (2.2.3). L'ensemble de ces caractéristiques se retrouve dans différents modèles présentant des modalités de fonctionnement et de financement différenciées (2.2.4).

2.2.1 Typologie des situations cliniques prises en charges.

L'objectif des centres de soins de premier recours avec un petit plateau technique est de prendre en charge des patients relevant de consultations simples (CCMU 1) ou de consultations avec des actes de diagnostics ou thérapeutiques (CCMU 2). Les CCMU 1 et CCMU 2 correspondent aux états cliniques stables ne nécessitant pas d'hospitalisation urgente, c'est-à-dire des actes nécessitant des traitements antalgiques, pansements, sutures, immobilisations orthopédique etc. Les patients présentant une pathologie de CCMU 3, c'est-à-dire présentant un état pouvant s'aggraver, ne seront qu'une proportion minime du flux de patients se présentant dans un centre de soins de premier recours. Ils seront alors transférés vers un service hospitalier si nécessaire. Une mise en condition des patients pour une orientation directe ou différée vers les urgences hospitalières doit alors pouvoir être effectuée. Ceci implique un personnel compétent et la mise en place de protocole avec le SAMU le plus proche pour la prise en charge de ce genre de patient. Au regard des entretiens réalisés, la petite traumatologie serait un des principaux motifs de prise en charge, nécessitant alors un matériel spécifique dont le plateau technique devra être équipé.

Les centres de soins de premier recours seront portés soit par une maison de santé pluri-professionnelle, un centre de santé, un hôpital de proximité ou un ancien petit service d'urgences hospitalier. Si les structures porteuses sont différentes, impliquant des modalités de fonctionnement également différenciés, les typologies de patients seront les mêmes. Le but étant de décharger les urgences des pathologies de types CCMU 1 et 2.

Toutefois, il est important de souligner certaines spécificités propres au milieu rural en ce qui concerne les flux de patients. En effet, les zones rurales présentent bien souvent une démographie médicale fragile. Les départs à la retraite de médecins généralistes

pourraient alors générer un surplus d'activité face à une offre de soins primaires fragile. De la même manière, les bassins de recrutement de la patientèle seront plus larges en milieu rural que le simple territoire de proximité, dans la mesure où, dans certains lieux reculés, l'offre de soins de premier et second recours apparaît insuffisante. Les usagers des zones rurales, au lieu de se rendre en ville, se rendront alors vers le centre de soins de premier recours pour réaliser des actes complémentaires grâce au plateau technique. Ce besoin peut apparaître que l'on soit dans une situation d'urgence ou non. Ainsi, face aux problématiques d'accès aux soins dans les milieux ruraux, l'organisation de la structure doit être pensée dans sa globalité. Il apparaît important que le centre de soins de premier recours adapte son mode de fonctionnement pour prendre en charge du programmé et du non-programmé de routine. Le plateau technique peut alors être utilisé pour une demande plus large que les urgences seules.

2.2.2 Le niveau d'équipement du plateau technique.

Prendre en charge les patients relevant des soins d'urgence nécessite un plateau technique avec un niveau d'équipement adapté. Cette question est un enjeu central pour la mise en place des centres de soins de premier recours avec petit plateau technique. En effet, l'efficacité médico-économique de ces structures résidera en grande partie dans la bonne définition du niveau d'équipement des plateaux techniques. Il faut estimer le bon niveau pour permettre une prise en charge complète des patients relevant des CCMU 1 et 2, tout en visant un modèle économique optimal pour l'ensemble de la structure.

A travers l'appel d'offre, l'ARS Rhône-Alpes prévoit de financer les futurs centres de soins de premier recours. Dès lors, il convient d'estimer le coût prévisionnel des plateaux techniques. D'où l'importance à travers la modélisation des centres de soins de premiers recours de déterminer les différents niveaux d'équipements qui pourront être financés. Au cours de l'étude, il est apparu des différences significatives entre les différentes structures qui seront amenées à devenir un centre de soins de premier recours avec petit plateau technique. Le contexte géographique et l'historique de la structure sont également des critères à prendre en compte dans la constitution du plateau technique.

Ainsi, il apparaît que les niveaux d'équipements doivent être différenciés en fonction des besoins du territoire. C'est pourquoi nous avons distingué le matériel de base nécessaire aux soins urgents et les niveaux d'équipements en imagerie qui constitueront une des principales différences entre les plateaux techniques.

➤ **Matériel nécessaire aux soins urgents.**

Le tableau ci-dessous propose une liste de matériel pouvant composer un petit plateau technique dans les centres de soins de premier recours.

| | Matériel de base pour tout type d'urgences courantes | Matériel de mise en conditions en cas d'urgences plus graves | Matériel de diagnostic | Equipement complémentaire |
|--|---|---|--|---|
| | Chariot d'urgence Sterilisateur Bouteille d'oxygène Defibrillateur | Ballon d'insuflation (enfant/adulte) Oxymètre de repos Matériel d'intubation Nécessaire à la perfusion | Doppler vasculaire Doppler fœtal Electrocardiogramme Spiromètre Débitmètre Tympanomètre Audiomètre | Matériel d'analyse sanguine Lecteur de glycémie |
| Structures porteuses du plateau technique | MSP Centre de santé Hôpital de proximité Ex-petit service d'urgences | Ex-petit service d'urgences | MSP Centre de santé Hôpital de proximité Ex-petit service d'urgences | MSP Centre de santé Hôpital de proximité Ex-petit service d'urgences |

Tableau 1 matériel pouvant composer un petit plateau technique d'un centre de soins de premier recours.

Nous pouvons voir que le matériel, destiné à la prise en charge des urgences plus graves, est davantage fléché pour les petits services d'urgences qui potentiellement pourront devenir un centre de soins de premier recours. Deux raisons sont à l'origine de cette différenciation. Tout d'abord, les petits services d'urgences disposent déjà de ce matériel du fait de leur activité. Il est donc tout à fait logique qu'ils le conservent lors de leurs transformations en centre de soins de premier recours. De plus, il a été constaté, lors de l'étude de terrain auprès du centre de consultations non-programmées de Cluses (qui lui-même est un ancien petit service d'urgences) que la population identifie toujours le centre comme tel. En conséquence, des urgences «plus graves», type CCMU 3 peuvent toujours se présenter au centre de consultations non-programmées. Il est donc essentiel que le personnel du centre puisse prendre en charge les patients dont l'état peut

s'aggraver, ou dans un état nécessitant dès l'admission des actes d'urgences. Il est donc question ici des premiers soins de mise en condition afin que le patient soit stabilisé dans l'attente d'un transfert par un véhicule SMUR ou des sapeurs-pompiers vers la structure adaptée.

La transformation d'un petit service d'urgences vise donc à assurer des soins quasi-similaires mais dans les conditions d'une structure de premier recours à partir du même plateau technique. De fait, aucun investissement majeur en termes d'équipement n'est à prévoir pour une telle opération. Toutefois, il est toujours possible que des besoins en équipement supplémentaire soient identifiés pour un projet de développement ou de création d'activités face à une demande non-satisfaite de la population. Enfin, d'autres besoins pourraient être identifiés comme la nécessité de renouveler certains équipements. La transformation en centre de soins de premier recours constitue alors une opportunité pour réaliser des investissements.

Il est également important de préciser que certains médecins libéraux exerçant dans une maison de santé pluri-professionnelle et/ou un hôpital local peuvent être des médecins correspondant du SAMU (MCS). Ils disposent donc d'une trousse d'urgences avec le matériel et les médicaments nécessaires. Dans ce cas, certains investissements dans du matériel d'urgences ne seraient pas nécessaires.

➤ ***Le plateau d'imagerie.***

Dans le but de prendre en charge des pathologies de types de CCMU 1 allant jusqu'à CCMU 2, c'est-à-dire la traumatologie et les petites urgences nécessitant un acte complémentaire, il apparaît nécessaire d'ajouter du matériel d'échographie ou de radiologie au petit plateau technique d'un centre de soins de premier recours.

Lors de l'étude de terrain, l'ensemble des structures visitées disposait d'un échographe. Cet appareil n'est pas indispensable mais il permet d'améliorer la prise en charge des patients en affinant des diagnostics de soins urgents. Au sein des différentes structures concernées par l'étude, l'échographe est particulièrement utilisé et permet d'éviter des hospitalisations en levant certains doutes. Il s'agit d'un appareil de plus en plus utilisé, mais son utilisation nécessite un personnel formé, nous reviendrons sur ce point. En revanche, un matériel d'écho doppler apparaît comme indispensable.

L'accès à un plateau de radiologie est souhaitable et utile également pour les soins spécifiques à la traumatologie. Toute structure de soins de premier recours peut dès lors envisager de se doter de matériel d'imagerie. Toutefois, au regard du coût

(investissement, amortissement, et c.) et des contraintes d'utilisation de ce type de matériel (personnel formé, salle plombée), toutes les structures ne pourront pas se doter de ce type d'équipement. Certains critères d'éligibilité peuvent alors être identifiés pour faire le choix des structures qui percevront une aide financière. Ces critères sont donc étroitement liés aux conditions de déploiement d'un plateau technique.

En ce qui concerne un centre de soins porté par un ex-service d'urgences, nous l'avons vu, aucune condition particulière n'est requise car le plateau technique est déjà présent sur le site. Les besoins en imagerie sont en théorie déjà couverts, il n'est pas dans ce cas de figure, question d'un renforcement du plateau technique. Les conditions de déploiement que nous allons développer concernent donc uniquement les maisons et centres de santé ainsi que hôpitaux de proximité. Actuellement, la plupart des MSP et des hôpitaux de proximité en Rhône-Alpes ne sont pas pourvus d'un plateau technique pour prendre en charge des « petites urgences ». De fait, des investissements sont à prévoir.

En ce qui concerne l'échographe, il s'agit d'un investissement intéressant pour la plus-value qu'il apporte aux diagnostics, mais aussi pour sa mobilité et son potentiel de mutualisation. En effet, un échographe est aisément transportable, il peut alors être emmené sur une intervention MCS comme c'est le cas dans les structures de l'étude. De plus, il peut-être mutualisé entre différentes structures, notamment entre une MSP et un hôpital de proximité. D'autant plus qu'en milieu rural les médecins des MSP sont bien souvent les médecins de l'hôpital. Si le centre de santé de premier recours est positionné dans la MSP, l'échographe devra être placé en priorité au sein de la MSP au regard du flux de patient, tout en restant disponible pour les besoins d'examens des patients de l'hôpital de proximité. L'utilisation d'un échographe nécessite la présence d'un personnel formé. En conséquence, la présence d'un échographe au sein d'un plateau technique doit être subordonnée à un engagement ou une entrée en formation car la formation en échographie fait appel à une pratique quotidienne. Il en est de même pour l'écho doppler.

En matière de radiologie, les critères d'éligibilité sont plus complexes car ce type d'équipement est coûteux et nécessite de lourds investissements (salle plombée, contrainte technique, et c.). L'investissement ainsi réalisé doit donc pouvoir justifier d'une certaine performance médico-économique et d'une amélioration de l'offre de soins sur le territoire. Ainsi, un plateau de radiographie pourrait être implémenté de préférence :

- dans les zones où la demande de soins en petite traumatologie est forte. C'est le cas des zones touristiques avec des activités à risque et des pics d'affluence durant certaines périodes de l'année.

- dans les zones fragiles en matière d'offre de soins et éloignées des services d'urgences ou de diagnostic (c'est le cas de certains territoires ruraux), il s'agit alors de penser le projet de plateau technique en fonction des besoins du territoire. L'objectif étant d'apporter une offre de soins en matière de radiologie, le plateau d'imagerie peut donc être utilisé dans le cadre de consultations non-programmées et programmées.
- Si la MSP est située à proximité d'un hôpital de proximité, il est primordial d'avoir une réflexion sur des critères de mutualisation du plateau technique. Nous reviendrons sur ces modalités dans l'avant-dernière partie de ce chapitre.
- Le volume d'activité de la structure et son potentiel de demande de soins de traumatologie doivent être suffisant pour rendre efficient l'investissement.

Il est alors nécessaire de penser d'éventuels liens avec un radiologue (consultations avancées ou télémédecine). Or, ce point peut se relever problématique au regard de la démographie des médecins radiologues au niveau national comme en Rhône-Alpes. Au niveau national, on comptera 5400 radiologues en 2015 contre 8120 en 2011. En ce qui concerne les radiologues libéraux, on constate une moyenne nationale de 9 pour 100 000 habitants avec une répartition inégale sur le territoire (densité de 2 dans la Creuse allant jusqu'à 14 dans les Alpes-Maritimes). Du côté des praticiens hospitaliers, une vacance importante des postes doit être soulignée. Le nombre de postes statutaires vacants en radiologie étant parmi les plus élevés est en augmentation depuis 12 ans¹⁹. En Rhône-Alpes, des difficultés sont également présentes²⁰ avec 7,9 radiologues libéraux pour 100 000 habitants, une densité légèrement plus faible que la moyenne nationale. Des écarts infra régionaux sont également observables, notamment sur les zones de soins de proximité puisque 61.7% de ces zones enregistrent une densité médicale inférieure à la moyenne régionale. Les zones rurales sont particulièrement concernées. En conséquence, la mise en place d'un plateau d'imagerie dans un centre de soins de premier recours doit intégrer cette contrainte. Malgré cela, la télémédecine reste un outil présentant certains avantages pour les centres de soins de premier recours mais la problématique de la démographie des radiologues reste un frein pour son déploiement.

¹⁹ ONDPS, *compte rendu de l'audition des radiologues du 15 février 2015, ministère du travail de l'emploi et de la santé*, 2012.

²⁰ URPS médecin de Rhône-Alpes, *démographie de la médecine spécialisée : les radiologues*, GEOSANTE, 2010, p122.

➤ **Les consommables.**

Le terme de « consommables » regroupe les dispositifs médicaux, médicaments et autres achats nécessaires à la réalisation des soins. Dans le cadre des centres de soins de premier recours prenant en charge des petites urgences, leur consommation risque de croître par rapport à un cabinet de médecine classique.

En effet, dans le cadre de la petite traumatologie même de faible gravité, le volume de consommables est important. On peut prendre l'exemple des fractures, des luxations, des entorses (matériel de plâtrage...), de la petite chirurgie (kits de suture, gants chirurgicaux...), ou encore de la prise en charge de la douleur (analgésique).

Si leur coût unitaire est peu élevé, on peut prévoir une augmentation de leur fréquence de consommation par rapport à un cabinet de médecine classique qui ne prend pas en charge les « petites urgences ». La facture annuelle peut donc être importante et constituer un poste de dépense non-négligeable. L'étude a permis de déterminer un montant qui peut aller jusqu'à 40 euros par patient qu'il faut intégrer au modèle économique des centres de soins de premier recours cette charge liée aux soins n'étant pas facturable aux patients.

2.2.3 Les ressources humaines.

La prise en charge de « petites urgences » de routine va nécessairement impacter le fonctionnement d'une structure de premier recours, nécessitant dans certains cas un renforcement des ressources humaines et ce, à double titre :

- pour assurer la gestion courante administrative, comprenant l'accueil et le tri des patients qui se présentent spontanément, ainsi que la tenue du standard téléphonique, il est nécessaire de prévoir l'embauche d'une secrétaire médicale au sein de l'équipe du centre de soins de premiers recours. C'est déjà le cas dans la plupart des maisons et centres de santé pluri-professionnelles.
- pour assister le médecin dans la réalisation de certains actes qui demandent un travail d'équipe (pose de plâtre, suture, petite chirurgie et c...), notamment au sein des petits services d'urgences avec la présence d'infirmières qui pourront dispenser des soins et venir en aide au médecin. En ce qui concerne, le cas d'un centre de soins de premier recours porté par une maison de santé pluri-professionnelle, on constate la présence de deux médecins ou infirmières sur la structure dans le cadre des soins programmés. Il est donc aisé de faire appel aux personnels présents sur la structure pour une aide ponctuelle sur un patient.

Dans des centres de premier recours portés par un ex petit service d'urgences, le personnel non médical devra à l'inverse être prévu dans le financement et le modèle économique.

Il faut également préciser qu'il est possible de faire appel à du personnel médico-technique, tels les manipulateurs de radiologie, en cas de déploiement d'imagerie spécifique. Ce cas de figure pourrait se présenter dans quelques cas de structures pour offrir une offre de soins dans des zones reculées.

Le dimensionnement de l'équipe soignante (médicale et paramédicale) et administrative (secrétaire) doit se faire en fonction du niveau d'activité et aux horaires d'ouverture. Ce besoin pourra varier au regard de l'emplacement de la structure, notamment celles situées en zone touristique qui peuvent connaître des pics d'activité saisonniers, nécessitant alors la mise en place d'une organisation spécifique. Sur ce dernier point, il n'appartient pas à l'ARS de définir les modalités de cette organisation, mais aux équipes des structures. Toutefois, l'organisation mise en place par l'équipe devra permettre d'assurer la prise en charge des soins non-programmés sur des tranches horaires élargies.

Dans le cadre de la modélisation des centres de soins de premier recours, il est également nécessaire d'anticiper les évolutions futures en termes d'activité. En effet, il est probable d'observer une montée en charge de la demande du fait de la connaissance du dispositif par la population locale. Il apparaît donc opportun de déterminer le dimensionnement des ressources humaines et des subventions qui s'y rattachent en fonction de l'activité de la structure.

2.2.4 Les différents modèles des centres de soins de premier recours.

L'étude réalisée avec le cabinet Acsantis a permis de réaliser deux modèles de centre de soins de premier recours qui correspondent à deux structures porteuses. Un premier modèle porté par les MSP et les hôpitaux de proximité et un second porté par les petits services d'urgences. Toutefois, nous avons fait le choix ici de vous présenter trois modèles : un modèle construit à partir d'un petit service d'urgences, un deuxième à partir d'une MSP et enfin un troisième s'articulant autour des hôpitaux de proximité. Ce dernier modèle présente en effet des spécificités liées aux territoires ruraux qui font écho à un certain nombre d'enjeux, il est donc pertinent d'élaborer un troisième modèle en partant de ces spécificités.

La maison de santé pluri-professionnelle avec petit plateau technique.

Les MSP sont des structures de premier recours adaptées à la mise en place d'un petit plateau technique. Elles disposent d'une équipe pluridisciplinaire apportant une plus-value réelle en termes d'attractivité, de continuité et d'amélioration de la qualité de soins²¹. Une grande majorité d'entre elles sont déjà organisées pour prendre en charge les soins non-programmés. De plus, les médecins généralistes sont dotés des compétences suffisantes, de par leur formation, à la prise en charge des urgences courantes. Toutefois, l'utilisation d'outils plus pointus d'intubation, d'échographie et de radiologie nécessite une formation spécifique au préalable. Dans les zones rurales, un certain nombre de médecins sont également médecins-pompiers et sont habitués aux urgences. En Rhône-Alpes de nombreux médecins ont intégré le dispositif des médecins correspondants du SAMU, et ont donc reçu une formation spécifique aux urgences et le matériel adéquate. Pour toutes ces raisons, les MSP constituent donc un bon choix de structure pour l'apport d'un petit plateau technique au service de la prise en charge des petites urgences, devenant ainsi un centre de soins de premier recours.

➤ *Fonctionnement :*

Le fonctionnement des MSP avec petit plateau technique ne sera pas fondamentalement différent de celles n'en disposant pas. Elles prendront en charge les soins programmés mais devront s'organiser pour prendre également en charge les soins non-programmés. Les périodes d'ouverture sont celles pratiquées en médecine libérale, à savoir une amplitude large (8h-20h en semaine et le samedi matin) qui correspondent aux périodes d'affluence maximum des services d'urgences comme nous l'avons vu dans la première partie de ce mémoire. Bien évidemment, un centre de soins de premier recours est également une structure adaptée pour accueillir une maison médicale de garde qui réunit les praticiens impliqués dans la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Les personnels gardent leur statut de libéraux et les modes de financement qui s'y rattachent. Il est toutefois primordial que la MSP soit constituée en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)²² afin de pouvoir bénéficier des nouveaux modes de rémunérations (NMR)²³ et des dotations que recevront les centres de soins de premier recours au titre de leur activité « d'urgence ». Des dotations de l'ARS

²¹ D.Depinoy, « *Maisons de santé, une urgence citoyenne* », éditions de santé, 2011

²² Les SISA ont été créées par la loi n°2011-940 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires. La SISA est une société civile, elle permet de pouvoir revoir des dotations et de les répartir entre ses membres. Elle permet également d'embaucher des salariés.

²³ Les NMR sont des dotations permettant de financer les temps de coordination et les temps d'éducation thérapeutique.

sont en effet essentielles pour la viabilité des modèles économiques des centres de soins de premier recours.

➤ *Modèle économique :*

Les centres de soins de premier recours disposeront d'un financement mixte composé d'une part d'une rémunération à l'acte et d'autre part d'une dotation de l'ARS venant compenser les surcoûts liés à l'activité non-programmée tels les consommables évoqués précédemment. Lors de la création du centre de soins de premier recours, l'ARS devra également verser des aides à l'investissement afin que la MSP puisse acquérir le plateau technique adéquate (échographe, plateau d'imagerie et c.). De manière générale, les dépenses qui ne sont pas couvertes par la rémunération à l'acte devront faire l'objet d'un accompagnement financier pour pérenniser le modèle économique de la structure.

Le centre de soins de premier recours s'articulant autour d'un hôpital de proximité.

En matière de modélisation théorique, les centres de soins de premier recours s'articulant autour d'un hôpital de proximité sont identiques aux modèles dans la sous-partie précédente. Toutefois, des spécificités en termes d'organisation sont à signaler. En effet, dans le modèle précédent, il s'agissait d'une MSP isolée. Or, à partir du moment où un hôpital de proximité est présent sur un territoire, il est essentiel de penser le centre de soins de premier recours en lien avec lui car de nombreuses formes de mutualisation sont possibles.

- *Dans le cas où une MSP est située dans les locaux d'un hôpital de proximité :* les locaux du plateau technique peuvent être mutualisés avec l'hôpital, tout comme le personnel. On peut imaginer un modèle où des IDE de l'hôpital de proximité viennent en renfort lorsque le centre de soins connaît un pic d'activité. Le plateau technique pourra également servir aux patients de l'hôpital. Quant au financement, on peut imaginer que l'hôpital de proximité finance pour tout ou partie le plateau technique (en imagerie par exemple) et reçoit en contrepartie la rémunération des passages par le plateau d'imagerie. Les lits de médecine pourraient également être utilisés par le centre de soins lorsque l'état du patient le nécessite.
- *Dans le cas où une MSP est à proximité :* Les mutualisations sont du même ordre que dans le cas précédent hormis les locaux et les financements.
- *Dans le cas où l'hôpital de proximité accueille le centre de soins de premier recours :* le centre de soins de premier recours peut tout à fait être porté par un hôpital de proximité. La permanence médicale serait alors assurée par les

médecins libéraux présents sur le territoire qui sont bien souvent les médecins de l'hôpital de proximité.

Sur les territoires ruraux, les hôpitaux de proximité contribuent à structurer l'offre de soins. Ils sont bien implantés et constituent parfois la seule ressource sanitaire dans l'environnement rapproché du patient. En conséquence, les créations de centre de soins de premier recours doivent s'articuler, lorsque c'est possible, avec ces hôpitaux de proximité car les synergies peuvent être importantes. La mutualisation des ressources humaines et techniques ne sont pas négligeables et le plateau technique du centre de soins de premier recours peut bénéficier aux activités hospitalières, notamment lorsque des lits de médecine et de moyen séjour sont présents.

Le centre de soins de premier recours issu d'un petit service d'urgences.

Les services d'urgences hospitaliers concernés par une éventuelle transformation en centre de soins de premier recours sont identifiés par leur très faible taux d'hospitalisation. Un faible taux d'hospitalisation traduit une faible gravité des urgences prises en charges, notamment des patients relevant des CCMU 1 et 2. Le volume d'activité est quant à lui très variable en Rhône-Alpes, allant de 5000 à 25000 passages annuels. Ces services d'urgences peuvent donc devenir des centres de soins non-programmés. La population accueillie sera la même pour un niveau de qualité des soins équivalents, mais seuls les CCMU 1 et 2 seront pris en charge. Les CCMU 3 seront quant à eux stabilisés et mis en condition pour un transport vers un service d'urgence adapté si leur état le nécessite. Un protocole de coopération avec le SAMU est alors nécessaire. Toutefois, les modalités de fonctionnement et de financement évolueront car l'autorisation de médecine de soins d'urgences leur sera supprimée pour passer sous un statut libéral. Ils ne seront donc plus soumis aux mêmes obligations et contraintes.

➤ Fonctionnement :

Au regard de leur historique et de leur rapport avec la population, il serait opportun que ces services ouvrent selon des amplitudes horaires larges avec une fermeture au-delà de 20h, et ce tous les jours y compris les weekends et jours fériés. Etant donné qu'ils perdent leur statut de service d'urgences, ils ne seront plus soumis à une ouverture 24H/24 comme en milieu hospitalier, ce qui offre une plus grande souplesse. Ces centres de soins non-programmés resteront dans les locaux de l'hôpital en relation directe avec leur établissement d'origine.

La pratique médicale des médecins urgentistes sera la même, mais au sein d'une structure juridique différente avec une rémunération à l'activité. En conséquence la

rémunération des médecins urgentistes risque d'évoluer. Il est également possible d'envisager la présence de médecins généralistes ayant reçu une formation aux urgences comme celle suivie par les médecins correspondant du SAMU. La question d'un redéploiement des médecins urgentistes est donc posée, nous reviendrons sur ce point dans la troisième partie.

Il est important de souligner que le plateau technique d'imagerie restera rattaché à la structure hospitalière. Le matériel sera mis à disposition du centre de soins pour les examens et c'est le patient qui paiera son utilisation via l'assurance maladie et sa complémentaire. Il est tout à fait possible de transférer les équipements au centre de soins, mais cela implique un rachat. Il s'agit donc d'un investissement conséquent qu'il est préférable d'éviter lorsque c'est possible. Quant aux locaux, le centre de soins en sera locataire et versera un loyer à l'hôpital.

➤ *Modèle économique :*

Etant donné que le service d'urgences perd son statut de service hospitalier, les financements n'émargeront pas plus sur les enveloppes hospitalières traditionnelles, comme le fond annuel urgences (FAU)²⁴. Les centres de soins non-programmés s'intégreront donc dans l'offre de soins ambulatoires de premier recours avec les modalités tarifaires qui s'y rattachent.

Comme pour les MSP, l'ARS devra compenser les surcoûts qui ne peuvent être couverts par la tarification à l'acte dans le but de pérenniser financièrement ces structures. Une constitution en SISA est donc une structure juridique adaptée, car elle n'empêche pas l'évolution de ce centre de soins non-programmés vers une MSP si le contexte et les équipes médicales le souhaitent. Ce changement de statut juridique n'est pas anodin en termes d'économie potentielle. En effet, dans le cas du centre de soins de premier recours de Cluses, les versements de l'assurance maladie au titre de l'activité d'urgence (FAU et ATU) étaient d'environ 1 000 000 d'euros. L'évolution en centre de soins de premier recours sous la forme d'une structure ambulatoire diminue considérablement les financements versés. Ainsi l'ARS verse désormais 350 000 euros pour couvrir les frais de fonctionnement complétés par une dotation de 100 000 euros des médecins urgentistes, soit une dotation totale de 450 000 euros. Pour une qualité de prise en charge équivalente, la dotation a diminué de 55 %. Il est difficile de prévoir un pourcentage d'économie réalisable en généralisant le modèle des centres de soins de premier recours. Toutefois, les économies réalisées sur l'enveloppe médecine d'urgence de l'assurance maladie seront substantielles. En ce sens, le modèle du centre de soins de premier

²⁴ Le FAU vise à couvrir une partie des charges fixes du service des urgences (personnel et équipement).

recours apporte une réponse à un double enjeu : maintenir un accès aux soins de qualité dans un contexte budgétaire contraint en améliorant l'efficacité du système.

Dans cette modélisation, le centre de soins de premier recours est pensé comme un centre de consultations non-programmées. Or, il est tout à fait possible d'imaginer un modèle où la structure s'organise pour du programmé et du non-programmé en fonction des volumes d'activités. Lors de nos entretiens, cette réflexion était forte au sein des équipes du centre de consultations non-programmé pédiatrique de la clinique du Val d'Ouest. A terme, leur souhait est d'évoluer vers un modèle mixte avec des petites urgences et des prises de rendez-vous pour améliorer la gestion des flux. Une prise de rendez-vous le matin pour une consultation dans l'après-midi par exemple.

L'étude menée en Rhône-Alpes a donc permis de dresser les contours d'une structure que l'on peut définir de la manière suivante : *un centre de soins de premier recours est une structure ambulatoire disposant d'un plateau technique pour la prise en charge des petites urgences de type CCMU 1 et 2. Les centres de soins de premier recours se déclinent en trois catégories correspondant à la structure porteuse :*

- *Les maisons de santé pluri-professionnelles et centres de santé disposant d'un petit plateau technique pour les soins programmés et non-programmés*
- *Les centres de soins s'articulant autour des hôpitaux de proximité*
- *Les centres de consultations non-programmées issu d'un petit service d'urgences.*

En plus de permettre la réalisation d'un modèle, l'étude menée sur le terrain a permis de constater que le modèle du centre de soins de premier recours est un outil aux multiples avantages.

2.3 Les centres de soins de premier recours : un outil qui valorise les pratiques et les territoires.

Lors des différents entretiens menés auprès de professionnels de terrain dans des structures impliquées ou pilotes, nous avons constaté que la création d'une activité de soins de non-programmés avec l'implantation d'un petit plateau technique est génératrice d'effets positifs en matière d'attractivité du territoire pour les professionnels (2.3.1) mais aussi pour le maillage de l'offre de soins, notamment avec les hôpitaux de proximité (2.3.2).

2.3.1 La diversification des pratiques augmente l'attractivité de l'exercice en milieu rural.

Les zones rurales sont particulièrement touchées par la désertification médicale. La lutte contre ce phénomène est un objectif national et un enjeu fort en matière d'accès aux soins. Sur ces territoires les « effets repoussoirs » se cumulent, la lutte contre les déserts médicaux passe donc par une amélioration de l'attractivité de ces territoires et des modes d'exercices qu'on peut y trouver. Une étude de la délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR)²⁵ a permis d'objectiver ces facteurs d'attractivité. Il y a tout d'abord des déterminants prépondérants comme les attaches sur un territoire, la qualité et le cadre de vie, l'existence d'un projet professionnel collectif de qualité sur le territoire et la possibilité d'un emploi pour le conjoint. Ensuite, il y a des déterminants secondaires : la présence de confrères sur le territoire et de professionnels paramédicaux ; la proximité d'équipements et de services d'examens médicaux ou de santé ; l'accompagnement dans les démarches d'installation et enfin l'existence d'infrastructure et de services pour la population. L'ensemble de ces facteurs sont des déterminants de l'attractivité d'un territoire. L'étude a également mis en avant des facteurs secondaires comme le potentiel économique, la proximité d'une grande ville et d'un centre hospitalier. Des facteurs ayant une influence négative sont également soulignés par l'étude : risque de surcharge de travail et d'un isolement professionnel, le coût de l'investissement immobilier et le risque d'une activité trop limitée.

On constate donc les centres de soins de premier recours répondent à aux moins trois attentes des jeunes médecins :

- L'existence d'un projet professionnel collectif
- La présence de confrère et de paramédicaux
- La proximité d'équipement et de services d'examens médicaux

En effet, les centres de soins de premier recours étant des MSP, on y trouve tous les avantages que procure ce mode d'exercice collectif largement décrit dans la littérature (travail de groupe, coordination, amélioration de la qualité des soins et c.). En y ajoutant un plateau technique on permet aux médecins de bénéficier d'équipement et de services d'examens médicaux, constituant ainsi un facteur d'attractivité supplémentaire.

Le plateau technique et la prise en charge de petites urgences nécessitent également un savoir-faire et une technicité de la part des médecins. D'après

« Le fait de prendre en charge des urgences, c'est quelque chose d'attractif pour les jeunes médecins qui pourraient craindre un certain ennui dans les cabinets classiques »

Médecin du centre de consultations non-programmées de la clinique du Val d'Ouest

²⁵ DATAR, *installation des jeunes médecins, comment renforcer l'attractivité des territoires ?*, 2013
Hugo FAURE-GEORS - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

les entretiens réalisés, ces deux critères constituent également un facteur d'attractivité. La pratique de la médecine générale devient plus technique et plus diversifiée, ce qui la rend plus attractive pour des jeunes médecins qui ont une mauvaise image de la pratique de la médecine en milieu rural.

La diversité des pratiques et des actes pratiqués dans un centre de premier recours donne donc une nouvelle dimension à la structure porteuse, qu'elle soit une MSP ou un centre de santé. Cette dimension vient enrichir le métier de médecin généraliste et valorise donc cette spécialité en milieu rural. Si un médecin du centre de soins de premier recours souhaite devenir médecin correspondant du SAMU, le médecin devient alors le véritable relais du SAMU et du service d'urgence de l'hôpital le plus proche. L'ensemble de ces facteurs est également un atout pour attirer des stagiaires dans les zones rurales qui pourront à l'avenir s'installer sur leur ancien lieu de stage.

Les hôpitaux de proximité sont également un facteur d'attractivité à ne pas négliger. Les médecins libéraux étant généralement les médecins de l'hôpital de proximité, leur pratique au quotidien est extrêmement variée car elle s'enrichit d'un exercice en milieu hospitalier et permet de suivre un patient durant la quasi-totalité de son parcours de soins. Si le centre de soins de premier recours et l'hôpital ont mutualisé certains équipements et créé une synergie, cela renforce encore les nombreuses dimensions de la médecine générale lorsqu'elle est exercée dans un centre de soins de premier recours en milieu rural.

Ainsi, la constitution d'un centre de soins de premier recours permet d'approcher l'ensemble des dimensions du métier de médecin généraliste et d'en diversifier la pratique avec la prise en charge de petites urgences. Les centres de soins de premier recours contribuent donc à augmenter l'attractivité des territoires ruraux pour l'exercice de la médecine.

*Je suis médecin urgentiste.
Auparavant je n'avais jamais voulu
travailler dans un cabinet de
médecine générale du fait de la
faible diversité des actes et des
situations. Mais après quelques
jours d'essai dans la MSP des
Vans. J'ai pu constater que ça
n'avait rien à voir avec l'idée que je
me faisais d'un cabinet à la
campagne. Sans cette diversité, je
n'aurai jamais accepté de rejoindre
une MSP »*

Un médecin de la MSP des Vans

2.3.2 Les centres de soins de premier recours, un outil permettant de repositionner les hôpitaux de proximité sur leurs territoires.

Dans le cadre de l'engagement n°11 du pacte territoire santé, la circulaire du 17 juillet 2014 relative au positionnement des hôpitaux de proximité²⁶ demande aux ARS d'évaluer la place des hôpitaux de proximité dans les territoires fragiles ; l'enjeu étant de conforter ces établissements dans les territoires au sein desquels ils jouent un rôle structurant en termes d'accès aux soins de proximité. Cette instruction fait suite au rapport de la cour des comptes sur la loi de financement de la sécurité sociale qui comporte une partie sur les ex-hôpitaux locaux²⁷. La Cour des comptes recommande d'intégrer plus finement les anciens hôpitaux locaux dans l'organisation du parcours de soins et de s'appuyer sur ces établissements pour conforter l'exercice médical libéral. En effet, la place des hôpitaux de proximité est déterminante dans l'offre de soins de premier recours. Ils contribuent à l'offre de soins de premier recours ; ils jouent un rôle structurant dans leur territoire et constituent un point d'attractivité pour les médecins libéraux.

Au-delà de l'activité de médecine, les hôpitaux de proximité ont vocation à développer des liens avec les autres activités de soins comme les soins palliatifs, la psychiatrie, l'hospitalisation à domicile (HAD), des partenariats avec des MSP qu'elles soient dans les murs de l'hôpital de proximité ou non.

Tout comme ces différentes activités, la prise en charge des petites urgences à travers un centre de soins de premier recours permet d'apporter un nouveau rôle à l'hôpital de proximité en lien avec les médecins libéraux et le premier recours. Le cabinet Acsantis a rencontré les équipes de l'hôpital de proximité de Houdan dans le département des Yvelines. Cet établissement, via son centre de santé a développé depuis 2000, initialement avec les médecins généralistes de son territoire, puis aujourd'hui avec des médecins salariés de son centre de santé, des consultations de médecine générale non-programmées (de 9h à 20h en semaine et de 9h à 13h le samedi) prenant en charge les petites urgences de type CCMU 1 et CCMU 2. Ainsi, en lien avec la radiologie de l'établissement et assisté de soignants, ce centre de soins de premier recours reçoit 10 000 passages par an dont un tiers d'urgences : fractures, douleurs thoraciques, sutures....

Cet exemple illustre bien le rôle et les partenariats qui peuvent être mis en place entre un hôpital de proximité et un centre de soins de premier recours. A travers cette activité de soins de proximité urgents, au plus près des patients, les hôpitaux de proximité sont

²⁶ Instruction n°DGOS/R2/R5/2014/222 du 17 juillet 2014 relative au positionnement des hôpitaux de proximité sur leur territoire et aux modalités de financement spécifique des ex-hôpitaux locaux.

²⁷ Cour des comptes, *La sécurité sociale, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2013

repositionnés sur leur territoire. Cette possibilité de centre de soins de premier recours rentre dans le cadre de l'engagement n°11 du pacte territoire santé qui vise à adapter les hôpitaux de proximité.

En Rhône-Alpes, l'hôpital de proximité de Saint Symphorien sur Coise propose une autre possibilité qu'il convient d'explorer. La MSP est située à proximité de l'hôpital, un partenariat développé va donc se créer, avec des possibilités de mutualisation en matériel mais aussi en ressources humaines. Des infirmières pourront venir en renfort dans la MSP lors de pics d'activité et le médecin gériatre de l'établissement pourra être joignable pour donner des avis complémentaires aux médecins généralistes.

De nombreux partenariats sont donc envisageables en matière de premier recours, notamment dans la prise en charge des petites urgences. Ces nouvelles modalités renforcent ainsi la position des hôpitaux de proximité en matière de premier recours et participent à l'attractivité d'un territoire pour les professionnels.

3 Les conditions de déploiement des centres de soins de premier recours en Rhône-Alpes.

La mise en place des centres de soins de premier recours doit faire l'objet d'un accompagnement de la part de l'ARS à travers des aides financières. Un appel à projet permettra aux candidats potentiels de présenter leur projet selon un cahier des charges qu'il est nécessaire d'établir. Il est donc indispensable de cibler les aides financières selon des critères lisibles et évaluables en s'assurant que l'organisation des structures permettra d'offrir une pérennité financière et une véritable qualité des soins. C'est tout l'objet de cette troisième partie. Il s'agit de présenter une série de préconisations élaborées conjointement avec le cabinet d'étude Acsantis, et les conditions nécessaires pour lever les freins qui ont été identifiés pour la mise en place d'un plateau technique. Nous reviendrons dans un premier temps sur les petits services d'urgences pouvant être convertis en centre de soins de premier recours (3.1). Puis, nous nous intéresserons aux MSP et aux hôpitaux de proximité souhaitant prendre part à l'appel à projet (3.2). Il est également important de s'intéresser aux critères d'évaluation de ces structures (3.3) afin de déceler les marges d'amélioration et l'utilité réelle de ces nouvelles structures pour la population.

3.1 L'évolution des petits services d'urgences en centre de soins de premier recours nécessite un accompagnement de l'ARS.

Il est ici question des conditions de déploiement et des paramètres à prendre en compte lors de l'évolution d'un service d'urgences en centre de soins de premier recours. Il convient tout d'abord de déterminer les montants des aides financières nécessaires au fonctionnement du centre de soins (3.1.1) en fonction de son activité. Dans le cadre d'un éventuel déploiement sur l'ensemble de la région, nous avons identifié 11 services d'urgences qui pourraient, au regard de leurs caractéristiques, évoluer vers un centre de soins de premier recours (3.1.2) et bénéficier de financements. L'étude a permis de souligner certains points de vigilance lors d'une telle évolution, notamment en ce qui concerne les compétences de médecine d'urgence en zone rurale (3.1.3), les éventuels protocoles avec le SAMU (3.1.4), l'accès à certains médicaments (3.1.5) et enfin la nécessité de communiquer auprès des usagers et des partenaires (3.1.6).

3.1.1 Le montant des aides financières nécessaires pour le fonctionnement des centres de soins de premier recours issues d'un service d'urgences.

Dans le but d'évaluer le montant que devra engager l'ARS Rhône-Alpes, une modélisation en quatre niveaux a été proposée par le cabinet d'étude d'Acsantis. Chaque niveau correspond à une tranche d'activité, l'amplitude horaire est 8h-22h et ce, 7 jours

sur 7. Le périmètre de financement couvre les principaux besoins identifiés dans la seconde partie du mémoire : ressources humaines, consommables (médicaments et dispositifs médicaux) et matériel de soins d'urgence. En revanche, sont exclus les besoins en équipement d'imagerie car ils sont en théorie déjà présents au sein de la structure hospitalière. Il n'est donc pas nécessaire d'acquérir ce matériel. Les différents niveaux de financement sont résumés dans le tableau suivant :

| | Niveau 1 | Niveau 2 | Niveau 3 | Niveau 4 |
|---|--|---------------------------------------|---|-----------------------------------|
| Tranches d'activité (nombre de passages annuels) | < 10 000 | 10 000 - 15 000 | 15 000-25 000 | > 25 000 |
| Besoin en ressources humaines | 1 médecin en permanence | | 1 médecin en permanence + 1 médecin pour les pics d'activité de journée | 2 médecins en permanence |
| | 1 IDE en permanence Soit 3 ETP | | 1 IDE en permanence + 1 IDE pour les pics d'activité de journée Soit 5 ETP | 2 IDE en permanence soit 6 ETP |
| | - | 1 Secrétaire en permanence soit 2 ETP | | |
| Dotation Ressources humaines (hors personnel médical) | 120 000 € | 180 000 € | 260 000 € | 300 000 € |
| Matériel (hors imagerie) | Même équipement de base quelle que soit la taille de la structure Enveloppe financière comprise entre 10 000 et 25 000 € (en théorie ce matériel est déjà présent dans les services d'urgences, il n'y a donc pas lieu d'investir sauf en cas de renouvellement de matériel vétuste) | | | |
| Consommables (dotation annuelle) | 25 000 € | 40 000 € | 50 000 € | 60 000 € |
| Total | 145 000 € | 220 000 € | 310 000 € | 360 000 € |

Tableau 2 Modélisation en quatre niveaux et coût prévisionnel pour les centres de soins de premier recours issus d'un petit service d'urgences.

3.1.2 En Rhône-Alpes : 11 services d'urgences répondent aux critères pour une éventuelle évolution vers le modèle du centre de soins de premier recours.

Dans le but d'identifier des « petits services d'urgences », deux critères ont été utilisés. D'une part le taux d'hospitalisation qui caractérise la gravité des cas pris en charge. D'autre part le volume d'activité qui permet d'apprécier l'amplitude des besoins en ressources humaines et en consommables. L'application de ces critères sur la région Rhône-Alpes à partir des données SAE²⁸ 2012 a permis d'identifier 11 services d'urgences (5 en zones rurales et 6 en zones urbaines) présentant les caractéristiques adéquates pour une évolution vers un centre de soins de premier recours. Sur la page suivante vous trouverez un tableau présentant l'ensemble de ces structures avec l'estimation de l'aide financière à apporter.

Ainsi, si l'ensemble de ces structures évolue vers un centre de soins de premier recours, l'ARS Rhône-Alpes peut prévoir une enveloppe de 1 345 00 euros par an pour leur fonctionnement. Une régularisation en fonction du niveau de consommables utilisés peut-être effectuée d'une année sur l'autre.

Toutefois, pour les structures en zones rurales, un certain nombre de questions se posent au regard de leur taux d'hospitalisation. En effet, on observe, pour certains cas, un volume d'activité faible mais un taux d'hospitalisation important, ce qui laisse penser que la population a recours à ces structures pour des urgences potentiellement graves. De fait, des compétences d'urgentistes sont alors indispensables pour assurer une prise en charge optimale sans perte de chance pour le patient. Nous reviendrons donc sur ce point dans la sous-partie suivante.

²⁸ Statistique annuelle des établissements de santé

| Etablissements | Nombre de passages annuels (SAE) | Taux d'hospitalisation (SAE) | Temps d'accès au SU le plus proche (en mn) | Niveau de la modélisation | Dotation financière / Ressources humaines (en €) | Dotation financière / Consommables (en €) | Zone rurale/ zone urbaine |
|---|----------------------------------|------------------------------|--|---------------------------|--|---|---------------------------|
| Etablissement 1 | 5529 | 1,7% | 29 | 1 | 120 000 | 25 000 | Zone rurale |
| Etablissement 2 | 7882 | faible | Même commune | 1 | 120 000 | 25 000 | Zone urbaine |
| Etablissement 3 | 9884 | 18,3% | 21,5 | 1 | 120 000 | 25 000 | Zone rurale |
| Etablissement 4 | 12025 | 25,1% | 30 | 2 | 180 000 | 40 000 | Zone rurale |
| Etablissement 5 | 12877 | 9,7% | Même commune | 2 | 180 000 | 40 000 | Zone urbaine |
| Etablissement 6 | 13742 | 11,4% | Même commune | 2 | 180 000 | 40 000 | Zone urbaine |
| Etablissement 7 | 15525 | 5,6% | 7,5 | 3 | 260 000 | 50 000 | Zone urbaine |
| Etablissement 8 | 16997 | 8,2% | 27 | 3 | 260 000 | 50 000 | Zone urbaine |
| Etablissement 9 | 16424 | 1,9% | 15 | 3 | 260 000 | 50 000 | Zone urbaine |
| Etablissement 10 | 16330 | 10,2% | Même commune | 3 | 260 000 | 50 000 | Zone rurale |
| Etablissement 11 | 17418 | 20,0% | 25 | 3 | 260 000 | 50 000 | Zone rurale |
| ESTIMATION TOTALE DE L'AIDE FINANCIERE : 1 345 000 € | | | | | 900 000 | 445 000 | |

Tableau 3: services d'urgences présentant les caractéristiques adéquates pour une évolution en centre de soins de premier recours

3.1.3 Dans les zones rurales, les compétences de la médecine d'urgence doivent être préservées.

Nous pouvons voir sur le tableau de la page précédente que quatre des onze services d'urgences identifiés présentent des taux d'hospitalisation compris entre 2% et 20% avec un volume d'activité compris entre 5000 et 17000 passages annuels. Les caractéristiques de ces services d'urgences présentent donc certaines spécificités qu'il convient de prendre en compte. Les taux d'hospitalisation important s'expliquent en partie par le temps d'accès nécessaire pour atteindre un autre service d'urgences. Ainsi, ces services d'urgences constituent une offre de soins urgents importants sur certains territoires ruraux qu'il convient de préserver pour garantir un accès aux soins sur l'ensemble des territoires.

Toutefois, le maintien d'une autorisation de service d'urgences n'apparaît pas indispensable au regard du volume d'activité. Il est donc possible de transformer certains services d'urgences en centres de soins de premier recours sous certaines conditions. En effet, l'évolution en centres de soins de premier recours ne doit pas s'accompagner d'une perte des compétences à court et long terme en médecine d'urgence au regard du taux d'hospitalisation. Si certains cas graves se présentent, les personnels médicaux du centre de soins de premier recours doivent être en mesure de prendre en charge le patient et de le stabiliser pour un éventuel transfert vers la structure adaptée. En conséquence de quoi, la question du devenir des urgentistes lors du passage en centre de soins de premier recours est un point de vigilance très important. En fonction des besoins de la population, les compétences des urgentistes doivent donc être conservées pour assurer la qualité des soins sans perte de chance pour le patient. Bien évidemment, ces premières données doivent être complétées par une analyse plus précise de la composition des pathologies traitées dans ces services, afin de juger de manière objective la nécessité de conserver des médecins urgentistes.

La question des compétences en médecine d'urgence est un point important car un des intérêts des centres de soins de premier recours est de pouvoir assurer une prise en charge équivalente par des médecins généralistes. Les médecins urgentistes pourraient alors être redéployés dans d'autres services d'urgences où le besoin est important, sans pour autant retirer une offre de soins urgents sur les territoires où se constituent des centres de soins de premier recours. Cependant, les caractéristiques de certains petits services d'urgences en zone rurale nécessitent une approche différente. Ces cas de figures ne permettront pas un redéploiement des ressources médicales, mais les

économies générées par le passage à une structure libérale peuvent constituer un argument suffisant pour évoluer vers un centre de soins de premier recours. Cette évolution nécessite toutefois l'implication des personnels des services d'urgences concernés, car ils deviendront dès lors gestionnaires du centre de soins de premier recours. Un accompagnement doit alors être proposé.

Au sein des zones urbaines, la problématique précédente n'est pas présente. En effet, on peut remarquer sur le tableau 4 que la plupart des petits services d'urgences sont situés à proximité d'un autre service d'urgence. En conséquence, une évolution de ces services en centre de soins de premier recours ne crée pas un déficit d'offre de soins urgents sur ces territoires. Il est donc tout à fait possible de redéployer les compétences de médecines d'urgences vers d'autres services. Les cas les plus graves seront alors orientés vers un autre service d'urgences présent sur le territoire. Quant au centre de soins de premier recours, il pourra être tenu par des médecins généralistes et prendra en charge les pathologies relevant des « petites urgences », autrement dit les CCMU 1 et 2.

3.1.4 Un protocole avec le SAMU concernant l'orientation des patients doit être élaboré.

La mise en place d'un centre de soins de premier recours doit s'accompagner de la mise en place d'un protocole entre le SAMU et le centre de soins. En effet, le SAMU doit être en capacité d'orienter les usagers vers le centre de soins de premier recours pour une régulation optimale et efficiente en fonction des besoins. Ce qui implique de connaître les capacités de prise en charge du centre de soins de premier recours. Ensuite, le centre de soins va prendre en charge certains patients qui auront besoin d'être transféré vers un établissement plus adapté, soit parce que la pathologie ne peut être prise en charge, soit parce que l'état du patient se dégrade après son admission au sein du centre. Dans de tels cas de figure, le SAMU doit être en mesure de fournir un véhicule pour le transfert du patient. Un protocole de coopération pour définir les modalités de cette coopération peut alors être élaboré.

La mise en place d'un protocole avec le SAMU constitue également un point de vigilance. La participation du SAMU à un tel projet représente la garantie d'un système efficient en termes d'orientation et de prise en charge des patients. Or, lors de la rencontre avec l'hôpital de proximité de Houdan, il a été souligné que le SAMU n'était pas ouvert aux activités du centre de soins de premier recours. En effet, selon les personnes interrogées, il y a la crainte d'une concurrence avec les services d'urgences hospitaliers qui sont contraints de réaliser de l'activité. Cette situation entrave dès lors les relations avec le

SAMU. Le projet n'a pas été porté par une volonté politique forte, « *le SAMU n'a donc pas joué le jeu* ».

La participation du SAMU est donc un préalable pour une orientation efficiente des patients. Afin de faciliter cette coopération, un portage politique des centres de soins de premier recours apparaît donc comme un soutien à ne pas négliger pour impliquer l'ensemble des acteurs.

3.1.5 L'accès à certains médicaments réservés aux services d'urgences doit être facilité.

La transformation des petits services d'urgences en centre de soins de premier recours nécessite la suppression de l'autorisation de médecine d'urgence et de faire sortir le centre de soins de premier recours du domaine des établissements hospitaliers publics ou privés. Ce changement de statut juridique provoque alors l'application de nouvelles règles, notamment en matière de prescription médicamenteuse. En effet, certains médicaments utilisés par les services d'urgences rentrent dans les catégories citées dans les articles R 5121-77 à R 2132-96 du code de la santé publique (Médicament réservé à l'usage hospitalier ; Médicament à prescription hospitalière ; Médicament à prescription initiale hospitalière ; Médicament à prescription réservée à certains médecins spécialistes). En conséquence, les centres de soins de premier recours n'auront plus accès à certains médicaments²⁹ qui sont pourtant indispensables à la prise en charge de certaines pathologies, notamment pour la stabilisation du patient avant un éventuel transfert. C'est notamment le cas pour le centre de consultations non-programmées de la clinique de Cluses. Pour faire face à cette situation, lorsque le SAMU vient chercher un patient, il donne à l'équipe du centre de soins le médicament qu'elle vient d'utiliser pour stabiliser le patient afin de conserver un stock constant. Le SAMU couvre ainsi l'utilisation du médicament au cas par cas. Toutefois, ce procédé nécessite un stock de départ et présente un caractère fragile en termes d'approvisionnement comme en matière de sécurité juridique.

En conséquence, l'élaboration d'un protocole avec le SAMU doit inclure la question des médicaments à usage hospitalier, notamment pour les centres des soins de premier recours situé en zone rurale et qui seront amenés à prendre en charge des pathologies de type CCMU 3. A long-terme, la question d'une évolution réglementaire se pose si le modèle des centres de soins de premier recours venait à se généraliser.

²⁹ Voir la liste des médicaments en annexe

3.1.6 L'évolution des petits services d'urgence doit s'accompagner d'une communication auprès des usagers et des partenaires.

L'évolution des petits services d'urgences en centre de soins de premier recours entraîne une évolution des pratiques et des capacités de prise en charge des pathologies au regard du plateau technique. En pratique, il n'y aura pas de changement pour la population ni pour les médecins qui traiteront les mêmes pathologies selon des proportions identiques. Toutefois, le changement de nature juridique exclut la prise en charge de certaines pathologies et la faisabilité de certains actes de soins. Il est donc important de communiquer dans un premier temps auprès des partenaires (pharmaciens, médecins généralistes et c.) dans le but de leur expliquer la nouvelle organisation et les pathologies qui pourront être prises en charge. Dans un second temps, une communication auprès de la population semble opportune. Le but étant de communiquer sur les nouvelles caractéristiques de ces centres de soins de premier recours issus d'un petit service d'urgences. L'objectif étant d'éviter que les usagers s'orientent vers les centres de soins de premier recours avec une pathologie grave.

Synthèse des préconisations sur les centres de soins de premier recours issus de petits services d'urgences :

- Réaliser une évaluation de l'activité des petits services d'urgences au préalable d'une évolution en centre de soins de premier recours.
- Maintenir les médecins urgentistes dans les zones rurales pour les centres de soins de premier recours issus d'un petit service d'urgences présentant des taux d'hospitalisation importants, et si l'évaluation effectuée au préalable le justifie.
- Redéployer à moyen terme les médecins urgentistes sur le territoire si l'activité du centre ne justifie pas leur maintien (le centre de soins pouvant être géré par des médecins généralistes).
- Conditionner l'évolution en centre de soins à l'élaboration d'un protocole avec le SAMU.
- Faciliter l'accès à certains médicaments via le SAMU à court et moyen terme et préconiser une évolution de la réglementation à long-terme.
- Accompagner les médecins urgentistes dans leurs nouvelles pratiques de gestionnaire (outils, formation...).
- Communiquer auprès des partenaires et des usagers sur les nouvelles caractéristiques du centre de soins de premier recours

3.2 Les projets de MSP avec petit plateau technique doivent prendre en compte leur territoire avec l'ensemble de ses dimensions.

Les MSP qui souhaiteront devenir centre de soins de premier recours pourront répondre à l'appel à projet de l'ARS Rhône-Alpes dans le but d'obtenir des financements. Le projet des MSP devra répondre à un cahier des charges. Au cours de l'étude, il est apparu que la viabilité des centres de soins de premier recours dépendra de la bonne définition du plateau technique nécessaire à la population (3.2.1). Il est également important d'inclure la création d'un centre de soins de premier recours dans une logique de territoire, notamment dans les zones rurales. Ce qui implique de prendre en compte les autres acteurs et plus particulièrement les hôpitaux de proximité (3.2.2).

3.2.1 Le financement du plateau technique doit être lié aux besoins de la population et à l'activité de la MSP.

Les financements qui seront accordés à l'issue de l'appel à projet doivent correspondre aux surcoûts et aux investissements nécessaires pour le fonctionnement du centre de soins de premier recours. Dans le but de définir des modèles théoriques pour le financement, les travaux et les entretiens menés avec le cabinet Acsantis ont permis d'élaborer deux modèles théoriques pour les MSP qui souhaiteraient devenir centre de soins de premier recours. Ils sont ici déclinés selon deux niveaux :

- **Niveau A** : Il s'agit de structures accueillant moins de 10 000 patients chaque année. Elles prendront en charge les urgences courantes, ce qui inclut des soins de petite urgence (type CCMU1) et de traumatologie. Ce qui implique un matériel technique de base pour les soins d'urgence, et un recours à des consommables de nature variée pour les effectuer.

En matière de personnel, un médecin minimum sera nécessaire (donc aux moins deux médecins dans la MSP), et une personne pour assurer les tâches administratives (secrétaire médicale). Du renfort de personnel peut-être envisagé lors de pics d'activité.

Dans ce modèle, la dotation couvre le personnel non-médical et les consommables. Pour ces derniers, le cabinet Acsantis préconise une dotation de 20 000 euros maximum par an qui pourra être régularisée d'une année sur l'autre.

En terme d'investissement, un échographe peut-être utile sous réserve que le médecin soit formé ou envisage de le faire.

- **Niveau B** : Il s'agit de structures accueillant entre 10000 et 20000 passages par an. Cette tranche d'activité supérieure se justifie par un territoire de couverture plus important et/ou leur proximité d'un site touristique. Les urgences sont de même nature que le niveau A, le matériel de soins d'urgence est donc similaire. En revanche la part de traumatologie y est plus élevée.

Ce modèle demande de mobiliser deux médecins et deux secrétaires administratives en permanence. La dotation des consommables a été estimée par Acsantis à 45 000 euros maximum par an.

Le plateau d'imagerie pourra être déployé si les conditions présentées dans la partie 2 sont remplies.

Le tableau ci-dessous propose une synthèse des deux niveaux de centre de soins de premier recours et les financements qui s'y rattachent.

| | | Niveau A < 10 000 passages annuels | Financement | Niveau B Entre 10 000 et 20 000 passages annuels | Financement |
|---|------------------------|---|---|---|---------------------|
| Personnel | Personnel médical | 1 médecin en permanence | Paiement à l'acte + majoration MU par l'assurance maladie | 2 médecins en permanence | idem niveau A |
| | Personnel para médical | 1 IDE pour les pics d'activité Paiement à l'acte par l'assurance maladie et/ou financement via protocoles de coopération | | | |
| | Autre personnel | 1 secrétaire en permanence | 2 ETP soit 60 000 € | 2 secrétaires en permanence | 3 ETP soit 120 00 € |
| | Médico-technique | - | | 1 manipulateur radio à mi-temps (éventuellement) | |
| Consommables (dotations annuelles) | | 20 000 € maximum | | 45 000 € maximum | |
| Matériel de soins d'urgences courantes | | Enveloppe financière comprise entre 5 000 et 11 500 € (même équipement quel que soit la taille de la structure) | | | |
| Echographe | | En option Coût d'acquisition de 30 000 € environ | | | |
| Matériel de radiologie | | - | | En option Coût d'acquisition de 80 000 € environ | |

Tableau 4 : tableau issu de l'étude du cabinet Acsantis présentant les caractéristiques et le coût des deux modèles théoriques des centres de soins de premier recours.

Le financement du centre de soins dépendra donc de son niveau d'activité prévisionnelle, lui-même issu des caractéristiques de son territoire. Ces critères sont donc des points de vigilance lors de la constitution des projets et de leur instruction par les services de l'ARS.

Il convient également de prévoir des financements pour la formation en médecine d'urgence de certains médecins. En effet, il est probable que certaines MSP souhaitent répondre à l'appel à projet mais que les médecins ne soient pas formés à l'urgence ou ressentent le besoin d'effectuer une remise à niveau. Dans le but d'encourager les projets pertinents, il est alors possible de financer la formation des médecins volontaires. La formation des Médecins Correspondants du SAMU apparaît pertinente dans le cadre de l'exercice en centre de soins de premier recours.

3.2.2 Les difficultés rencontrées sur les territoires ruraux appellent à une priorisation des financements.

Nous avons vu dans la première partie de ce mémoire que les territoires ruraux cumulent les difficultés en matière d'attractivité et d'offre de soins. Les centres de soins de premier recours peuvent être un outil contribuant à améliorer l'offre de soins tout en renforçant l'attractivité d'une MSP pour les jeunes médecins. L'accès aux soins urgents est également une difficulté supplémentaire pour les populations des zones rurales, notamment lorsque le recours aux services d'urgences nécessite un trajet conséquent. Du côté des zones urbaines, ces difficultés ne se rencontrent pas.

En conséquence, les financements des projets de centres de soins de premier recours peuvent être priorisés vers les territoires ruraux les plus éloignés d'un service d'urgence. Le pacte territoire santé entend rendre accessible les soins urgents à tous en moins de 30 minutes. Les centres de soins de premier recours peuvent donc contribuer à atteindre cet objectif. De plus, les MSP sont des structures adaptées à la mise en place de médecins correspondants du SAMU. La présence de plusieurs médecins au sein de la MSP permettra d'assurer la continuité des soins pendant l'intervention d'un MCS. De plus, n'oublions pas qu'une structure de premier recours prenant en charge certaines urgences constitue un facteur d'attractivité pour des médecins généralistes souhaitant s'investir dans la médecine d'urgence. Ainsi, un centre de soins de premier recours, doté de médecins correspondant du SAMU, améliore l'accès aux soins urgents sur les territoires les plus éloignés des services d'urgences. Les MSP sur les territoires ruraux les plus éloignés peuvent donc être considérées comme prioritaire pour l'attribution des financements.

Il est également important de prendre en compte les zones touristiques. Qu'elles soient situées dans une zone rurale éloignée ou proche d'un service d'urgence. Etant donné les volumes d'activité engendrés par un afflux de touristes, on peut considérer que la mise en place d'un centre de soins de premier recours dans ces zones contribuera fortement à limiter le recours aux services d'urgences hospitaliers. Il s'agit d'un élément non-négligeable dans le désengorgement des services d'urgences lors des pics d'activité générés par les périodes touristiques.

Si une priorisation des projets doit être mise en place, les zones rurales éloignées des services d'urgences et les zones touristiques peuvent donc être considérées comme prioritaire.

3.2.3 Les projets de centre de soins de premier recours doivent inclure les hôpitaux de proximité.

Nous avons vu dans la deuxième partie de ce mémoire que les centres de soins de premier recours peuvent être des outils qui valorisent la pratique de la médecine générale et les territoires. Lorsque le centre de soins et, plus généralement les MSP, s'articulent autour des hôpitaux de proximité, l'attractivité du territoire pour les jeunes médecins ne s'en trouve que renforcée tout comme le positionnement de l'hôpital sur son territoire. Inclure les hôpitaux de proximité dans un projet de centre de soins de premier recours offre donc des possibilités de mutualisation qui ne sont pas négligeables.

En conséquence, les projets communs MSP/hôpital de proximité doivent être valorisés. Il est également important de souligner que le projet d'un centre de soins de premier recours peut également être porté par un hôpital de proximité en collaboration avec des médecins libéraux du même secteur. Cela peut notamment être le cas lorsque les locaux et le plateau technique sont fournis par l'hôpital. Dans le but de couvrir l'ensemble des mutualisations et partenariats possibles, l'appel à projet doit pouvoir être ouvert aux hôpitaux de proximité tout comme aux cliniques pouvant également entrer dans une démarche de partenariat (mutualisation de locaux, de plateau technique...).

Ces possibilités de mutualisation peuvent être à l'origine de synergie entre les professionnels sur un territoire. Elles rentrent donc dans le cadre de l'engagement n°11 du pacte territoire santé qui prévoit « *d'adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire* », sans oublier la circulaire de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) qui vise à conforter les hôpitaux de proximité³⁰. Si ces nouvelles orientations sont en adéquation avec les centres de soins de premier recours, un partenariat entre une MSP et un hôpital

³⁰ Instruction n°DGOS/R2/R5/2014/222 du 17 juillet 2014 relative au positionnement des hôpitaux de proximité sur leur territoire et aux modalités de financement spécifique des ex-hôpitaux locaux.

de proximité, ou un portage par un hôpital seul doit être pensé à travers une stratégie globale de l'établissement au regard des autorisations dont il dispose. Autrement dit, la mise en place d'un plateau technique pour la prise en charge des petites urgences constitue un moment opportun pour revoir la place de l'hôpital de proximité dans le maillage de l'offre de soins sur son territoire. Cela passe par un certain nombre de questionnements, comme la possibilité d'ouvrir ou de réouvrir des lits de médecine³¹. En effet, les lits de médecine permettent d'hospitaliser des patients, telles les personnes âgées, au plus près de leur domicile et de les soigner avec leur médecin référent. On peut donc imaginer le passage d'une personne âgée, pour une petite urgence, au sein du centre de soins premier recours et envisager son transfert vers un lit de médecine de l'hôpital de proximité. Cela permettra d'éviter à la personne âgée le passage par les urgences hospitalières et d'éviter ainsi les conséquences négatives sur leur état de santé. Cette réflexion sur les lits de médecine est d'autant plus vraie en région Rhône-Alpes que cette région a enregistré les plus fortes diminutions de lits de médecines³².

Synthèse des préconisations pour les centres de soins de premier recours issus de MSP et d'hôpitaux de proximité :

- Attribuer des financements en fonction des besoins de la population et de l'activité du centre de soins de premier recours.
- Prioriser les financements sur les zones rurales les plus éloignées d'un service d'urgences hospitalier et les zones touristiques.
- Financer la formation (de type MCS) aux médecins volontaires des MSP qui ne sont pas formés à la prise en charge des urgences.
- Faire des partenariats avec les autres acteurs du territoire, notamment les hôpitaux de proximité, un point de vigilance fort du cahier des charges.
- Ouvrir l'appel à projet aux hôpitaux de proximité et aux cliniques.
- (Ré)ouvrir des lits de médecine dans les hôpitaux de proximité lorsque la création d'un centre de soins de premier recours permet de renforcer cette activité tout en étant en adéquation avec la stratégie de l'établissement et les programmes territoriaux de santé.
- Communiquer auprès des partenaires et des usagers sur les nouvelles caractéristiques du centre de soins de premier recours

³¹ F.Thesmar, D.Depinoy, « Faut-il ré-ouvrir des lits de médecine dans tous les hôpitaux de proximité ? » Finances Hospitalières n°84, octobre 2014, pp 14-15.

³² JB Gervais, *les ex-hôpitaux locaux se métamorphose lentement en EHPAD*, Hospimedia, 9 juillet 2013

3.3 La mise en place des centres de soins de premier recours doit faire l'objet d'une évaluation.

Les centres de soins de premier recours sont des nouveaux dispositifs dans le paysage sanitaire. Les financements publics qu'ils vont percevoir à travers l'appel à projet nécessite la mise en place d'une évaluation avec plusieurs objectifs. Tout d'abord, il s'agit de vérifier si les financements sont utilisés dans le respect du cahier des charges et permettent la réalisation de la mission donnée au centre de soins de premier recours. Il s'agit ensuite d'examiner l'impact de ces centres de soins sur les urgences. Observe-t-on une diminution du recours au service d'urgence hospitalier pour les pathologies de types CCMU 1 et 2 ? L'évaluation comporte donc plusieurs dimensions. Un premier volet relatif aux patients qui sont pris en charge (3.3.1) et un second sur les flux entre premier recours et services d'urgences (3.3.2).

3.3.1 Elaborer un suivi portant sur les patients se présentant au centre de soins de premier recours.

Le cahier des charges des centres de soins de premier recours doit prévoir l'évaluation du dispositif qu'il soit porté par une MSP, un hôpital de proximité ou un ex-service d'urgence. Dans ce but, une série d'indicateurs peut être proposée dans le cahier des charges afin d'analyser la typologie des patients du centre de soins de premier recours. Les indicateurs peuvent porter sur :

- Nombre de patients pris en charge en fonction de certaines tranches horaires (8h-20h ; 20h-22h ; 22h-24h)
- Les pathologies prises en charge selon leur classification (CCMU 1, 2 ou 3).
- Nombre d'actes de diagnostic thérapeutiques et médico-techniques.

Ces deux indicateurs permettent d'obtenir une vision sur le volume d'activité et les pathologies des patients pris en charge. Toutefois, cette première analyse doit être complétée avec des indicateurs sur les flux des patients pour une analyse plus fine.

3.3.2 Analyser les flux des patients entre le premier recours et les services d'urgences hospitaliers.

Analyser ces flux permet de déterminer les impacts de la mise en place des centres de soins de premier recours sur l'activité des urgences hospitalières. Pour cela, nous proposons tout d'abord une série d'indicateurs pour les centres de soins de premier recours :

- Nombre de patients réorientés vers un service d'urgence hospitalier.
- Nombre de patients réorientés via un transfert par transport ambulancier et SMUR.
- Nombre de patients hospitalisés après un passage par le centre de soins de premier recours (cet indicateur concerne les hôpitaux de proximité disposant de lits de médecine et les ex-services d'urgences).

Enfin, une analyse complète nécessite de s'intéresser également à l'activité du service d'urgences hospitalier le plus proche du centre de soins de premier recours. Il s'agit de suivre l'évolution du volume de CCMU 1 et 2 pris en charge suite à l'ouverture du centre de soins de premier recours. Une diminution significative de ces typologies de patients permettrait d'attester de l'impact du centre de soins sur l'activité des services d'urgences.

Toutefois, il est important de souligner que le suivi de ces indicateurs n'est pas évident pour toutes les structures porteuses d'un centre de soins de premier recours. En effet, un ex-service d'urgences dispose d'un système d'information conçue pour la récupération de ces types de données (temps d'attente, CCMU, provenance du patient, actes effectués et c.). Pour les anciens services d'urgences, le suivi des indicateurs précédemment décrit ne posera aucun problème. En revanche, pour les centres de soins de premier recours portés par un hôpital de proximité ou une MSP, la situation est différente. Ils disposent la plupart du temps d'un système d'information conçue pour la pratique de la médecine générale, qui n'est donc pas adaptée pour le suivi des indicateurs proposés. La récupération des données présente donc certaines limites dans le cadre des MSP et des hôpitaux de proximité, ce qui pourrait biaiser l'évaluation. Une évaluation fiable nécessitera donc une implication forte de l'ensemble des personnels et des protocoles rigoureux.

Conclusion

L'objectif de régulation des dépenses de l'assurance maladie confronte le système de santé à de nombreux défis. La prise en charge des soins urgents est particulièrement concernée au regard de l'inefficience des ressources allouées à certains services d'urgences présentant des faibles taux d'hospitalisation. En ce qui concerne le premier recours, les zones rurales doivent faire face à une densité médicale problématique pour l'accès aux soins, qu'ils présentent un caractère urgent ou non.

Les centres de soins de premier recours en zones rurales permettent d'apporter des éléments de réponse à ces différents enjeux. D'une part, ils offrent un accès à des soins urgents et non-programmés, déchargeant de fait les services d'urgences hospitaliers. D'autre part, la présence du plateau technique diversifie les pratiques du médecin généraliste et renforce l'attractivité de la structure auprès des professionnels où le plateau est installé, c'est notamment le cas pour les MSP. De plus, les possibilités de mutualisation avec les autres acteurs du territoire comme les hôpitaux de proximité sont grandes et participent à une logique de territoire. Enfin, ces centres étant des structures du premier recours, les coûts de fonctionnement et de prise en charge sont substantiellement avantageux par rapport à un service d'urgence hospitalier pour une prise en charge des patients équivalente.

Les centres de soins de premier recours apparaissent donc comme une alternative viable aux services d'urgences au sein des zones rurales.

Toutefois, pour assurer cette viabilité à long-terme, le déploiement des centres de soins de premier recours doit être planifié et accompagné par l'ARS. Le développement d'un cahier des charges précis conditionnant l'attribution des financements et les modalités de cet accompagnement constitue ainsi un outil pertinent. La prise en compte des besoins du territoire, de l'offre de soins existante, des partenariats et mutualisation envisagés sont d'autant de critères à prendre en compte pour maximiser le potentiel des centres de soins de premier recours sur un territoire en termes d'efficience et d'attractivité.

Au niveau régional, une généralisation des centres des soins de premier recours pose nécessairement la problématique de son financement. Si à court terme le fond d'intervention régional (FIR) peut supporter cette charge, à long terme, la question d'une fongibilité entre l'enveloppe « médecine d'urgence » gérée par l'assurance maladie et le FIR peut se poser pour pérenniser le fonctionnement de ces centres de soins. Cette fongibilité ne ferait que suivre le transfert des charges du second recours vers le premier recours.

Le centre de soins de premier recours constitue donc un nouveau dispositif permettant d'élargir les possibilités de prises en charge du premier recours au sein des zones rurales. Cette possibilité invite alors à une réflexion plus globale sur l'organisation entre premier et second recours. En effet, l'identification d'une médecine de premier recours s'inscrit dans la perspective d'une généralisation des filières de soins avec une organisation plus verticale du système de santé pour en améliorer la régulation des dépenses. Il serait donc intéressant d'élargir le champ de notre recherche aux zones urbaines dans le but d'étudier les possibilités de déploiement des centres de soins sur l'ensemble des territoires.

Les conséquences d'une telle généralisation impliqueraient dès lors une réflexion globale sur certains services d'urgences hospitaliers qui verraient ainsi leur activité diminuer.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Loi n°2011-940 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Article L1411-11 du Code de la Santé Publique.
- Article R 5121-77 à R 2132-96 du Code de la Santé Publique
- Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, instruction n°DGOS/R2/R5/2014/222 du 17 juillet 2014 relative au positionnement des hôpitaux de proximité sur leur territoire et aux modalités de financement spécifique des ex-hôpitaux locaux.

Ouvrages :

- D.Depinoy, « *Maisons de santé, une urgence citoyenne* », éditions de santé, 2011.
- François Xavier Schweyer, « *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale* », presse de l'EHESP, Rennes, 2010, 415p.
- E.Vigneron, « *Les inégalités de santé dans les territoires français* », Elsevier Masson, 2011.
- A.Morel et D.Tabuteau, « *La santé publique* », Que sais-je, PUF, Paris, 2013, 123p
- A.Jourdain et PH.Brechat (dir), « *La nouvelle planification sanitaire et sociale* », Presse de l'EHESP, Rennes, 2012, 250p.

Articles :

- ARS Rhône-Alpes, *urgences hospitalière en Rhône-Alpes : évolution des activités de 2002 à 2012*, indicateurs n°6, avril 2014.
- PL. Bras, « *Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours* », Les tribunes de la santé, n°30, 2011, pp113-126.
- Y.Bourgueil, « *soins de premier recours, un cadre à remplir, revue du praticien de médecine générale* », vol 23, n°832, 2009, pp810-811
- DREES, « *L'activité des urgences en 2004, une stabilisation du nombre de passages* », Etudes et résultats n°524, aout 2011, 120p
- DREES, « *urgences* », *Etudes et résultats* n°889, juillet 2014.
- F.Thesmar, D.Depinoy, « *Faut-il ré-ouvrir des lits de médecine dans tous les hôpitaux de proximité ?* » Finances Hospitalières n°84, octobre 2014, pp 14-15.
- IRDES, *distance et temps d'accès aux soins en France métropolitaine*, Question d'économie de la santé, n°164, avril 2011.
- JB Gervais, *les ex-hôpitaux locaux se métamorphose lentement en EHPAD*, Hospimedia, 9 juillet 2013.
- L.Hartmann, « *L'accès aux soins de premier recours en Europe* », Revue Française des Affaires Sociales, n°23, 2006, pp121-139.
- White K, Williams TF, Greenberg BG, *The ecology of medical care*, The New England of journal medicine, n°265, 1961, pp885-892.

Rapports et documents institutionnels:

- ARS Rhône-Alpes, Schéma régional d'organisation des soins, novembre 2012.
- Cabinet Acsantis, « *Etude sur les aides à apporter aux cabinets des stations de sports d'hiver avec petit plateau technique* », ARS Rhône-Alpes, Paris, juillet 2014, 46p

- Cour des Comptes, *les urgences médicales : constat et évolutions récentes*, 2007.
- Cour des comptes, *La sécurité sociale, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2013.
- DATAR, *installation des jeunes médecins, comment renforcer l'attractivité des territoires ?*, 2013.
- Dossier de presse du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, PLFSS 2015, 29 septembre 2014.
- Institut Montaigne, *accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale*, rapport mai 2013.
- Inspection Générale des Affaires Sociales, « *Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain* », juillet 2013, 138p
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, « *Le pacte territoire santé* », décembre 2012.
- Observatoire national des zones urbaines sensibles, rapport 2011, 2011.
- ONDPS, *Etats de lieux des médecins urgentistes en Rhône-Alpes*, ARS Rhône-Alpes, 2012.
- ONDPS, *compte rendu de l'audition des radiologues du 15 février 2015, ministère du travail de l'emploi et de la santé*, 2012.
- URPS médecin de Rhône-Alpes, *démographie de la médecine spécialisée : les radiologues*, GEOSANTE, 2010, 122p

Conférence :

- Organisation Mondiale de la Santé, « *Conférence internationale sur les soins de santé primaires* », Alma Ata, le 12 septembre 1978.

Liste des annexes

Annexe 1 : liste des personnes rencontrés

Annexe 2 : Grille d'entretiens

Annexe 3 : Les 7 classes de Classification clinique des malades aux Urgences (CCMU) codifiant l'état du patient.

Annexe 4 : Liste des médicaments ne pouvant être prescrit au sein des centres de soins de premier recours.

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrés

- Deux médecins et une infirmière de la MSP de Vans. Les médecins travaillent également à l'hôpital de proximité.
- L'équipe pluridisciplinaire de la MSP de Joyeuse. Les médecins de la MSP sont également ceux de l'hôpital de proximité.
- Le directeur général de la clinique du Val d'Ouest et deux médecins du centre de consultations non-programmées de la clinique.
- Trois médecins urgentistes du centre de soins de premier recours de Cluses.
- Un médecin de la MSP de Saint Symphorien sur Coise.
- Le directeur de l'hôpital de proximité de Saint Symphorien sur Coise.
- L'équipe médicale du centre de consultations de l'hôpital de proximité de Houdan.

Annexe 2 : Grille d'entretiens

Grille d'entretien pour les centres de soins non-programmés (ex-service d'urgences) :

1. Données d'activité

- Nombre de patients pris en charge au sein du centre de soins
- Temps d'attente moyen
- Durée moyenne de consultation
- Observez-vous des pics d'activité dans l'année (afflux de patients pour les pathologies hivernales, activité touristique,...) ? Avez-vous mis en œuvre une organisation spécifique, pour le cas échéant, les absorber ?
- Part des patients relevant de la CCMU 1 et 2
- Taux d'hospitalisation des patients accueillis au centre de soins
- Origine des patients (domicile, orientation par le médecin traitant, autres) et zone d'attractivité de la structure
- Pensez-vous disposer d'une marge de progression en termes de volume d'activité ? Le cas échéant, faudrait-il renforcer les équipes médicales et paramédicales ? A quelle hauteur ? Y a-t-il un seuil en nombre de passages qui permettrait de déclencher une demande de ressources supplémentaires ?

2. Modalités de fonctionnement

- Statut du centre de soins (rattachement juridique à une structure hospitalière, structure indépendante)
- Avez-vous procédé à des investissements particuliers avant l'ouverture de cette maison médicale ou aimeriez-vous le faire à l'avenir ?
- Avez-vous été amené à vous séparer de certains matériels ?
- Horaires d'ouverture
- Organisation médicale et paramédicale
- Effectifs dédiés :
 - Nombre d'ETP médicaux
 - spécialités des médecins
 - médecins urgentistes
 - y-a-t-il différents niveaux possibles de formation des praticiens ? (niveau d'expertise attendu).
 - Nombre d'ETP paramédicaux (détail par catégorie et grade : IDE, AS, agent administratif ou d'entretien...)
- Nature des contrats (catégorie du personnel relevant du salariat et de l'exercice libéral)
- Faites-vous appel à des médecins des services de la clinique pour des avis complémentaires ?
- La taille de l'équipe est-elle bien ajustée à l'activité ?
- Description précise de l'équipement nécessaire au fonctionnement
 - Plateau technique et matériel disponible

- Fluides médicaux (protoxyde d'azote, ...)
- Quelle forme de mutualisation existe entre le centre de soins et la clinique ?
- Gestion des consommables : celui-ci est-il fourni par la structure ou facturé au patient ?
- Sous-traitez-vous certaines prestations à des structures en ville (laboratoire d'analyse, cabinet de radiologie) ?

3. Financement

- Montant de la dotation de l'ARS et modalités de calcul
 - périmètre des charges couvertes (rémunération de personnel, ...)
 - Estimation du montant de chaque poste de dépenses
- Cette dotation correspond-t-elle à votre besoin de financement ?
- Existence de financement complémentaire
- Quelles charges sont couvertes par la redevance des médecins (frais de structure,..) ?
- Question annexe pour les structures indépendantes adossées à un établissement hospitalier : comment l'établissement refacture les prestations, en cas de mutualisation (plateau technique, mise à disposition de locaux...) ?

4. Offre de santé et environnement

- Quels hôpitaux disposant d'un service d'urgences sont à proximité de votre centre médical ? (temps d'accès moyen depuis Cluses et ses communes voisines)
- La fermeture de votre service des urgences s'est-elle fait ressentir sur l'activité des services d'urgences des hôpitaux alentours?
- Taux moyen de patients transférés vers d'autres hôpitaux
- Travaillez-vous en réseau avec d'autres professionnels de santé libéraux ou des établissements sanitaires (autre que la clinique) ? (lien éventuel avec des maisons de santé pluridisciplinaires environnantes)
- La population est-elle bien informée des modalités de prise en charge que vous proposez au sein de ce centre médical ? Avez-vous des patients qui s'y présentent alors que leur besoin n'a pas de caractère d'urgence ?
- Comment avez-vous communiqué à l'extérieur lors de sa création?

5. Questions plus générales

- Avez-vous rencontré des difficultés lors de la mise en place du centre de soins ? de quel ordre ?

- Le retour de l'équipe terrain est-il positif quant à ce nouveau mode de prise en charge et ses conditions d'exercice ?
- Niveau d'intérêt des médecins (degré d'attractivité de ce type de structure)
- Des difficultés en termes de gestion et d'organisation sont-elles aujourd'hui à noter ? Forces et faiblesses de la structure en place ?
- Avez-vous réfléchi à des pistes pour faire évoluer le modèle actuel ?

Grille d'entretien pour les hôpitaux de proximité :

1. Questions générales

- Comment est né votre projet de mise en œuvre d'un centre de soins non programmés, en collaboration avec la MSP de proximité ? Etait-il déjà dans les esprits au moment de la création de la MSP ?
- A quelle problématique répond-il ? (apporter une réponse aux besoins de la population de proximité, éviter le transfert systématique aux services d'urgences des centres hospitaliers généraux, redynamiser les soins de 1^{er} recours en synergie avec la MSP, gain d'attractivité pour la MSP...)
- Comment caractériseriez-vous la population de votre territoire ? Y a-t-il par ailleurs des besoins non pourvus en termes d'accès aux soins ?
- Quel niveau d'intérêt ont montré les professionnels de la MSP face à la présentation de ce projet ?
- A quel type de patients se destinent les soins non programmés que vous allez proposer ? (petites urgences, traumatologie mineure, ..)
- Quelles difficultés principales rencontrez-vous aujourd'hui dans le montage de ce projet ?
 - Organisation médicale et paramédicale pour couvrir les horaires d'ouverture
 - Incertitudes quant aux modalités de financement
 - Autres...

2. Projet de création du centre de soins non programmés

- Statut du futur centre de soins (indépendant ou géré par l'hôpital local)

Cas de figure : hôpital local, gestionnaire du centre de soins

- Comptez-vous procéder à des investissements particuliers avant l'ouverture de ce centre de soins ?
- Quels horaires d'ouverture vous semblent appropriés ?
- Avez-vous déjà réfléchi à l'organisation médicale et paramédicale et aux moyens humains nécessaires (estimations des ETP médicaux et paramédicaux)
- Y-a-t-il selon vous un pré-requis en termes de formation des praticiens ? (niveau d'expertise attendu)
- Nature des contrats (catégorie du personnel relevant du salariat et de l'exercice libéral)

Cas de figure : hôpital gestionnaire ou non du centre de soins mais qui s'équipe d'un plateau technique

- Le futur plateau technique sera-t-il déployé dans l'un des secteurs de votre hôpital local ou dans les locaux de la MSP ?
- Avez-vous déjà recensé l'équipement nécessaire à l'activité
 - Plateau technique et matériel disponible
 - Fluides médicaux (protoxyde d'azote, ...)
 - Quelle forme de mutualisation existera entre la maison de santé et votre établissement ?
- Disposez-vous déjà d'un petit plateau technique pour les activités de votre établissement ? Par quel type de matériel sera-t-il nécessaire de le compléter en vue de faire fonctionner le centre de soins de 1^{er} recours ?
- Pensez-vous à la sous-traitance de certaines prestations à des structures en ville (laboratoire d'analyse,...) ?
- L'existence de ce plateau technique renforcé va-t-il vous permettre de soutenir le développement de nouvelles activités médicales au sein de votre établissement ? (ex. de l'ouverture possible de lits de médecine)

3. Modalités de financement

Cas de figure où l'hôpital est gestionnaire :

- Avez-vous établi un budget prévisionnel de fonctionnement, intégrant notamment l'enveloppe pouvant relever d'une aide au fonctionnement de l'ARS ?
- Le cas échéant, quel périmètre de charges recouvre cette dotation ?

Question complémentaire : cas de figure où l'hôpital local met à disposition le plateau technique au centre de soins (qui est indépendant) :

- Avez-vous déjà réalisé une estimation du coût prévisionnel d'équipement afin de mettre en service le nouveau plateau technique ?
- Dans la mesure où il pourrait être mutualisé entre l'activité hospitalière et celle du centre médical, comment envisagez-vous le découpage entre ce qui relève d'un financement hospitalier et d'une aide au fonctionnement spécifique de l'ARS ?
- Avez-vous déjà réfléchi aux modalités de refacturation des prestations au centre de soins (plateau technique, mise à disposition de locaux...) ?

4. Offre de santé et environnement

- a. Quels hôpitaux disposant d'un service d'urgences sont à proximité de votre centre médical ? (temps d'accès moyen depuis votre commune)
- b. Travaillez-vous en réseau avec d'autres professionnels de santé libéraux ou des établissements sanitaires ?

- c. Avez-vous déjà pensé à des modalités de partenariat avec le SAMU dont votre territoire dépend ou avec d'autres acteurs? (SDIS par exemple)

Grille d'entretien pour les maisons de santé pluri professionnelles :

1. Questions générales

- Comment est né votre projet de mise en œuvre d'un centre de soins non programmés ? Etait-il déjà dans les esprits au moment de la création de la MSP ?
- A quelle problématique répond-il ? (apporter une réponse aux besoins de la population de proximité, éviter le transfert systématique aux services d'urgences des centres hospitaliers généraux, redynamiser les soins de 1^{er} recours en synergie avec la MSP, gain d'attractivité pour la MSP...)
- Comment caractériseriez-vous la population de votre territoire ? Y a-t-il par ailleurs des besoins non pourvus en termes d'accès aux soins ?
- Quel niveau d'intérêt ont montré les professionnels de la MSP face à la présentation de ce projet ?
- Quelles difficultés principales pouvez-vous rencontrer dans le montage d'un tel projet ?
 - Organisation médicale et paramédicale pour couvrir les horaires d'ouverture
 - Incertitudes quant aux modalités de financement
 - Autres...

2. Projet de création du centre de soins non programmés

- Comptez-vous procéder à des investissements particuliers avant l'ouverture de ce centre de soins ?
- Quels horaires d'ouverture vous semblent appropriés ?
- Avez-vous déjà réfléchi à l'organisation médicale et paramédicale et aux moyens humains nécessaires (estimations des ETP médicaux, paramédicaux ; secrétaire médicale)
- Y-a-t-il selon vous un pré-requis en termes de formation des praticiens ? (niveau d'expertise attendu)
- Nature des contrats (catégorie du personnel relevant du salariat et de l'exercice libéral)
- Avez-vous déjà recensé l'équipement nécessaire à l'activité
 - Plateau technique et matériel disponible
 - Fluides médicaux (protoxyde d'azote, ...)
 - Quelles sont les formes de mutualisation possible entre votre MSP et l'hôpital de proximité ?
- Par quel type de matériel sera-t-il nécessaire pour faire fonctionner le centre de soins de 1^{er} recours ?

- Pensez-vous à la sous-traitance de certaines prestations à des structures en ville (laboratoire d'analyse,...) ?
- L'existence de ce plateau technique renforcé va-t-il vous permettre de soutenir le développement de nouvelles activités médicales au sein de votre structure ?
- Pensez-vous que cela renforce l'attractivité de votre MSP pour d'autres professionnels ?

5. Modalités de financement

- Avez-vous établi un budget prévisionnel de fonctionnement, intégrant notamment l'enveloppe pouvant relever d'une aide au fonctionnement de l'ARS ?
- Le cas échéant, quel périmètre de charges recouvre cette dotation ?
- Avez-vous déjà réalisé une estimation du coût prévisionnel d'équipement afin de mettre en service le nouveau plateau technique ?
- Dans la mesure où il pourrait être mutualisé entre l'activité hospitalière et celle du centre médical, comment envisagez-vous le découpage entre ce qui relève d'un financement hospitalier et d'une aide au fonctionnement spécifique de l'ARS ?
- Avez-vous déjà réfléchi aux modalités de refacturation des prestations au centre de soins (plateau technique, mise à disposition de locaux...) si vous mutualiser certaines activités avec l'hôpital de proximité ?

6. Offre de santé et environnement

- a. Quels hôpitaux disposant d'un service d'urgences sont à proximité de votre centre médical ? (temps d'accès moyen depuis votre commune)
- b. Travaillez-vous en réseau avec d'autres professionnels de santé libéraux ou des établissements sanitaires ?
- c. Avez-vous déjà pensé à des modalités de partenariat avec le SAMU dont votre territoire dépend ou avec d'autres acteurs? (SDIS par exemple)

Annexe 3 : Les 7 classes de Classification clinique des malades aux Urgences (CCMU) codifiant l'état du patient.

- **CCMU P** : Patient présentant/souffrant d'un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée.
- **CCMU 1** : État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple. *Exemple : angine, malaise vagal non symptomatique, plaie sans suture, otite...*
- **CCMU 2** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique (prise de sang, radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (suture, réduction) à réaliser par le SMUR ou un service d'Urgences. *Exemple : hypotension, entorse, plaie simple à suturer, fracture fermée...*
- **CCMU 3** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux Urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital. *Exemple Malaise mal étiqueté, angor, douleur thoracique, respiratoire ou circulatoire, AVC, fracture ouverte...*
- **CCMU 4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiat.
- **CCMU 5** : Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
- **CCMU D** : Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des Urgences. Pas de réanimation entreprise.

Annexe 4 : Liste des médicaments ne pouvant être prescrit au sein des centres de soins de premier recours.

ADRENALINE 5 MG

ADRENALINE 1 MG

AMIODARONE 150 MG /3ML

AUGMENTIN INJECTABLE

BETADINE DERMIQUE

DOPAMINE

EPHÉDRINE

FLUMAZENIL

ISOPTINE 5MG 2ML AMP IV

KETAMINE 250 MG

KRENOSIN 6 MG/2 ML SOL INJ

LOXAPAC 50 MG/2 ML SOLUTION INJECTABLE IM

LOXEN

MÉTALYSE

NORADRÉNALINE

NALOXONE 0,4 MG/ML

NALBUPHINE 20 MG/2ML

PROFÉNID 100 MG/INJECTABLE

PERFALGAN 1G

PERFALGAN PÉDIATRIQUE

TRANXÈNE 20

RIVOTRIL 1 MG/1 ML SOLUTION À DILUER INJECTABLE (IM OU IV)

RISORDAN 10 MG/10 ML

ROCÉPHINE

FAURE-GEORS

Hugo

Mars 2015

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion Robert Castel (2013-2015)

Les centres de soins de premier recours en Rhône-Alpes.

De la modélisation d'une alternative aux services d'urgences aux conditions de déploiement en zones rurales.

Résumé :

Les objectifs d'amélioration de l'efficacité de la dépense hospitalière nécessitent de repenser la prise en charge de certaines pathologies. Les services d'urgences sont particulièrement concernés par cette réflexion au regard des cas pris en charge qui sont en majorité sans gravité.

A ce titre, les centres de soins de premier recours constituent une réponse pertinente aux différents enjeux de l'accès aux soins urgents et non-programmés, notamment en zone rurale. Le centre de soins de premier recours dispose en effet d'un petit plateau technique pour la prise en charge des urgences de faibles gravités (CCMU 1 et CCMU 2). Le centre peut être porté par une maison de santé pluri professionnelle, un centre de santé, un hôpital de proximité ou bien être issu d'un service d'urgence avec peu de passage et présentant un faible taux d'hospitalisation.

Le centre de soins de premier recours représente ainsi une alternative viable aux services d'urgences dans les zones rurales.

Ils apportent une réponse à plusieurs enjeux. Tout d'abord, ils permettent une prise en charge des petites urgences en lieu et place des services d'urgences, améliorant ainsi l'accès aux soins dans les zones rurales à un coût avantageux par rapport au secteur hospitalier, avec une qualité des soins équivalente. De plus, la présence d'un plateau technique et les nombreuses possibilités de mutualisation entre les différents acteurs du territoire améliorent fortement l'attractivité des zones rurales pour les professionnels de santé. Ce qui n'est pas négligeable au regard des problématiques de densité médicale dans ces zones. Toutefois, le déploiement des centres de soins de premier recours nécessite un accompagnement financier de l'ARS Rhône-Alpes, une prise en compte des besoins du territoire ainsi que le développement des partenariats, notamment avec les hôpitaux de proximité.

Les centres de soins de premier recours représentent donc une étape dans la réorganisation plus verticale des relations entre premier et second recours.

Mots clés :

Centre de soins de premier recours, hôpital de proximité, MSP, Service d'urgences, premier recours, modélisation, déploiement, Rhône-Alpes

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.