



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2017 – 2018**

Date du Jury : **octobre 2018**

**La territorialisation des urgences
comme réponse à
la concentration des plateaux techniques**

*L'exemple de la mise en place de centres de consultations et de soins urgents,
en marge de la construction d'un hôpital unique sur le site de Saclay
au lieu des 3 sites MCO actuels*

Aldric EVAIN

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur Guillaume Wasmer, Chef d'établissement et maître de stage, pour m'avoir permis de réaliser mon stage au Groupe Hospitalier Nord-Essonne et pour la confiance qu'il m'a accordé en me confiant l'intérim de la Direction des Affaires Médicales et Générales, et le soin de co-animer la mise en place de l'expérimentation du Centre de consultations et de soins urgents de Longjumeau.

Mes remerciements vont également à Alain Hautefeuille, Chef du pôle Accueil, soins urgents et intensifs (ASUI), et en charge de la mise en œuvre de l'expérimentation du CCSU. L'énergie et les convictions mises au service de ce projet innovant, et les multiples discussions que nous avons pu avoir sur le centre et les perspectives de développement, sont pour beaucoup dans l'aboutissement de ce travail.

Je souhaite également remercier chaleureusement Mélanie Poutrain, Médecin responsable du centre, ainsi que Bruno Faggianelli et Roland Hellio, et plus largement l'ensemble de la communauté médicale du GHNE, pour les échanges qui m'ont permis de murir ma réflexion sur ce sujet en m'apportant leur regard de terrain et leur expérience des urgences et du SMUR.

Merci encore aux partenaires libéraux rencontrés dans le cadre de ce stage et dont la collaboration précieuse a permis de construire un véritable projet ville-hôpital. Et merci à Didier Jaffre et à toute l'équipe de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France pour leur regard bienveillant et facilitateur tout au long de cette expérimentation.

Mes remerciements vont encore à toute l'équipe de direction qui m'a accueilli en son sein avec bienveillance, notamment Anne-Céline Labansat-Bascou et Jérôme Kozlowski avec qui j'ai eu l'occasion de travailler sur ce projet, et à tous les personnels du Groupe Hospitalier Nord-Essonne avec qui j'ai eu l'occasion de travailler lors de ce stage.

Je remercie Michel Louazel pour son aide dans la construction de ce travail.

Sommaire

Introduction	1
1.1 Un système de santé en pleine évolution.....	1
1.2 La prise en charge des urgences au bord de la rupture	2
1.2.1 Une attractivité multifactorielle des services d'urgence	3
1.2.2 Une augmentation tendancielle non soutenable du volume de passages aux urgences.....	4
1.2.3 Une réponse innovante et spontanée : le développement protéiforme de centres de soins non programmés	6
1.3 L'offre de soins en Ile-de-France : entre abondance des structures et pénurie de moyens.....	7
1.3.1 Les établissements périphériques confrontés au défi de l'attractivité	7
1.3.2 Un été sous tension, cristallisant des tensions de fond	8
1 D'un projet de nouvel hôpital à la territorialisation de l'offre d'urgence au moyen de centres de consultations et de soins urgents	10
1.1 L'exemple du Nord-Essonne : 3 centres hospitaliers vieillissants et soumis à une concurrence sans équivalent	10
1.1.1 Longjumeau, Juvisy, Orsay : 3 centres hospitaliers dans un rayon de 15km	10
1.1.2 Une offre inadaptée : entre concurrence de l'APHP au Nord et du CHSF au Sud	11
1.1.3 Des hôpitaux menacés de fermeture et qui ont connu plusieurs projets de rénovation avortés.....	12
1.2 Le dossier COPERMO : un projet ambitieux d'un hôpital de pointe sur le Plateau de Saclay.....	12
1.2.1 Un projet de nouvel hôpital sur le Plateau de Saclay	13
1.2.2 Un dossier porté dans le cadre du COPERMO	14
1.2.3 Le défi du maintien d'une offre de proximité après la fermeture de 3 centres hospitaliers.....	16
1.3 L'émergence du concept de 'Centre de consultations et de soins urgents' pour maintenir une prise en charge de proximité	17
1.3.1 La création de centres de soins non programmés et d'urgence pour pallier la fermeture des sites hospitaliers de proximité.....	17
1.3.2 Des structures hybrides qui doivent permettre d'absorber une part de l'activité d'urgence des sites actuels	18

1.3.3	Une organisation innovante entre la ville et l'hôpital : le défi de concilier deux cultures.....	20
1.3.4	L'expérimentation d'un premier CCSU à Longjumeau, en décembre 2017...	20
1.3.5	Un bilan intermédiaire encourageant.....	22
2	De l'idée à la réalisation : le défi du changement.....	25
2.1	Un modèle économique à construire	25
2.1.1	L'inadaptation des modèles de financement actuels, de ville comme hospitalier	26
2.1.2	Le manque d'intérêt à agir des établissements publics de santé pour repenser la prise en charges des urgences	27
2.1.3	Un modèle financier à construire pour assurer une viabilité à moindre coût pour le régulateur	29
2.2	Un carcan juridique peu propice à l'innovation	31
2.2.1	Un cadre d'emploi binaire libéral ou salarié, peu attractif.....	31
2.2.2	La nécessité d'imaginer une rémunération innovante, attractive et équitable	32
2.2.3	La pertinence du développement de l'exercice à temps partagé	33
2.3	Une taille critique à géométrie variable, dépendante du territoire et des besoins locaux : 3 sites, 3 contextes, 3 modèles.....	34
2.3.1	L'expérimentation de Longjumeau : une première étape en contiguïté d'un SAU et d'un SMUR.....	34
2.3.2	L'exemple de Juvisy : la nécessité de l'intégration de cabinets de consultations avancées pour pallier la fermeture progressive du site	36
2.3.3	Le cas singulier de Sainte-Geneviève-Des-Bois : un troisième CCSU davantage tourné vers la ville et dépourvu de base SMUR.....	37
3	De l'expérimentation à la reproductibilité : un modèle à stabiliser et à conforter dans le cadre d'un travail avec la tutelle.....	39
3.1	Le défi d'une conciliation d'intérêts divergents : acteurs libéraux, hospitaliers et structures privées.....	39
3.1.1	Lever la réticence des acteurs libéraux	40
3.1.2	Limiter les superpositions avec la permanence des soins ambulatoires	40
3.1.3	Renforcer les liens ville- hôpital par l'intégration de la MMG au sein du centre.	41
3.2	La pédagogie à déployer auprès de la population pour optimiser la gradation des soins	42
3.2.1	L'enjeu de conviction de la population	42
3.2.2	L'enjeu d'éducation de la population.....	43

3.2.3	L'enjeu de régulation des passages	44
3.3	La nécessité d'un cadre juridique modulable et adaptable aux enjeux locaux..	45
3.3.1	L'adaptabilité de la taille et de l'organisation, corollaire de la diversité des territoires.....	45
3.3.2	La modularité du cadre juridique, condition nécessaire à la diversité des porteurs de projets	46
Conclusion		47
Bibliographie.....		50
Liste des annexes		I
	ANNEXE I - Liste des personnes rencontrées dans le cadre du mémoire.....	II
	ANNEXE II. Courrier de la Ministre apportant son soutien au projet de Saclay.....	III
	ANNEXE III. Extraits de la présentation du projet de Saclay au Comité territorial des élus locaux du 22 juin 2018.....	IV

Liste des sigles utilisés

AMLVY : Association des Médecins Libéraux de la Vallée de l'Yvette
AMUF : Association des Médecins Urgentistes de France
APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
ATU : Forfait d'Accueil et de Traitement des Urgences
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CCSU : Centre de Consultations et de Soins Urgents
COPERMO : Comité interministériel de performance et de modernisation de l'offre de soins
CSNP : Centre de Soins Non Programmés
CTEL : Comité Territorial des Élus Locaux
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, Ministères de Solidarités et de la Santé
ECG : Électrocardiogramme
FAME : Fédération des Associations de Médecins de l'Essonne
FAU : Forfait Annuel des Urgences
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHNE : Groupe Hospitalier Nord-Essonne
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation
IDE : Infirmière Diplômée d'État
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MMG : Maison Médicale de Garde
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelles
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OIN : Opération d'Intérêt National
PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires
PHARE : Programme pour la Performance hospitalière pour des achats responsables
PTD : Programme Technique Détaillé
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Méthodologie

Ce mémoire rend compte d'un travail mené au cours du stage hospitalier, en tant que coréférent du projet de Centre de consultations et de soins urgents (CCSU) – en lien avec le Chef du pôle Accueil, soins urgents et intensifs – et directeur par intérim des affaires médicales.

Le contexte du projet de construction d'un nouvel établissement sur le Plateau de Saclay à l'horizon 2024, et la fermeture à venir des 3 sites actuels du Groupement à Longjumeau, Juvisy et Orsay, a amené à l'équipe de direction à proposer un modèle innovant de centres de consultations et de soins urgents. Ces structures d'urgence de proximité font écho à plusieurs publications et rapports récents qui ont fait l'objet d'une analyse et ont accompagné la réflexion autour du projet.

Par ailleurs, ces analyses sont alimentées et enrichies par de nombreux échanges, entretiens et réunions¹ menés dans ce cadre professionnel avec les acteurs de terrain (médecins hospitaliers, médecins libéraux, acteurs de la permanence des soins ambulatoires, partenaires associatifs, réseaux, association de défense des hôpitaux locaux...) comme avec la tutelle (Agence régionale de santé – siège et délégation départementale – et Direction Générale de l'Offre de soins).

Ces échanges professionnels sont mis à profit dans ce document et complétés lorsque cela a été nécessaire par des entretiens plus ciblés pour approfondir des points de débat lorsque cela était nécessaire, ainsi que par la lecture et l'analyse des rapports connexes à ce sujet.

Le mémoire présenté ici cherche donc à proposer une mise en perspective de la littérature consacrée aux urgences et aux soins non programmés, avec un projet de terrain, mené par le Groupe Hospitalier Nord-Essonne. Il explore les leviers de réussite du projet comme les écueils qui ont pu être rencontrés afin de proposer des pistes de réflexion sur la reproductibilité de la démarche.

¹ Voir Liste des personnes rencontrées en Annexe I du présent document

Introduction

Le système de santé semble amorcer – avec difficulté – une réorganisation disruptive, poussée par plusieurs facteurs concomitants : l'évolution des besoins, l'évolution des moyens, et l'évolution des mœurs et des attentes de la population comme des professionnels de santé. Cette adaptation organisationnelle semble possible ; elle est surtout urgente car les acteurs de santé doivent faire face à une crise majeure, particulièrement prégnante à l'hôpital dans les services d'accueil des urgences, souvent au bord de la rupture.

1.1 Un système de santé en pleine évolution

Le système de santé doit faire face à une double transition épidémiologique et démographique, maintes fois présentée et développée. Épidémiologique d'abord dans la mesure où l'espérance de vie a considérablement progressé voyant régresser voire disparaître certaines maladies aiguës, et se développer de plus en plus de maladies chroniques. Les besoins en termes de prise en charge s'en trouvent considérablement bouleversés. Le modèle « ultra-hospitalier » dont le cadre a été posé par les ordonnances Debré de 1958² n'est plus adapté.

Transition démographique ensuite avec une progression majeure de l'espérance de vie (près de 20 ans entre 1946 et aujourd'hui³) qui s'accompagne d'un vieillissement de la population. Ainsi, en 2005, une personne sur cinq avait plus de 60 ans, en 2035 elles seront une sur trois⁴. Cette transition n'épargne pas la population médicale – elle aussi vieillissante – qui va connaître un pic de départs en retraite important dans les années à venir.

La démographie médicale est encore mise à mal. En 2000, le nombre de médecins par habitants était assez supérieur à la moyenne européenne avec 3,2 médecins pour 1000 habitants, pour une moyenne européenne à 2,9. Mais ce nombre est resté stable alors qu'il a augmenté partout en Europe. Ainsi, la France compte aujourd'hui 3,3 médecins pour 1000 habitants contre 3,6 en moyenne⁵. Plus inquiétant encore, la moitié des médecins français sont âgés de plus de 55 ans et 10% des médecins exerçant en France ont été formés à l'étranger. Mais plus encore que leur nombre, c'est leur répartition qui induit une crise de la démographie médicale. L'Indre, la Mayenne ou la Meuse ne peuvent compter sur plus de 2 médecins pour 1000 habitants ; tandis que les Bouches-du-Rhône en ont plus de 5.

² Voir notamment : Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale

³ Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population

⁴ World Health Organisation, Global Health Risk Report, 2010

⁵ Organisation de Coopération et de Développement Économique, Panorama de la santé 2017, 23 novembre 2017

Des disparités existent encore au sein même d'un département⁶, de même que le nombre de médecins cache parfois de réelles difficultés de recrutement à l'hôpital ou l'absence de praticiens installés en secteur 1.

Parallèlement, le rythme d'innovation technologique et médicale ne cesse de s'accélérer allant parfois jusqu'à interroger la frontière entre « réparer les vivants » et les augmenter. Ces innovations multiples viennent réinterroger nos organisations, soit en les rendant obsolètes, soit en nécessitant la création de structures d'un nouveau genre. Pour ne prendre qu'un exemple parmi une multitude, la télésurveillance rend caducs les services hospitaliers dédiés à la surveillance de patients. Les insuffisants cardiaques peuvent être suivis à distance au moyen d'un boîtier et d'outils connectés. En revanche il devient plus que jamais nécessaire de développer des centres de télésurveillance, de former les professionnels pour y exercer et d'y associer un modèle économique, inexistant à ce jour.

Cette conjoncture conduit à interroger la pertinence de nos organisations et les solutions adaptées à l'avenir, ce qui devrait conduire à limiter autant que possible la tendance historique hospitalo-centrée. C'est toute l'ambition du « virage ambulatoire » amorcé depuis quelques années. Il convient toutefois de s'accorder sur son sens et sa portée, tant ces mots ne renvoient pas à la même notion pour chacun. A l'hôpital, il sera question d'hospitalisation ambulatoire – soit d'une durée inférieure à 12 heures. En ville, le virage ambulatoire appelle de ses vœux un transfert de masse de l'hôpital vers les acteurs de ville voire au domicile des patients. Ces deux mouvements amorcés sont sans doute complémentaires. L'émergence de part et d'autre de « Centres de soins non programmés » – analysés récemment par le rapport Mesnier⁷ – témoigne d'ailleurs de cette convergence.

Ces structures hybrides se veulent justement être une première réponse à cette crise systémique. Car s'il est un secteur que cette crise n'épargne pas, c'est celui des urgences hospitalières, au bord de la rupture et dont il devient pressant de revoir la finalité comme les moyens.

1.2 La prise en charge des urgences au bord de la rupture

La pénurie démographique des médecins libéraux de ville, particulièrement importante dans certains territoires, a conduit certains patients à se tourner systématiquement vers les urgences hospitalières, faute de médecin traitant, ou d'avoir pu obtenir un rendez-vous dans un délai jugé raisonnable. Plus encore, depuis 2002, le code de déontologie médicale a été modifié, si bien que la participation à la permanence des soins ne constitue plus une obligation pour les médecins de ville⁸ qui se sont pour certains détournés de cette implication, reportant de fait le besoin de prise en charge sur l'hôpital aux horaires de la permanence des soins, de 20h à 8h, ainsi que les weekends et jours fériés.

⁶ Cartographie DRESS – ADELI – FINESS – 2010

⁷ « Assurer le premier accès aux soins : Organiser les soins non programmés dans les territoires », Rapport de Thomas Mesnier, Député de Charente, mai 2018

⁸ Article R.4127-77 du code de la santé publique : « *Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* »

1.2.1 Une attractivité multifactorielle des services d'urgence

Un rapport du Sénat publié en 2017⁹ dresse un triple constat :

- un recours aux urgences aux horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ou plus largement dans les périodes ou horaires durant lesquelles la médecine est inaccessible,
- une proportion croissante de patients âgés,
- une difficulté de coordination des acteurs libéraux et hospitaliers sur la prise en charge du 1^{er} recours

Les rapporteurs soulignent ainsi « une modification importante dans le profil et les demandes des patients reçus aux urgences, qui se trouvent de plus en plus souvent dans une quête d'immédiateté (...) ». Cette quête d'immédiateté peut ainsi consister à souhaiter une réponse rapide à leur besoin de santé, que leur médecin traitant ne pourra pas nécessairement leur apporter, a fortiori à l'heure qui leur convient. Il peut aussi s'agir de bénéficier en un même lieu d'un ensemble d'actes et examens qui auraient nécessité en ville plusieurs rendez-vous. Si les services d'accueil des urgences apportent une réponse efficace à ces besoins de soins non programmés, ils ne sont pourtant pas conçus pour cela.

Ce même rapport fait état d'un mea culpa des syndicats de praticiens libéraux qui reconnaissant « un certain « désengagement » des professionnels libéraux quant à la prise en charge des soins non programmés ».

Toutefois, une enquête – certes un peu ancienne – de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de juillet 2010 tempère ce discours souvent relayé par les urgentistes. Le recours aux urgences ne pourrait être résumé à une tentation consumériste pas plus qu'à une solution palliative aux déserts médicaux. « Parmi les 60 % qui déclarent venir pour des motifs d'accessibilité, près de trois patients sur dix évoquent le besoin d'une réponse rapide, et un peu plus de deux sur dix les possibilités d'examen complémentaires et la proximité.

Ce n'est donc pas tant une tentation consumériste que l'immédiateté de la réponse et la proximité qui amènent les patients dans les services d'urgence. Deux critères auxquels la médecine de ville – et le modèle du médecin traitant – ne parvient pas à répondre ».

L'infographie présentée par le rapport sénatorial corrobore d'ailleurs cette analyse :

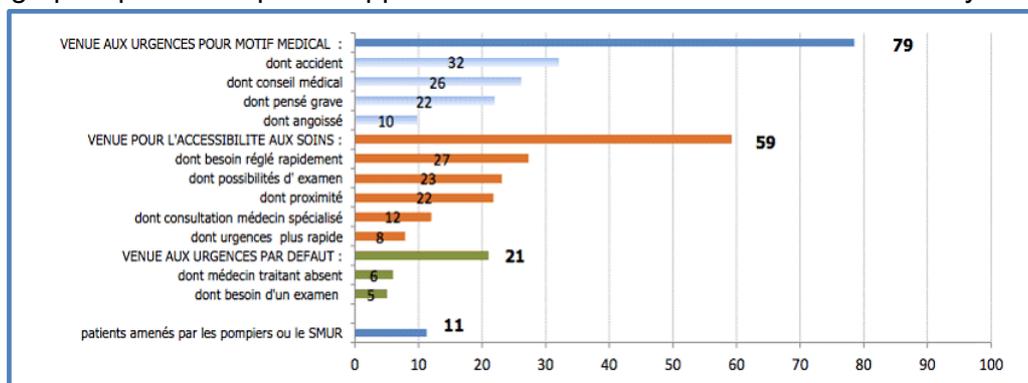


Illustration 1 : Répartition des motifs de recours aux urgences

⁹ Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé, Rapport de la Commission des affaires sociales du Sénat, Mmes Laurence COHEN, Catherine GENISSON et M. René-Paul SAVARY, 26 juillet 2017

Ainsi, un patient sur cinq souligne l'absence d'autre solution de prise en charge identifiée. 6% justifient leur venue par l'absence de médecin traitant et 5% l'impossibilité d'obtenir rapidement un rendez-vous. Deux chiffres assez faibles au regard de l'écho qu'ils rencontrent dans le discours ambiant.

En revanche, près de 60% des personnes interrogées à l'occasion de ce rapport évoquent la commodité de recours aux urgences comme motif principal de leur venue, tant au regard de l'immédiateté (27%), que de la possibilité d'examen complémentaires (23%), de la proximité géographique de l'hôpital (22%) ou encore de l'accès direct à un médecin spécialiste (12%).

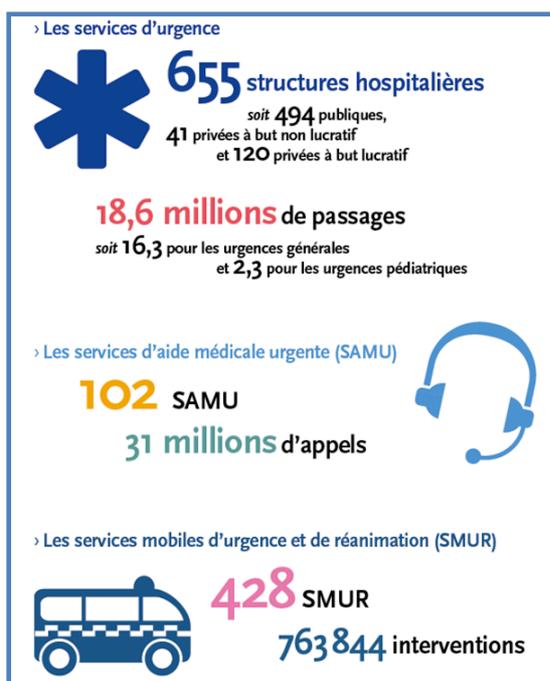
Enfin, seuls 2% mettent en avant la gratuité du service d'urgences. Il faut donc sans doute retenir que plus qu'une raison en particulier, c'est la commodité d'accès – géographique et financière – et la globalité de la prise en charge qui attire les patients à l'hôpital en les détournant du parcours de soins coordonné de ville.

Ce ne serait donc pas tant un problème de démographie, ou de manque de matériel des médecins de ville, qu'un caractère profondément inadapté de cette organisation de proximité, reposant sur des cabinets isolés, trop peu coordonnés, et des soins programmés.

1.2.2 Une augmentation tendancielle non soutenable du volume de passages aux urgences

Comportement consumériste, demande induite, vieillissement, gratuité, libre accès, effet « guichet unique » ...quelles qu'en soient les raisons, l'augmentation du volume de passages aux urgences – continue depuis 20 ans – semble parvenue à un point de rupture.

En octobre 2015, Gestions Hospitalières publiait l'infographie suivante pour présenter l'offre des services d'accueil des urgences en France :



Une enquête de la DREES de juillet 2000 dressait le tableau d'une croissance exponentielle des passages aux urgences : 7 millions en 1990, 8,5 millions en 1994, et plus de 10 millions en 1998. Des quelques 18,6 millions affichés en 2015 dans l'infographie précédente, la tendance ne semble pas fléchir depuis.

Ainsi, dans un article daté du 20 mars 2018, le Dr Patrick Pelloux, Président de l'Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF) déclarait « en vingt ans d'existence l'Amuf a vu le nombre de passages grimper de 7 à 8 millions en 1998 à plus de 21 millions l'an dernier ». Les standards du centre 15, eux aussi, explosent.

Les conséquences sont aujourd'hui dramatiques. Au-delà du bruit médiatique généré par quelques évènements marquants comme récemment le décès d'une jeune femme suite à un dysfonctionnement grave du SAMU de Strasbourg¹⁰, ou par les témoignages des personnels hospitaliers, la réalité de la tension au sein de ces services est indéniable. D'une part les professionnels de santé se détournent peu à peu de la discipline. Le rapport Mesnier, déjà cité, insistait ainsi sur le fait que « les jeunes générations de médecins se dirigent davantage vers le salariat, et aspirent à un rythme de vie plus proche de celui de l'ensemble de la population ». Les services d'urgence sont loin de répondre à cette attente. Les postes d'urgentistes vacants sont légion et les établissements publics de santé ont de plus en plus de mal à recruter, ne serait-ce que pour assurer un service minimum.

D'autre part si les services d'accueil des urgences attirent des patients chaque année plus nombreux, les conditions de prise en charge tendent à se dégrader. Le Docteur François Braun, Président de Samu-Urgences de France, militait ainsi récemment pour une réorganisation profonde des urgences en soulignant que « Lorsque vous êtes hospitalisé dans un service d'urgences en surcharge, votre risque de mortalité augmente de 9%. Pour les patients les plus graves, ceux sur lesquels il faut qu'on agisse le plus vite et le mieux, cette augmentation du risque de mortalité est de 40% »¹¹.

Pour faire face à ces constats alarmants et parfois alarmistes, le législateur est parfois contraint d'admettre des organisations dégradées. Un décret de mai 2018 a par exemple autorisé les services d'urgence à faible activité à s'organiser autour d'un médecin unique qui assurerait à la fois l'accueil des urgences et les sorties SMUR¹². Cette solution a suscité de fortes divergences entre les organisations syndicales d'urgentistes.

Davantage tournés vers l'avenir, de plus en plus d'acteurs – hospitaliers, privés ou libéraux – développent des structures hybrides, proposant des soins non programmés, parfois dans une organisation calquée sur les services d'urgence mais toujours dépourvue de plateau technique lourd. Ces structures disparates sont parfois désignées sous le terme de « centres de soins non programmés », sujet sur lequel le Docteur Thomas Mesnier, député de la Charente, a récemment remis un rapport à la Ministre.

¹⁰ Voir notamment : « Mort d'une jeune femme à Strasbourg : le manque de moyens du SAMU et de formation mis en cause », Le Monde, 9 mai 2018

¹¹ « Être reçu dans des urgences saturées augmente la mortalité de 40% dans les cas graves » L'Obs, 11 août 2018 (contenu vidéo)

¹² Décret n° 2018-427 du 31 mai 2018 modifiant l'article D. 6124-11 du code de la santé publique relatif à l'organisation de lignes de garde communes entre structure des urgences et structure mobile d'urgence et de réanimation

1.2.3 Une réponse innovante et spontanée : le développement protéiforme de centres de soins non programmés

Dans son rapport « Assurer le premier accès aux soins : organiser les soins non programmés dans les territoires »¹³, le Député de la Charente, médecin, dresse un panorama de structures variées regroupées sous le vocable de centres de soins non programmés. Le point commun entre ces structures est de répondre à « une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences ».

Dès lors que 60% des patients se rendent aux urgences « de leur propre chef, en fonction de leur ressenti, faute de meilleure orientation et de pouvoir joindre leur médecin traitant », les initiatives se multiplient. Certains centres hospitaliers confrontés à la pénurie d'urgentistes renoncent à leur service d'urgence et ne proposent qu'un accueil en journée. Plusieurs opérateurs privés proposent un accueil des soins non programmés, en établissement de santé, comme en ville dans des structures dédiées regroupant des professionnels libéraux. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), de même que les Centres de santé, proposent des plages de soins non programmés (prévues dans les accords-cadres qui les régissent). Le rapport souligne encore que « des associations comme SOS Médecins, dont l'activité était jusqu'ici concentrée la nuit et le week-end, occupent aujourd'hui un rôle effectif dans la continuité des soins pendant la journée ».

La diversité des situations est grande, et personne n'appelle de ses vœux une trop grande harmonisation de modèles. Il n'en reste pas moins qu'un accompagnement de ces initiatives est nécessaire, ne serait-ce que pour leur adjoindre un modèle économique. A défaut la réponse finira par n'être portée que par des opérateurs privés, fragilisant un peu plus le service public hospitalier et l'égalité d'accès aux soins de proximité.

Le rapport Mesnier propose que soit confié aux Agences Régionales de Santé le soin de proposer un cadre « le plus souple possible basé sur quelques obligations minimales fixées par un cahier des charges national ». Il pourra s'agir notamment de l'opposabilité de tarifs de secteur I, de la pratique du tiers payant, de la disponibilité d'appareils de biologie et d'imagerie – en propre ou en contractualisant avec des laboratoires ou cabinets de radiologie », ou encore de l'utilisation d'un système d'information partagé.

Reste toutefois à lever les limites imposées par les actuels cadres juridiques et financiers qui ne permettent pas toujours d'innover, particulièrement pour un établissement public de santé. Le financement doit donc être pensé en cohérence avec l'objectif poursuivi par ces structures, étant entendu que ce financement sera compensé en tout ou partie par les économies induites par un moindre passage aux urgences.

¹³ « Assurer le premier accès aux soins : Organiser les soins non programmés dans les territoires », Rapport de Thomas Mesnier, Député de Charente, mai 2018

La prise en charge des urgences est au bord de la rupture, l'émergence – encore timide – de structures hybrides n'en n'est que la conséquence bienvenue. L'Ile-de-France n'échappe pas à cette tendance et concentre en son sein de forts contrastes, entre une abondance de structures hospitaliers et une pénurie de moyens.

1.3 L'offre de soins en Ile-de-France : entre abondance des structures et pénurie de moyens

L'Ile-de-France constitue un territoire tout en contrastes. Il rassemble la plus grande concentration d'établissements, une densité de médecins généralistes des plus élevées et des établissements de renommée internationale. Pourtant, l'accès aux soins non programmés de proximité n'a rien d'évident, a fortiori s'il faut appliquer un tarif de secteur I.

1.3.1 Les établissements périphériques confrontés au défi de l'attractivité

La cartographie suivante présente en médaillon les inégalités d'accès aux soins au sein de la région :

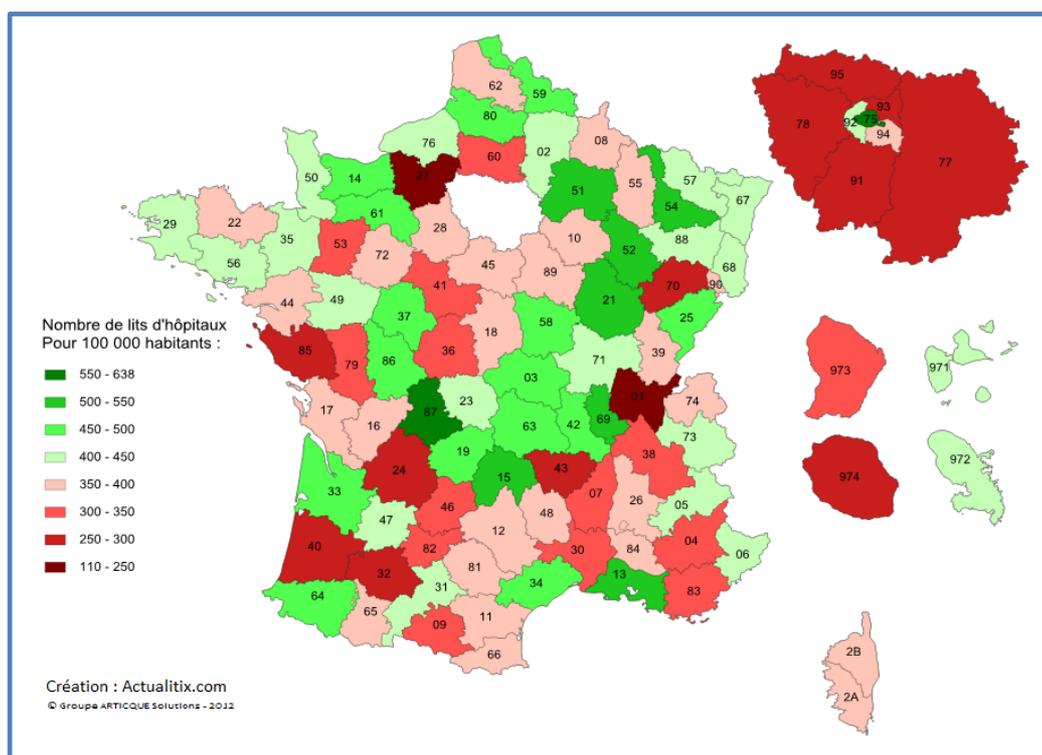


Illustration 2 : Répartition du nombre de lits/habitant

Paris compte entre 550 et 638 lits d'hospitalisation pour 100.000 habitants, tandis que l'Essonne ou la Seine-et-Marne en ont moins de 300. Les transports permettent – dans une certaine mesure – d'atténuer ce constat. Mais la vraie difficulté réside dans le recrutement des professionnels de santé. Les établissements publics de santé périphériques se heurtent de plus en plus au défi de l'attractivité, confrontés à une double concurrence des structures universitaires (APHP), plus prestigieuses, et des établissements privés, plus rémunérateurs.

A cela s'ajoute l'application du nouveau référentiel de gestion du temps de travail dans les structures de médecine d'urgence¹⁴ : le passage à 39h postées augmentant naturellement les besoins en recrutement.

Pour résumer, si le faible nombre de lits dans les départements de la grande couronne s'explique et se comprend par la proximité des établissements de l'APHP, les établissements publics de santé de proximité peinent à maintenir une offre généraliste de qualité sur ces territoires car – à ce jour du moins – la médecine n'existe pas sans les médecins.

1.3.2 Un été sous tension, cristallisant des tensions de fond

Entre le pic d'épidémie grippale particulièrement long (jusqu'à début avril), et les tensions estivales, les services d'urgence n'auront eu que peu de répit en 2018, ce d'autant que le déficit en professionnels de santé n'a jamais été aussi grand.

Le 25 juin 2018, Hospimedia communiquait des chiffres issus d'une enquête de l'ARS faisant état de 1 242 plages de 12 heures vacantes sur les mois de juillet-août, intérim compris¹⁵. Si les congés des praticiens expliquent cette conjoncture, cela n'enlève rien aux carences de fond. L'article de soulignait ainsi ces quelques chiffres particulièrement alarmants :

- 732,43 équivalents temps plein d'urgentistes sont disponibles et en activité en 2018 (contre 765 en 2016, -4%)
- 148 postes étaient vacants au 1er janvier 2018 (contre 103 début 2016, +44%)
- 73 démissions ont été constatées en 2017 (contre 43 en 2015, +70%)
- 51 mutations hors Île-de-France ont eu lieu en 2017 (contre 8 en 2015, +537%)
- 50 passages à temps partiel ont été observés en 2017 (contre 53 en 2015, -6%)
- 33 780 heures d'intérim ont été recensées en 2017 (contre 15 429 en 2015, +119%)

Pour répondre à ces difficultés croissantes, la logique territoriale induite par les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) amène un souffle nouveau. Mais si la constitution d'équipes territoriales permet de pallier des situations de crise, elle ne permet pas d'augmenter le temps médical en jumelant des équipes toutes déficitaires.

Les hôpitaux que l'on pourrait qualifier de « généralistes » doivent se réinventer pour subsister et maintenir un service public de santé en proximité sur les territoires. C'est particulièrement le cas des services d'urgence, menacés par une fréquentation en hausse et un recrutement en berne.

A ce titre, le rapport¹⁶ du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie préconise de multiplier les « Établissements de santé communautaires », centrés sur la gériatrie, et les petites urgences ou l'accès à des soins sans rendez-vous. Une ambition finalement assez proche du cahier des charge des Centres de soins non programmés.

¹⁴ Circulaire n°DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR

¹⁵ L'été aux urgences s'annonce tendu en Île-de-France avec 1 242 plages de 12 heures vacantes, Hospimedia, 25 juin 2018

¹⁶ Rapport 2018 - Contribution à la transformation du système de santé, HCAAM, Juin 2018

Dans ce contexte, ce mémoire professionnel a vocation à présenter le cas particulier de la réorganisation en cours de l'offre de soins du territoire Nord-Essonne et la solution proposée puis retenue de mise en place de centres d'urgences de proximité et de soins non programmés, couplés à des bases SMUR déportées.

Cette solution innovante repose sur une nouvelle appréhension de l'organisation des soins qui consiste à distinguer ce qui relève d'un plateau technique lourd – et qui suit une tendance centripète – de ce qui peut et doit être maintenu en proximité, à savoir les soins non programmés et la prise en charge des urgences ressenties.

Il est bien entendu que le modèle à géométrie variable porté par les acteurs essonniers ne se veut ni ne doit être perçu comme un modèle unique à généraliser. Il constitue simplement une solution adaptée au contexte local, qui permet de maintenir la qualité et la proximité de la prise en charge des urgences, dans un contexte de concentration de l'offre hospitalière. C'est cette démarche méthodologique qui peut avoir vocation à être reprise dans d'autres territoires, et qui pourra aboutir le cas échéant à des solutions idoines sensiblement différentes.

Tout l'enjeu de ce projet étant de s'interroger sur les conditions de maintien d'une réponse efficace aux besoins de soins urgents de la population, dans un contexte de concentration de l'offre hospitalière ?

Pour y répondre, la première partie de ce travail sera consacrée à la présentation du contexte territorial nord-essonien, qui d'un projet de nouvel hôpital – au lieu de 3 établissements vieillissants – a abouti à une ambition de territorialisation de l'offre d'urgence au moyen de centres de consultations et de soins urgents (Partie I). Le caractère novateur de ce projet a nécessité de construire et de promouvoir un cadre juridique et financier adapté à ce nouveau modèle de prise en charge (Partie II). Ce modèle doit encore être stabilisé et conforté dans le cadre d'un travail qui devra se faire en lien étroit avec la tutelle (Partie III).

1 D'un projet de nouvel hôpital à la territorialisation de l'offre d'urgence au moyen de centres de consultations et de soins urgents

Dans un contexte de crise des urgences – qui n'est que la partie visible ou symptomatique d'une crise plus générale de l'accès aux soins de premier recours, aux soins non programmés et aux urgences de faible gravité – l'offre de soins du nord de l'Essonne présente une configuration particulière, avec 3 centres hospitaliers vieillissants soumis à une forte concurrence. Un projet ambitieux a vu le jour pour renouveler cette offre et l'adapter au territoire en envisageant un nouvel hôpital unique sur le plateau de Saclay. Cette configuration, et la réorganisation qu'elle implique a finalement amené le groupe hospitalier, ses partenaires et la tutelle à faire émerger le concept de centres de consultations et de soins urgents pour maintenir une prise en charge de proximité tout en concentrant les plateaux techniques.

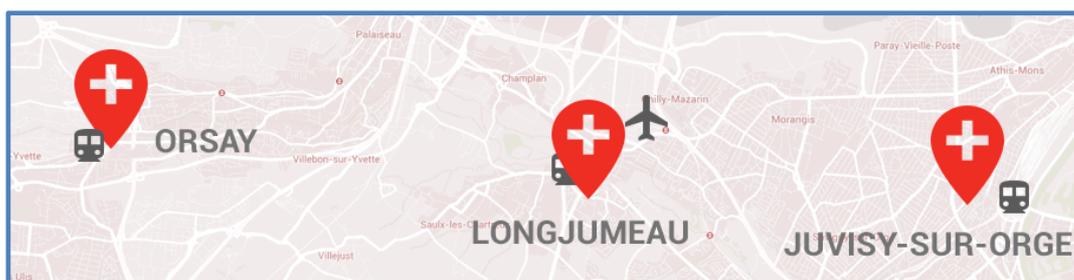
1.1 L'exemple du Nord-Essonne : 3 centres hospitaliers vieillissants et soumis à une concurrence sans équivalent

Le Groupe Hospitalier Nord-Essonne se compose de 3 établissements – dans un rayon de 15 kilomètres – rassemblés en un groupe unique au terme de fusions successives. Ces sites, anciens et partiellement vétustes, constituent une offre vieillissante et inadaptée au territoire. De ce fait, ces établissements ont parfois été menacés de fermeture et ont connu plusieurs projets de réorganisation et de reconstruction.

1.1.1 Longjumeau, Juvisy, Orsay : 3 centres hospitaliers dans un rayon de 15km

Les centres hospitaliers de Longjumeau, Juvisy et d'Orsay constituent historiquement 3 établissements indépendants, implantés dans un rayon de 15 kilomètres :

- Le Centre Hospitalier de Juvisy : 56 lits de médecine et 22 lits de moyen séjour
- Le Centre Hospitalier d'Orsay : 126 lits de médecine, 35 lits de chirurgie et 24 lits de gynécologie obstétrique. Le CH d'Orsay compte également un site dédié à la psychiatrie, à Bures-sur-Yvette avec 169 lits et places, et une unité de moyen séjour de 30 lits.
- Le Centre Hospitalier de Longjumeau : 218 lits de médecine, 55 lits de chirurgie, 46 lits de gynécologie obstétrique, 58 lits de moyen séjour. Ce site comprend également un EHPAD avec 74 places d'hébergement



1.1.3 Des hôpitaux menacés de fermeture et qui ont connu plusieurs projets de rénovation avortés

Les centres hospitaliers de Longjumeau, Juvisy et d'Orsay ont connu de multiples projets de réorganisation ou de fermeture destinés à adapter l'offre aux besoins du territoire. Un projet avait ainsi pu envisager de reconstruire entièrement l'hôpital de Longjumeau à proximité de l'actuel. Il a été abandonné faute de financements suffisants et de la proximité du Centre Hospitalier Sud Francilien. Ce projet prévoyait également de rapatrier les activités du site d'Orsay au sein de ce nouvel établissement créant naturellement des tensions, politiques d'abord entre les maires de ces communes voisines, mais également professionnelles entre les communautés médicales et soignantes.

La souscription d'un emprunt toxique par le Centre Hospitalier de Juvisy a également conduit à envisager simplement la fermeture de l'établissement.

Plus récemment, l'émergence de l'idée d'une convergence et d'une rationalisation de l'offre de ces établissements a finalement conduit à la mise en place d'une direction commune, puis d'un Groupement Hospitalier de Territoire et enfin de la fusion des établissements pour constituer l'actuel Groupe Hospitalier Nord-Essonne (GHNE).

Les deux fusions successives – entre Juvisy et Longjumeau en 2016 pour constituer le Centre Hospitalier des Deux Vallées, puis entre le Centre Hospitalier des Deux Vallées et Orsay en 2018 pour former le GHNE – ont permis d'avancer peu à peu vers une culture commune, préalable nécessaire pour envisager un futur établissement unique, porté par le GHNE dans le cadre d'un dossier COPERMO.

1.2 Le dossier COPERMO : un projet ambitieux d'un hôpital de pointe sur le Plateau de Saclay

La conséquence majeure de ces projets de réorganisation avortés réside dans la dégradation en parallèle de l'état de vétusté de sites, si bien qu'aujourd'hui, le statu quo n'est plus une option. Il devenait plus que nécessaire d'envisager une modernisation de l'offre, à la fois pour les raisons énoncées plus haut de concurrence territoriale, mais aussi simplement pour renouveler l'architecture hospitalière, largement dépassée et dégradée.

Le projet porté par la direction du groupement a donc été celui d'un nouvel établissement rassemblant les activités de médecine, chirurgie et d'obstétrique sur un nouveau site unique implanté sur le plateau de Saclay. Ce projet a été porté dans le cadre du COPERMO et a reçu un fort soutien de la communauté médicale comme de la tutelle ; laissant toutefois – dans un premier temps – ouverte la question des modalités du maintien d'une offre de proximité.

1.2.1 Un projet de nouvel hôpital sur le Plateau de Saclay

Les fusions successives des établissements ont permis de parer au plus urgent et d'éviter la fermeture d'un ou plusieurs sites. Ainsi, la fusion des centres hospitaliers de Juvisy et de Longjumeau a favorisé le solde de l'emprunt toxique, au moyen d'une aide de l'Agence Régionale de Santé et d'un apport du centre hospitalier de Longjumeau. Par suite, les difficultés importantes de trésorerie du centre hospitalier d'Orsay ont pu être limitées par la fusion entre cet établissement et le Centre hospitalier des deux vallées.

Pour autant, ces fusions administratives n'auraient pas eu d'intérêt si le projet n'était pas allé plus loin. En marge de ces opérations, l'activité poursuivait sa baisse et l'absence de décision n'aurait pu conduire qu'à la disparition progressive de ces structures, malgré une utilité réelle, notamment en ce qu'elles permettent un accès aux soins de proximité.

Toutes les options ont été étudiées et analysées par la direction. La réhabilitation des sites s'avérait extrêmement couteuse, ce d'autant qu'elle aurait nécessité d'organiser le maintien de l'activité en parallèle des travaux. De surcroît, les sites présentent des défauts structurels d'implantation, avec un accès difficile en transports en communs (à Longjumeau notamment) et une absence de parking visiteurs à Longjumeau comme à Orsay. Enfin, comme le soulignait récemment Madame Sandrine Gelot¹⁷, Maire de Longjumeau et Présidente du Conseil de surveillance du GHNE « L'hôpital de Longjumeau, dont les bâtiments sont en partie vétustes, a été porté à bout de bras par toute une génération de médecins. Mais il n'attire plus : sur 18 offres d'emploi, 10 seulement sont pourvues ».

Plusieurs constats étaient donc partagés par la tutelle, la direction et la communauté médicale :

- Une réhabilitation impossible
- Un rassemblement sur un site unique indispensable
- Une nécessité de s'éloigner du CHSF pour des raisons de concurrence comme de pertinence de l'offre pour la population
- Une évolution de la répartition démographique du territoire

A ces constats s'est ajoutée l'opportunité d'une implantation au sein de l'Opération d'Intérêt National (OIN) Paris-Saclay avec des conditions d'acquisition d'un terrain très favorables.

Le projet porté par la direction et soutenu par la communauté médicale s'est donc orienté sur un nouvel établissement construit sur le plateau de Saclay et regroupant les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) à l'horizon 2024. Les activités de psychiatrie étant maintenues sur le site de Bures-sur-Yvette et les soins de suite et réadaptation (SSR) concentrées à Orsay. Le besoin de financement a conduit le GHNE à porter un dossier auprès du Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO).

¹⁷ « Un hôpital du futur sur le plateau de Saclay », LesEchos.fr, 20 février 2018

1.2.2 Un dossier porté dans le cadre du COPERMO

Le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins, mieux connu sous le nom de COPERMO, est une instance mise en place en 2013 chargée de piloter la stratégie d'investissement en santé. D'après la circulaire¹⁸ qui l'a mis en place, le comité a pour mission :

« - De valider en lien avec les ARS les projets d'investissement, les modalités de leur réalisation et la trajectoire financière correspondante, de diffuser les référentiels et les outils susceptibles de faire progresser les modalités d'évaluation des projets et de favoriser la mise en œuvre des SRIS par les ARS.

- D'assurer la coordination des programmes nationaux d'amélioration de la performance des établissements de santé (programme PHARE, gestion des lits, projets performance...). Il contribuera à la définition des objectifs de ces politiques publiques et veillera à évaluer leur impact en termes d'amélioration du service rendu aux patients, des conditions de travail des professionnels et d'efficacité de la gestion des établissements.

- D'arrêter, en lien avec les ARS, les modalités du retour à l'équilibre financier des établissements les plus en difficulté et du respect de la trajectoire fixée ».

De là se dégagent deux axes d'intervention assez distincts. Le premier consiste à accompagner la performance des établissements de santé, et dans ce cadre si nécessaire superviser les conditions de leur retour à l'équilibre financier. Ici, le passage en COPERMO concerne les établissements dans une situation financière dégradée, placés suivant la formule consacrée en « COPERMO performance ».

Le second axe concerne la gestion de l'investissement en santé, dès lors que le montant des travaux envisagés dépasse 50M€ hors taxes. La logique est ici différente. Le COPERMO s'assure bien évidemment de la viabilité et de la performance des établissements candidats à un projet d'investissement, mais il s'agit surtout de valider la pertinence du projet, sa viabilité et sa soutenabilité financière avant de valider le principe d'une aide d'État. A noter toutefois que dans le cadre du COPERMO investissement, le comité n'émet qu'un avis, la décision finale appartenant à la Ministre des solidarités et de la santé.

Le coût du projet de nouvel hôpital MCO sur le plateau de Saclay étant estimé à 215M€, le GHNE a déposé un dossier auprès du COPERMO pour obtenir la validation du projet et une aide à l'investissement.

La procédure d'instruction, longue et complexe, implique d'établir au préalable un Programme Technique Détaillé (PTD), ainsi qu'un dossier déclinant la trajectoire financière, les modalités de financement de l'investissement (hors aides), la capacité de l'établissement ou de l'unité et le cas échéant les aspects tenant aux ressources humaines médicales et non médicales en tant qu'elles participent à l'appréciation de la soutenabilité du projet.

¹⁸ Circulaire Interministérielle N°DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)



Illustration 4 : Le processus COPERMO suivi par le GHNE

Le GHNE a déposé un premier dossier en décembre 2015. Les documents et annexes demandées dans le cadre de l’instruction ont été élaborés en lien étroit avec l’Agence Régionale de Santé Ile-de-France. En février 2017, le COPERMO a déclaré le projet de Saclay éligible, en formulant un certain nombre de recommandations.

Un an après, le dossier a fait l’objet d’un dépôt final pour avis. En février 2018, le COPERMO a sursis à statuer en demandant des corrections et précisions sur le périmètre du projet, les surfaces prévues ou encore la réassurance des effectifs médicaux et non médicaux. Le 30 mai 2018, le COPERMO a rendu son avis définitif et positif, en proposant l’allocation d’une aide de 50M€, l’ARS Ile-de-France s’étant également engagée à soutenir le projet à hauteur de 15M€. Cet avis a été suivi par Madame Agnès Buzin, Ministre des Solidarités et de la Santé, et a fait l’objet d’une diffusion définitive courant juin 2018.

La principale réserve émise par le COPERMO concernait les moyens mis en œuvre pour assurer le maintien en proximité d’une offre de soins non programmés, incluant une part des urgences. En effet, la fermeture de 3 établissements – et de 3 services d’urgences – au profit d’un nouvel établissement unique était de nature à fragiliser l’accès aux soins de la population nord-essonniennne, particulièrement pour les habitants de l’est du territoire, plus éloignés du futur site de Saclay.

Car face au mouvement de concentration des plateaux techniques hospitaliers – suivi dans de nombreux autres territoires – se pose la question du maintien d’une offre de soins ‘hospitaliers’ de proximité.

1.2.3 Le défi du maintien d'une offre de proximité après la fermeture de 3 centres hospitaliers

Le projet du nouvel hôpital de Saclay a emporté l'adhésion de la communauté médicale et permis l'émergence d'une réelle culture commune autour d'un projet médical partagé orienté vers l'hôpital de Saclay. Autre tour de force, les maires de Longjumeau et d'Orsay – pourtant de bords politiques opposés – ont soutenu d'une voix unique le projet de nouvel hôpital, et par là même la fermeture d'un site hospitalier sur leur commune. Ce fait politique est assez rare pour être souligné, marquant ici un certain courage politique et une vraie implication des élus dans la réflexion sur l'optimisation de l'offre de soins du territoire.

Reste que plusieurs voix se sont élevées pour dénoncer le projet. Un « Comité de défense des hôpitaux locaux » a été constitué, d'abord sur la commune de Juvisy, puis étendu à Longjumeau et Orsay. Ce comité a diffusé une pétition qui – à date – rassemblait quelques 19.274 signatures¹⁹. Au-delà de la part indéniable de manipulation politique, les inquiétudes exprimées par les habitants et par une part des organisations syndicales sont réelles ou légitimes. Il s'agit d'une part de s'interroger sur le dimensionnement du futur hôpital de Saclay au regard de l'offre existante, et d'autre part de questionner le nécessaire maintien d'une offre de soins de proximité.

Le GHNE compte actuellement environ 600 lits de médecine, chirurgie et obstétrique. Le futur hôpital rassemblera 416 lits et places. Cette réduction capacitaire de près d'un tiers interroge naturellement et appelle à un effort de pédagogie particulier. Il s'agit notamment de replacer cette évolution dans le contexte territorial, au regard des autres offreurs du territoire. Mais il s'agit aussi et surtout de rassurer sur le fait que le développement de la chirurgie ambulatoire permettra de prendre en charge autant de patients avec moins de lits. Prévoir la construction d'un hôpital pour répondre aux besoins d'aujourd'hui – sans prendre en compte l'évolution sociale et technologique – c'est prendre le risque d'un hôpital caduc dès son ouverture.

Plus profonde, l'inquiétude exprimée face à l'éloignement du site hospitalier désormais unique se cristallise sur une question en particulier, celle des urgences. Monsieur Robin Reda, Député de l'Essonne (LR) et ancien maire de Juvisy résume ainsi le problème posé : « On ne peut que se réjouir de l'arrivée d'un nouvel hôpital. Mais contrairement à Longjumeau et Orsay, Juvisy n'est pas sur le bassin de vie de Saclay. Il faut impérativement conserver dans cette ville, déjà en train de se paupériser sur le plan sanitaire, un véritable service d'urgence. »²⁰

Les urgences constituant plus que jamais le recours de proximité – assurant aussi bien les urgences vitales que des urgences plus relatives et une part importante de soins non programmés, notamment aux heures de PDSA – leur disparition suscite l'interrogation sur le « vide sanitaire » laissé sur le territoire. C'est tout l'enjeu du projet du GHNE.

Le dossier initialement déposé prévoyait déjà la mise en place, sur les sites fermés, de centres de consultations et de soins urgents. Au fil des mois et des discussions avec les partenaires, opposants et soutiens au projet de Saclay, le concept s'est étoffé ; si bien que certains n'ont pas hésité à qualifier ces centres « d'hôpitaux ambulatoires ».

¹⁹ <https://www.change.org/p/non-%C3%A0-la-fermeture-des-h%C3%B4pitaux-%C3%A0-juvisy-longjumeau-et-orsay-oui>

²⁰ « Un hôpital du futur sur le plateau de Saclay », LesEchos.fr, 20 février 2018

1.3 L'émergence du concept de 'Centre de consultations et de soins urgents' pour maintenir une prise en charge de proximité

En février 2017, le COPERMO a jugé éligible le projet de rassemblement des trois sites MCO actuels du GHNE en un seul hôpital, sur le plateau de Saclay en 2024. Avec 30% de lits en moins qu'aujourd'hui, ce nouvel hôpital sera résolument tourné vers la ville, l'ambulatoire et les techniques innovantes.

Cet établissement devrait prendre en charge peu ou prou autant de patients qu'aujourd'hui sur les 3 sites. En revanche, le volume prévisionnel de passages aux urgences est estimé à 85.000, soit 45.000 passages de moins qu'aujourd'hui.

La répartition des passages résiduels se fera au sein de trois centres de consultations et de soins urgents (CCSU) déployés sur le territoire du Nord Essonne, à Longjumeau et à Juvisy – en lien avec les anciens SAU et avec les bases SMUR – ainsi qu'à Sainte-Geneviève-des-Bois où le GHNE n'a pas d'ancrage géographique. Cette approche innovante n'a pas d'équivalent sur le territoire national.

Le projet de Saclay doit donc être apprécié dans sa globalité. D'une part le transfert des activités MCO sur un nouveau site unique à Saclay ; d'autre part la concentration de l'offre de psychiatrie et de soins de suite à Orsay et Bures-sur-Yvette ; et enfin l'ouverture de 3 centres de consultations et de soins urgents à même d'assurer les urgences de proximité, en lien avec des bases SMUR déportées.

1.3.1 La création de centres de soins non programmés et d'urgence pour pallier la fermeture des sites hospitaliers de proximité

L'ambition de ces structures hybrides est de permettre la prise en charge des urgences de faible sévérité, au cœur du bassin de vie des habitants ; de mettre en place des consultations avancées de chirurgie et de gynécologie et de développer l'accès à la médecine de spécialité en lien avec les acteurs libéraux du territoire. L'urgence vitale elle, reste couverte par des bases SMUR déportées, permettant une couverture optimale du territoire.



Illustration 5 : Organisation territoriale du futur hôpital de Saclay et des 3 CCSU

Trois Centres de consultations et de soins urgents (CCSU) sont prévus. Ceux de Longjumeau et de Juvisy seront installés sur les actuels sites ou à proximité, et contigus aux bases SMUR conservées sur place. Le troisième centre doit être implanté sur la commune de Sainte-Geneviève-des-Bois, où le GHNE ne possède pas d'ancrage à ce jour.

En conservant sur place une offre à même d'accueillir les petites urgences et en réorganisant l'urgence vitale par le maintien de 3 bases SMUR (Longjumeau, Juvisy et Saclay), ces CCSU participent à améliorer la gradation des soins en territorialisant l'activité d'urgence.

Cette territorialisation avait notamment été appelée de ses vœux par Jean-Yves Grall dans son rapport de 2015²¹. Ce rapport soulignait à ce titre un double mouvement avec une « affluence croissante aux urgences (18 millions de passages en 2013, soit un Français sur 3,5 contre un sur 8 en 1990) pour une majorité de demandes de soins non urgents », et en parallèle une « érosion continue du volontariat depuis 2002 et un système qui s'essouffle ».

Ce diagnostic s'applique en Essonne comme ailleurs. Le problème posé n'est donc pas tant celui de l'urgence médicale que de la nécessité de renforcer la permanence des soins et d'apporter une réponse aux attentes croissantes de la population en matière de soins non programmés. Dans ce contexte, le développement de structures hybrides ville-hôpital, en capacité d'assurer une permanence sur une activité de soins urgents et non programmés, pourra permettre d'absorber une part importante de l'activité actuelle des SAU.

1.3.2 Des structures hybrides qui doivent permettre d'absorber une part de l'activité d'urgence des sites actuels

En 2012, le Président Hollande déclarait « d'ici 2017, personne ne sera à plus de trente minutes d'un service d'urgence (...). Nous allons former 700 personnels d'urgence et installer des médecins en milieu rural ». Cet objectif ambitieux ne précisait pas ce qu'il fallait entendre par la notion de « service d'urgence ». Le fait est qu'il semble difficilement envisageable de maintenir un hôpital à moins de 30 minutes de tout point du territoire tant les établissements connaissent aujourd'hui un mouvement de concentration des plateaux techniques ; lequel participe d'ailleurs beaucoup à l'amélioration de la qualité des soins. Il semble donc nécessaire de réinventer la prise en charge de l'urgence, en la territorialisant et en inventant de nouveaux types de structures à mi-chemin entre les soins des villes et l'hôpital.

Le rapport Grall préconisait ainsi de privilégier la proximité, voire l'adossement des maisons médicales de garde (MMG) à un service d'urgence, et d'encourager la conclusion de protocoles de réadressage entre les structures. Pour autant les MMG ne sont ouvertes qu'aux heures de la permanence des soins ambulatoires. L'idée pourrait être reprise pour les centres de santé ou les maisons de santé pluriprofessionnelles mais la prise en charge des urgences ne relève pas d'elles, même si la plupart assurent des plages de soins non programmés.

²¹ « La territorialisation des urgences », Jean-Yves GRALL, 22 juillet 2015

Surtout ces structures collectives de ville ne sont pas encore suffisamment nombreuses pour assumer ce rôle. Il devient donc nécessaire de développer des structures d'accueil pour les petites urgences, et les soins non programmés. Ces structures ne sont pas nécessairement « hospitalières » puisque ne nécessitant pas ou peu de plateau technique. Elles ne sont pas non plus assimilables aux structures collectives de ville puisque le champ de leur activité est plus large. Pour donner quelques exemples, peu de généralistes prennent le temps de faire un plâtre ou une suture. Ces actes sont chronophages et peu rémunérés pour les libéraux. De même, un patient atteint de colique néphrétique, de cystite ou de migraines ira aux urgences s'il ne parvient pas à obtenir un rendez-vous rapidement chez son médecin traitant.

Ce sont toutes ces activités – aujourd'hui prises en charges dans les services d'accueil des urgences hospitaliers – dont il convient d'assurer la prise en charge en proximité, et pas nécessairement à l'hôpital.

FOCUS 1 : Le rapport HCAAM, 2018 préconise le développement d'établissements de santé communautaires

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie préconise dans son rapport de 2018 ce qu'il qualifie de scénario de rupture. Il s'agit « d'apporter avec des moyens renforcés en proximité une réponse de qualité aux besoins de la santé globale et, d'autre part, de consolider les moyens les plus spécialisés et lourds pour en maintenir l'excellence ».

De statut public ou privé, ces structures seraient « recentrées sur des activités de médecine polyvalente, en particulier en gériatrie » ou de petites urgences et devraient « garantir », à l'échelle d'un bassin de vie » l'accès à un médecin traitant et à des soins sans rendez-vous. Le HCAAM appelle de ses vœux le développement de 550 à 600 entités de proximité, contre environ 500 actuellement.

Le HCAAM prend le soin de préciser que « si le malade nécessite des soins plus poussés, il pourrait alors se rendre dans des hôpitaux plus spécialisés, de type « CHU ou centres anti-cancer ». Et le rapport recommande de regrouper au niveau de la région voire de l'inter région « certaines activités de pointe nécessitant des « équipements lourds très spécialisés »

Moins de petits établissements, une concentration des pôles de soins aigus et des plateaux techniques et un territoire couvert par des structures qualifiées ici « d'hôpitaux communautaires ». En résumé, il s'agit là de réclamer davantage de gradation des soins, et d'imaginer un niveau défaillant, celui qui devrait se situer entre l'hôpital et la ville.

Le rapport du HCAAM (voir encadré précédent) préconise ainsi de développer ce type de structures nouvelles, pour accueillir les petites urgences et les soins de proximité. De même, un rapport du Sénat²² rappelait qu'un hôpital sur quatre accueille moins de 40 patients par jour. La solution proposée était similaire, elle consisterait à « renforcer le maillage du territoire en centres de santé et assurer leur ouverture plus large à l'accueil des urgences, notamment par l'extension de leur amplitude horaire ».

Le rapport Mesnier explore lui aussi les différentes structurations possibles pour organiser les soins non programmés sur le territoire, et limiter l'attractivité universelle des urgences.

²² « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », Rapport de la Commission des affaires sociales du Sénat, Mmes Laurence COHEN, Catherine GENISSON et M. René-Paul SAVARY, 26 juillet 2017

Entre hôpitaux communautaires, centres de santé augmentés ou centres de soins non programmés, le cadre juridique reste à discuter et à préciser mais l'idée semble faire consensus.

Le modèle du SAU ne peut plus constituer la seule réponse à l'ensemble des dysfonctionnements et carences du système de santé. Dans ce cadre, et face au mouvement de concentration des plateaux techniques, la création de centres de soins non programmés et d'urgence semble se dessiner comme une solution innovante et pragmatique pour maintenir et améliorer la réponse aux besoins de soins urgents et non programmés de proximité.

1.3.3 Une organisation innovante entre la ville et l'hôpital : le défi de concilier deux cultures

Si le modèle intermédiaire évoqué dans tant de rapports met autant de temps à émerger, c'est sans doute que le fossé entre les deux cultures qu'il tente de rejoindre est considérable. D'un côté l'hôpital, issu des ordonnances Debré de 1958 et conçu pour prendre en charge les soins aigus, développer la recherche et former les professionnels. De l'autre la ville, historiquement construite sur le colloque singulier entre le médecin et son patient ; ce modèle individuel de médecin de famille, isolé, ne facilitant en rien la coordination avec quelque autre acteur que ce soit, a fortiori l'hôpital.

Tout l'enjeu était donc de concevoir au travers de ces centres de consultations et de soins urgents les conditions favorables à une meilleure transversalité et continuité entre l'hôpital et la ville.

Le GHNE a donc conçu les CCSU comme des structures réellement hybrides, au sens où elles seront organisées systématiquement autour d'équipes mixtes composées de praticiens hospitaliers (urgentistes) et de praticiens libéraux (généralistes).

L'expérimentation menée à Longjumeau a permis de tester cette organisation et de mieux appréhender la pertinence du modèle et les opportunités de développement à venir.

1.3.4 L'expérimentation d'un premier CCSU à Longjumeau, en décembre 2017

En accord avec l'ARS Ile-de-France, la première expérimentation a été mise en place sur le site de Longjumeau, qui accueille 68.000 passages aux urgences actuellement. L'objectif est de transférer l'activité du SAU vers le CCSU (20.000 passages la première année), en s'appuyant sur deux cabinets très bien équipés, ouverts 12 heures par jour, une infirmière, un urgentiste et un généraliste systématiquement présents.

L'intérêt médical de l'expérimentation n'est pas uniquement de déporter la seule activité de consultation (20% des passages aux urgences actuels), mais également la pratique d'actes courants (ECG, sutures, plâtres, attelles) qui ne sont plus ou peu assurés en ville aujourd'hui, de manière à amener la médecine générale à prendre en charge l'urgence.

De nombreux praticiens libéraux sont intéressés par cette perspective de polyvalence et par le nouveau mode d'exercice qui sera proposé, fortement collégial.

FOCUS 2 : organisation du CCSU expérimental

Pour le temps de l'expérimentation, le point d'entrée dans le système est l'arrivée d'un patient aux urgences. Après le tri effectué par l'infirmière d'accueil et d'orientation du SAU, les patients dont l'état de santé le permet – très faible niveau de gravité, tri 4 ou 5 – sont réorientés vers le CCSU, à l'entrée de l'hôpital, immédiatement ou sur rendez-vous dans la journée (flux cible de 3 patients par heure, et par cabinet). Le CCSU et le SAU constituent une même unité fonctionnelle, et une entité juridique unique, ce qui garantit la sécurité juridique pour le praticien ayant réorienté le patient, qu'il soit intervenant extérieur libéral ou urgentiste.

Au sein du CCSU, deux cabinets sont ouverts, tenus par un urgentiste du GHNE et par un médecin généraliste libéral du territoire. Cet exercice mixte relève d'une volonté forte des équipes concernées : il s'agit bien d'associer les libéraux du territoire à la couverture de l'urgence et non seulement de créer un circuit court déporté géré exclusivement par des urgentistes hospitaliers.

Les cabinets ont vocation à accueillir un volume estimé à 70 patients par jour, sur une plage horaire 10h à 22h correspondant à l'arrivée de 80% des patients au sein du SAU, ce qui en ferait l'un des plus importants centres de soins non programmés de France.

Les médecins sont secondés par un infirmier, présent sur le même créneau horaire, qui assurent à la fois la surveillance des patients, les petits actes, la gestion des plannings, l'interface avec le plateau technique et avec le SAU. Le CCSU est équipé en propre d'un minimum de matériel (ECG, kit suture, kit immobilisation etc...), et utilise pour le reste les infrastructures de l'hôpital (Biologie, imagerie) si nécessaires.

Le CCSU peut accueillir tous types de patients adultes ou pédiatriques, une polyvalence des praticiens est donc exigée. Pour ce faire un programme de formation des libéraux est en cours, à leur demande, et réalisé par compagnonnage par les médecins du GHNE pour une remise à « niveau » sur les techniques non pratiquées habituellement à leur cabinet (lecture ECG, suture, plâtre). Les praticiens urgentistes du GHNE quant à eux, très fortement « spécialisés » adultes ou pédiatriques, sont formés à la polyvalence par les praticiens libéraux. Pour les praticiens qui participent actuellement aux groupes de travail, il s'agit *verbatim* d'un « *embryon de collaboration ville hôpital* » dont ils se réjouissent.

L'une des questions porte sur le créneau d'ouverture de ces centres. Le nombre de passages aux urgences étant plus faible la nuit, il semble possible de n'ouvrir ces structures que sur une plage diurne élargie. Ainsi, là où la circulation empêche de se rendre à l'hôpital – de Saclay par exemple – en moins de 30 minutes (même s'il n'est qu'à 15 kilomètres) ; la nuit la circulation plus fluide permettra de réduire ce délai, et donc de fermer la structure de proximité en nuit profonde.

L'expérimentation est innovante à plusieurs niveaux :

- L'expérimentation est médicalement encadrée par l'existence d'un SAU, il s'agit donc d'organiser et d'optimiser les transferts d'activité. L'intégralité des données d'activité est à la disposition de l'ARS Ile-de-France, et le GHNE a déjà proposé la réalisation d'une publication commune sur l'apport de ce nouveau modèle. Enfin le passage au CCSU pourrait permettre la transmission aux patients de documents « éducatifs » relatifs à la pertinence d'une venue aux urgences, ou détaillant l'offre de soins existante sur le territoire ; c'est une forte demande des associations de libéraux de l'Essonne.
- L'expérimentation est résolument tournée vers la ville puisqu'un cabinet est dédié à un médecin libéral. Il s'agit de proposer un nouveau mode d'exercice de la médecine libérale, technique, en groupe, qui pourrait intéresser de nombreux praticiens. L'idée est bien de faire prendre en charge l'urgence par la ville, et pas de faire de l'activité de premier recours dans un cadre hospitalier.
- Il ne s'agit pas uniquement de repenser les prises en charge aux horaires de la permanence de soins ambulatoires, mais bel et bien d'embrasser toute la question du soin non programmé, de l'accès à un plateau technique, sur les horaires qui correspondent le plus à la demande en soins des usagers.
- Le CCSU s'appuie sur une part importante d'innovation informatique (dossier patient simplifié et interfacé avec l'hôpital, télé-imagerie, téléconsultation). L'interactivité est de mise entre les professionnels de santé du CCSU, mais aussi avec les médecins hospitaliers. Il est par exemple possible, grâce à un matériel de télé-échographie, de réaliser cet examen en étant guidé par le radiologue hospitalier.

1.3.5 Un bilan intermédiaire encourageant

Dès l'ouverture du CCSU, une équipe de généralistes et d'urgentistes s'est proposée pour pouvoir réaliser les deux lignes de gardes nécessaires à l'ouverture du centre 12 h par jour 7 jours sur 7. Cette équipe, secondée par des IDE, s'est étoffée au cours des mois avec à ce jour 7 médecins généralistes, 9 urgentistes et un médecin stagiaire.

La collaboration entre les urgentistes et les libéraux est très positive. Il existe une réelle complémentarité des compétences de ces praticiens, tant sur la technicité (avec une « formation continue » des libéraux par les urgentistes, et réciproquement) que sur les modes de fonctionnement (répartition des patients suivant les compétences ou spécialités de chacun, progression dans le codage...).

A) En 6 mois, près de 7 500 adultes et enfants sont passés par le CCSU

Depuis la mise en place du CCSU, le nombre de passages par mois s'élève à 1.200 en moyenne, pour environ 700 passages adultes et 500 passages pédiatriques. Ainsi, en 6 mois, plus de 7.000 adultes et enfants sont passés par le CCSU. L'activité aurait pu être d'emblée encore plus importante mais a été limitée par la charge de travail de l'IDE.

mois/année	déc-17	janv-18	févr-18	mars-18	avr-18	mai-18	juin-18
Adultes	641	730	681	748	697	757	718
Pédiatrie	659	473	349	572	473	464	483
TOTAL PASSAGES	1 300	1 203	1 030	1 320	1 170	1 221	1 201

Le CCSU a permis une baisse de 11 % de l'activité des urgences et a contribué à aplanir l'augmentation conjoncturelle de l'activité liée aux épidémies d'hiver. 35 à 40 % des patients bénéficient d'examen complémentaires (radiographies majoritairement, examens biologiques, ECG).

Moins de 10 patients sont hospitalisés chaque mois à partir du CCSU. Un recours aux urgences classiques en raison de difficultés diagnostiques ou organisationnelles a été nécessaire pour 1 à 2 patients chaque jour.

Les patients qui fréquentent le CCSU sont âgés de 9 mois à 80 ans. Près de la moitié d'entre eux sont adressés au CCSU moins de 15 minutes après leur inscription aux urgences. Seuls 15 % attendent plus d'une heure aux urgences après s'être inscrits.

La moyenne de durée de prise en charge au CCSU est de moins d'une heure. C'est en milieu de matinée en fin d'après-midi que les passages au CCSU sont les plus fréquents. Moins de 10 patients sont hospitalisés chaque mois à partir du CCSU et un recours aux urgences classiques en raison de difficultés diagnostiques ou de prise en charge a été nécessaire pour une vingtaine de personnes chaque mois.

B) La satisfaction des patients, elle est aussi, est encourageante

82 à 95 % des patients qui acceptent de répondre au questionnaire de satisfaction sont tout à fait satisfaits de l'accueil au CCSU et de la prise en charge médicale. 77 % estiment que cette prise en charge pourrait tout à fait être généralisée et 14,3 % qu'elle pourrait être plutôt généralisée. 65 à 75 % ont préféré être pris en charge au CCSU plutôt qu'aux urgences. Le temps d'attente plus limité qu'aux urgences est mis en avant par de nombreux patients.

Parmi les reproches rapportés, le circuit – temporaire – nécessitant un passage par les urgences est critiqué, tout comme la nécessité de se déplacer pour faire les radiographies, et la signalétique qui est parfois considérée comme défailante.

Dans les conditions actuelles de fonctionnement – qui appellent sans doute un renfort de personnel non médical pour augmenter le nombre de patients – et avec le maintien sur site du SAU en parallèle, ces résultats sont extrêmement encourageants. Non seulement les patients sont satisfaits, mais cette réorientation participe également à l'éducation de la population entre ce qui relève de l'urgence hospitalière et ce qui n'en relève pas.

Durant cette première année, l'expérimentation aura permis de réorienter quelques 15.000 patients, du SAU vers le centre de consultations et de soins urgents. Certes une part de ces passages a été « induite » par l'ouverture du centre, mais l'activité des urgences a diminué – toutes choses égales par ailleurs – de 11%, ce qui démontre la pertinence de cette réorganisation.

Le GHNE s'engage dans une réforme profonde de l'offre de soins du nord Essonne qui repose sur deux piliers : l'ouverture d'un nouvel hôpital moderne et innovant – en lieu et place des 3 sites MCO actuels – et la création de centres d'urgences de proximité – adossés pour certains à des bases SMUR – permettant la prise en charge des petites urgences des soins non programmés et le développement sur site de consultations avancées.

Si l'expérimentation est encourageante, une des recommandations formulées par le COPERMO concerne précisément la sécurisation du fonctionnement de ces centres. C'est ici que, de l'idée à la réalisation émerge le défi de la construction puis de la promotion d'un cadre juridique et financier innovant, c'est-à-dire le défi du changement, lequel n'a rien d'évident au sein d'un établissement public de santé.

2 De l'idée à la réalisation : le défi du changement

Dans un des nombreux articles récemment consacrés aux urgences, le Docteur Christophe Chapuis, Praticien Hospitalier au CH du Bassin de Thau, écrivait « il faut que les directions hospitalières relèvent le défi du changement : changement managérial, changement des systèmes d'organisation, des moyens d'information, de la communication, mais aussi de la prise en compte de l'évolution de notre rapport au travail et des leviers de motivation, changement des notions de pouvoir et d'autorité pour les soignants. »²³

Pour relever ce défi, les managers hospitaliers doivent d'abord faire preuve d'imagination, sortir du cadre, écouter les équipes de terrain et participer au changement. Mais force est de constater que le secteur public n'est pas le plus favorable à l'innovation ; tant il est vrai que les modèles économiques et les cadres juridiques semblent cloisonnés et verrouillés. Pour oser le changement, la première étape consistera ici à proposer des solutions et à ouvrir la porte d'une réforme, en lien étroit avec la tutelle.

De ce défi, il en résulte en l'occurrence trois. Le premier consiste à établir un modèle économique viable, aussi bien pour le porteur de la structure que pour la tutelle. Le second porte sur l'adaptation du cadre juridique aux différents blocages mis en avant par l'expérimentation en cours. Le troisième concerne la démonstration de la possibilité de transférer une activité faite à ce jour en SAU, vers un centre de soins non programmé distant d'un hôpital, et donc d'adapter la taille et l'offre de chaque centre aux besoins de chaque territoire.

2.1 Un modèle économique à construire

Une fois validée la pertinence de ce type de structure, reste à lui définir un mode de financement adapté. L'exercice n'a rien d'évident, tant les modèles actuels apparaissent comme cloisonnés avec d'un côté le paiement majoritairement à l'acte en ville et de l'autre un financement majoritairement à l'activité en établissement. Or pour le type de structure dont il est question, ces modèles apparaissent comme inadaptés. En résulte également un certain manque d'intérêt à agir des établissements de santé pour ce type d'innovation qui se traduit généralement par une perte de recettes. Il devient donc nécessaire de construire un modèle économique qui permette d'encourager ces initiatives, de rendre viable ces structures tout en permettant une économie pour le régulateur.

²³ « Urgences...danger grave et imminent ? », Gestions Hospitalières, Numéro 573 - février 2018, Dr Christophe CHAPUIS

2.1.1 L'inadaptation des modèles de financement actuels, de ville comme hospitalier

A) Le système éculé du paiement à l'acte en ville, inadapté aux soins techniques

La tarification des soins en ville repose sur deux outils :

- La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) qui permet de tarifier l'activité libérale, au travers de lettres clefs. Par exemple, une consultation classique chez le médecin est codée « C », et valorisée 23€ (auxquels s'ajoutent 2€ de revalorisation de la consultation)
- La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) qui permet de coder et de valoriser les actes techniques en milieu hospitalier comme en secteur libéral

Ces cotations ne sont cumulables que dans de très rares cas. Le principe reste donc celui d'un non cumul. Ainsi, lorsque le praticien de ville effectue un acte technique – une suture par exemple – il doit coder l'acte technique mais ne peut pas le cumuler avec la consultation. Une plaie superficielle cutanée inférieure à 3 cm est valorisée 25,52€. De ce tarif, le professionnel devra déduire le coût du matériel à usage unique utilisé.

Si l'on prend en compte le temps passé à réaliser cet acte, souvent deux fois plus long qu'une simple consultation, l'on voit bien que les praticiens libéraux ont peu d'intérêt financier à réaliser ce type d'acte, chronophage et peu rémunérateur. Il en est de même pour la plupart des actes techniques qui pourraient être réalisés en ville (pose d'une attelle, plâtre, suture...) ; si bien que les professionnels libéraux se détournent peu à peu de cette activité, reportée vers les urgences.

A fortiori, l'application de ce modèle de financement à un centre de soins non programmé qui nécessite l'emploi de personnels infirmiers (non valorisé) et la gestion administrative de la structure ne pourra pas permettre d'en équilibrer le financement.

B) Un modèle hospitalier inopérant pour une structure indépendante de l'EPS

L'alternative pourrait être de simplement transposer le financement des urgences à ces structures hybrides qui prendraient en charge une part de l'activité des services d'urgences. Cela reviendrait donc à valoriser l'activité au travers de :

- Un forfait Accueil et Traitement des Urgences (ATU), d'un montant de 25,32€, pour chaque patient vu
- Une part de Forfait Annuel des Urgences (FAU), dotation annuelle calculée sur le volume de passages, apprécié par tranches et destiné à couvrir les charges fixes du service
- La cotation de consultations ou actes techniques CCAM lorsqu'il y a lieu

Ainsi, chaque passage aux urgences génère en moyenne 115€ de recettes pour la structure.

La transposition pure et simple du modèle de financement des urgences à des Centres de consultations et de soins urgents n'est pourtant pas sans poser de question. D'une part elle serait très peu efficiente pour le régulateur. La structure demandant moins de moyens qu'un SAU, il est évident que la transposition de ce financement serait trop couteuse. D'autre part il s'agit d'un financement hospitalier, qui ne rend donc pas possible le portage par des structures libérales. De surcroît, elle complique la mise en place d'une rémunération des praticiens libéraux exerçant dans la structure.

De cette dichotomie résulte un manque d'intérêt à agir des établissements publics de santé, davantage incités financièrement à maintenir ou développer l'activité – rémunératrice – de leurs SAU, plutôt qu'à innover en mettant en place des solutions alternatives. D'où un certain paradoxe puisque si nombre d'établissements témoignent du dysfonctionnement des urgences et appellent de leurs vœux des solutions nouvelles, peu entreprennent de participer à ce changement.

2.1.2 Le manque d'intérêt à agir des établissements publics de santé pour repenser la prise en charges des urgences

La démonstration du manque d'intérêt à agir, ou à innover, des établissements publics de santé est assez simple à démontrer. Si le modèle de financement retenu est calqué sur la ville, l'établissement doit renoncer à une valorisation des urgences (115€ en moyenne), pour toucher une cotation à l'acte peu favorable aux actes techniques.

Plus encore, même si la tutelle accepte le maintien d'un financement de type urgences hospitalières – comme ce fut le cas pour l'expérimentation du CCSU à Longjumeau – il en résulte un manque à gagner, au moins pour la première année pour plusieurs raisons :

- Le CCSU implique le recrutement de nouveaux personnels, mais la baisse d'activité du SAU induite par l'ouverture de ce centre ne permettra d'envisager en parallèle une réduction de personnel du SAU qu'une à plusieurs années plus tard, le temps d'objectiver ce transfert.
- La mise en place d'un centre engendre pour partie un transfert de l'activité des urgences, et pour partie de nouveaux patients. A Longjumeau, le cumul de l'activité des urgences et du CCSU permet d'observer, en cumul, une augmentation de 12% de la fréquentation. Or le calcul des tranches de FAU est réalisé sur l'année n-1, privant l'établissement des recettes correspondantes la première année.

Ainsi, pour reprendre l'exemple de l'expérimentation menée à Longjumeau, si en considérant le CCSU dans un cadre autonome et via un financement de type urgences, l'exercice est déficitaire la première année (à défaut de FAU) mais s'équilibre ensuite, il n'est pas possible d'occulter le fait que l'expérimentation s'inscrit dans un cadre hospitalier et engage toute la structure.

En établissant un bilan du CCSU dans le cadre hospitalier – comme faisant partie de l'activité des urgences – on constate une perte d'exploitation importante du GHNE.

Recettes par mois 2018			Dépenses par mois 2018		
Activité variable NGAP et CCAM et ATU	35 856 €		T1 direct strictement		
Tranche du FAU correspondant aux passages	- €		Médecins libéraux reversement	30 000 €	
			PH	24 382 €	
			Infirmières	10 900 €	3 IDE/ 1 mois
			T1 direct facturation		
			1 ETP caisses	2 917 €	1 poste recruté spécifiquement pour le CCSU
Total recettes par mois	35 856 €		Total charges de T1 par mois	68 199 €	
			Marge/T1 uniquement	-90,20%	
			Dépenses de titre 2 2018 mensuelles	1 484 €	
			Dépenses de titre 3 2018 mensuelles	1 734 €	
			Dépenses de titre 4 2018 mensuelles	1 500 €	
			Marge/T1+T2+T3	-103,36%	
				- 33 592 €	mensuel
			Déficit total annuel pour le GHNE	- 403 107 €	annuel

Illustration 6 : Bilan du CCSU expérimental, apprécié dans le cadre hospitalier

Dans le cadre hospitalier, l'ouverture du CCSU a généré 36.000€ de recettes supplémentaires, pour des dépenses nouvelles de 68.000€, seulement sur le titre 1. Au global, la perte générée par l'ouverture du CCSU au regard de l'année précédente s'élève à 403.000€.

Cette perte d'exploitation sur l'année 2018 démontre le manque d'intérêt à agir des EPS dans ce type de démarche. Elle est également un élément de démonstration des économies potentielles générées pour le régulateur lorsque ce type de structure pourra être rendue indépendante des EPS. L'expérimentation du CCSU est donc un investissement, qui permet de mettre en avant une réelle capacité d'absorption d'une part de l'activité hospitalière. Pour autant, l'implication des établissements publics de santé dans ce type de démarche implique un accompagnement financier pour éviter une perte de recette importante. Pour le GHNE, ce que l'on peut qualifier de retour sur investissement – pour le régulateur – interviendra en 2024 par le passage de 3 SAU à 1 seul.

Ainsi, le déport progressif de l'activité non complexe vers des CCSU ou des structures analogues constituerait un levier efficace de rationalisation des moyens. Encore faut-il pour cela donner aux établissements les moyens d'évoluer en ce sens, sans que toute initiative en la matière ne se traduise par une perte financière immédiate. La progressivité est nécessaire pour permettre à la structure hospitalière d'adapter peu à peu ses moyens aux diminutions d'activité rencontrées par l'établissement.

Parallèlement, le modèle financier des centres de consultations et de soins urgents de proximité doit être précisé, en conciliant une recherche d'économies pour le régulateur et une viabilité économique pour le porteur. Cette réflexion s'impose d'autant plus que les annonces présidentielles attendues pourraient ouvrir la porte à une refonte du financement du secteur hospitalier et sanitaire.

2.1.3 Un modèle financier à construire pour assurer une viabilité à moindre coût pour le régulateur

S'il est nécessaire d'anticiper et de prévoir les filières de prise en charge entre les CCSU et l'environnement hospitalier, tout l'intérêt de cette innovation consiste justement à concevoir un modèle de financement indépendant du cadre hospitalier. Par conséquent les CCSU n'ont pas vocation à demeurer rattachés à une structure hospitalière mais plutôt à trouver des porteurs indépendants – sur la base d'un cahier des charges à construire – pour porter cette offre de soins d'un nouveau genre.

L'expérimentation menée sur les premiers mois de fonctionnement du CCSU à Longjumeau permet d'établir un premier bilan des coûts de fonctionnement. En miroir, les recettes sont établies sur les ressources actuelles²⁴ – par nature dérogatoires – intégrant des financements hospitaliers (ATU-FAU) qui n'ont pas vocation à constituer un financement pérenne.

Recettes par mois							
Année	2018	Commentaire	2019	Commentaire	2020	Commentaire	à partir de 2021
Activité variable NGAP, CCAM et ATU	71 712 €	Projection année pleine sur la base du 1er semestre	95 616 €	Projection pour 20.000 passages	119 520 €	Projection pour 25.000 passages	119 520 €
Tranche du FAU correspondant aux passages CCSU 2017		Le FAU étant calculé sur les passages n-1, il n'intègre pas pour 2018 le flux du CCSU	109 000 €	FAU calculé sur 2018 avec 15k passages	130 873 €	FAU calculé sur 2019 avec 20 k passages	161 000 €
Total recettes par mois	71 712 €		204 616 €		250 393 €		280 520 €

Illustration 7 : Recettes mensuelles du centre, considéré ici comme une structure indépendante (type SAU)

A ce jour, le Forfait Accueil des Urgences étant calculé sur l'année n-1, il n'intègre pas l'augmentation d'activité générée par le CCSU. Sur l'année 2018, les ressources FAU sont donc nulles et constituent un manque de ressource important pour le CCSU.

Sur les années suivantes, en suivant l'évolution attendue du volume d'activité et la valorisation FAU, les recettes mensuelles du CCSU augmentent pour atteindre 280.000€ en restant dans ce cadre de financement dérogatoire.

²⁴ Dans le cadre de l'expérimentation menée au CCSU de Longjumeau, l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France a permis au GHNE de continuer à percevoir les forfaits ATU et FAU sur l'ensemble des passages aux urgences, CCSU compris. A ce financement s'ajoutent les cotations d'actes sur la base des nomenclatures CCAM et NGAP.

Dépenses par mois						
Années	2018		2019		2020	2021
T1 direct strictement						
Médecins libéraux reversement	30 000 €		31 579 €		39 474 €	39 474 €
PH	24 382 €		25 391 €		25 391 €	25 391 €
Infirmières	10 900 €	3 IDE/ 1 mois	10 900 €		10 900 €	10 900 €
T1 indirect			- €		- €	- €
Admissionnistes	5 833 €	2 admissionnistes	5 833 €		5 833 €	5 833 €
IAO	7 267 €	2 IAO	7 267 €		7 267 €	7 267 €
T1 direct facturation			- €		- €	- €
1 ETP caisses	2 917 €	1 poste recruté spécifiquement pour le CCSU	2 917 €		2 917 €	2 917 €
Temps finances à refacturer (0,25 ETP)	729 €		729 €		729 €	729 €
Total charges de T1 par mois	82 028 €		84 616 €		92 511 €	92 511 €
Marge/T1 uniquement	-14,39%		58,65%		63,05%	67,02%
Dépenses de titre 2 2018 mensuelles actuellement constatées hors pharmacie, laboratoire, imagerie	1 484 €		1 484 €		1 484 €	1 484 €
Dépenses de titre 3 2018 mensuelles hors pharmacie, laboratoire, imagerie	1 734 €		1 734 €		1 734 €	1 734 €
Dépenses de titre 4 2018 mensuelles hors pharmacie, laboratoire, imagerie	1 500 €		1 500 €		1 500 €	1 500 €
Marge/T1+T2+T3	-20,97%		56,34%		61,17%	65,34%
Résultat sur charges directes mensuelles	- 15 034 €		115 281 €		153 163 €	183 290 €

Illustration 8 : Dépenses mensuelles du centre, considéré ici comme une structure indépendante

Les dépenses sont essentiellement constituées par les charges de personnel pour un peu plus de 65.000€ par mois en personnel médical et infirmier, et 82.000€ au total de Titre 1 en intégrant le reste du personnel administratif et soignant – facturation, IAO, admissionniste – dédié (à terme) ou rattaché (à date).

Sur la première année, le résultat sur charges directes mensuel est de -15.034€. Sur l'année 2018, on observe donc un résultat négatif à hauteur de 180.000€, lequel s'équilibre les années suivantes avec l'intégration de la part de FAU dans ce modèle.

Années	2018		2019		2020	2021
Résultat sur charges directes annuelles	- 180 413 €		1 383 373 €		1 837 960 €	2 199 484 €

Le maintien d'un tel financement semble pourtant peu pertinent. Il faut rappeler d'ailleurs que le financement des urgences continue de faire l'objet de discussions sur la modulation du financement suivant les critères de gravité et de complexité de la prise en charge. Le rapport Grall notamment proposait d'aller en ce sens²⁵. Il s'agirait d'utiliser le levier financier pour inciter les services d'urgence à se concentrer sur la prise en charge des patients nécessitant une intervention hospitalière, en modulant le montant du financement à l'activité en fonction de la gravité des pathologies et des actes réalisés, et en créant un forfait de réorientation vers les structures de ville. Le financement au parcours fait déjà l'objet de toutes les attentions dans le PLFSS 2018.

²⁵ « La territorialisation des urgences », Jean-Yves GRALL, 22 juillet 2015

Dès lors, le financement des CCSU devra nécessairement aller lui aussi vers l'hybridation. L'analyse des coûts présentés dans ce bilan intermédiaire de l'expérimentation du CCSU à Longjumeau permet de tirer plusieurs enseignements :

- Une part des dépenses est incompressible, notamment les coûts de structure (loyer, matériel...), et une part des dépenses de personnel (IAO et IDE)
- Une part des dépenses est variable, notamment la rémunération des praticiens libéraux (aujourd'hui basée exclusivement sur la réversion d'un pourcentage des actes facturés)
- A ce jour la rémunération des praticiens hospitaliers est forfaitaire, dans le cadre d'emploi des praticiens hospitaliers, mais pourrait évoluer vers une part modulable, ce qui permettrait également d'envisager un financement variable de la structure, suivant l'activité

Au regard de ces éléments, il semble possible d'opter pour un financement hybride en allouant d'une part un forfait technique (équipement, charges de structures...), d'autre part un forfait soins (IDE) et enfin une tarification à l'acte ou par tranches de passages. Ce financement permettrait ainsi d'ouvrir une troisième voie, en favorisant le développement de structures de soins non programmés.

La question du financement n'est pas le seul blocage rencontré dans le cadre de cette expérimentation. La réglementation et les statuts qui s'appliquent aux établissements publics de santé constituent un carcan juridique, peu propice à l'innovation, particulièrement en matière d'emploi et d'attractivité.

2.2 Un carcan juridique peu propice à l'innovation

Comme en matière de financements, les statuts envisageables pour ces structures ville-hôpital renvoient à une vision binaire avec d'un côté des praticiens libéraux (en ville) et de l'autre des praticiens salariés sous statut (à l'hôpital). L'absence de modèle intermédiaire engendre un défaut d'attractivité certain qui implique d'envisager de nouveaux statuts ou contrats pour les praticiens qui exerceraient dans ces centres.

2.2.1 Un cadre d'emploi binaire libéral ou salarié, peu attractif

Deux catégories de praticiens exercent au sein du CCSU expérimenté à Longjumeau :

- Les praticiens libéraux : ils effectuent des vacations de 3 à 12h. Le GHNE facture l'ensemble de l'activité et reverse un pourcentage des actes aux praticiens, à hauteur de 90% pour les actes codés en NGAP et 70% pour les actes techniques CCAM. De plus, lorsque les actes techniques ne s'avèrent pas facturables, les praticiens libéraux touchent une part de l'ATU. Ceci a été décidé pour encourager les médecins à réaliser des actes dont les montants sont inférieurs aux consultations.
- Les praticiens hospitaliers : les praticiens hospitaliers impliqués dans l'expérimentation sont rémunérés en plages de temps additionnel (à l'exception de quelques praticiens qui y travaillent dans le cadre de contrats partagés SAU-CCSU, sur leurs obligations de service). Ils effectuent donc des vacations au-delà de leurs obligations de service au sein du service d'accueil des urgences.
Chaque plage complète – soit 7,8 heures – est rémunérée 321€ bruts. La garde aux urgences commençant à 18h, il a également été convenu que les praticiens qui

effectuent une plage comprise entre 19h et 22h touchent également un quart d'indemnité de sujétion. Il en est de même pour les plages effectuées les samedi après-midi, dimanche et jours fériés.

Pour une garde de 12h (journée complète du CCSU), la rémunération des praticiens hospitaliers est ainsi comprise entre 561€ bruts pour un jour de semaine et 828€ bruts pour un dimanche. La rémunération des libéraux, plus variable, peut parfois dépasser les 1000€ bruts sur une plage de 12h.

Ces conditions de rémunération sont finalement assez peu attractives. Les praticiens libéraux pourraient gagner davantage en restant dans leur cabinet (avec une activité plus intense). Les praticiens hospitaliers sont – à travail égal et au sein de la même structure – moins rémunérés que leurs collègues libéraux. Plus encore, cette rémunération n'est permise que par le recours aux plages additionnelles. Un praticien qui travaillerait au CCSU dans le cadre de ses obligations de service toucherait l'équivalent de 300€ pour une plage de 12 heures (sur la base d'une rémunération brute mensuelle de 4500€, aux 39h).

2.2.2 La nécessité d'imaginer une rémunération innovante, attractive et équitable

Pour innover, la rémunération des praticiens exerçant au sein de ces CCSU doit répondre à plusieurs exigences. Elle doit être attractive, afin que les praticiens de ville comme hospitalier soient incités à venir travailler dans ces structures. Elle doit aussi être équitable. Le travail en équipe au sein d'une même structure peut être facilement fragilisé par des écarts de rémunération du simple au double, comme ce peut être le cas aujourd'hui entre les praticiens libéraux et leurs homologues hospitaliers.

Aussi, pour le bon fonctionnement de ces structures, il est indispensable de permettre des dérogations au principe des statuts des médecins hospitalier (PH, PH contractuel, Praticien attaché, Assistant), peu attractifs ni compatibles avec ce mode d'exercice nouveau.

Le rapport Le Menn²⁶ proposait d'envisager des augmentations ciblées sur le début de carrière, sur certaines spécialités à la démographie défavorable, sur le mode d'exercice, mais également sur l'activité individuelle.

A l'instar de ce qu'il est possible de faire dans les structures privées (y compris celles participant au service public hospitalier), il serait salvateur que ces centres puissent établir des contrats dans les conditions suivantes :

- Paiement à la vacation (et non en demi-journées ou décompte horaire sur une base mensuelle fixe), permettant également d'adapter d'un mois sur l'autre l'implication du praticien dans le centre, en fonction de ses contraintes (exercice mixte) ou de celles du centre (baisse d'activité...)
- Rémunération avec une base fixe à la vacation, et une part variable ajustable en fonction du nombre de consultations réalisées.

Aujourd'hui seul le contrat de clinicien permet de mettre en place des objectifs, avec un niveau de rémunération de base qui n'est pas soutenable pour une telle structure.

²⁶ « L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester », Jacky LE MENN, Novembre 2015

Toutefois, Dans le numéro de mars 2009 de l'Institut de la gestion publique et du développement économique, Luc Rouban, membre du centre de recherches politiques de Sciences-Po, constate que « la mesure de la performance trouve vite ses limites lorsque le travail est réalisé en équipe, l'introduction de primes à la performance entraînant des perturbations dans les collectifs de travail ».

La solution pourrait être d'envisager un intéressement collectif sur l'activité de la journée, partagé entre les membres de l'équipe.

FOCUS 3 : proposition d'un nouveau contrat type « vacation »

Dans le cadre de l'expérimentation Longjumeloise, un premier travail a été amorcé pour concevoir un contrat de vacation basé sur l'équilibre suivant :

- ✓ Une rémunération à la vacation (3h), fixe et sur la base de la rémunération du temps de travail additionnel, calquée sur le temps de travail des urgentistes (soit 1 plage = 7,8h) ;
- ✓ Une compensation des congés payés : dans le secteur privé, les contrats de vacation intègrent généralement une compensation de congés payés à hauteur de 10% de la vacation ;
- ✓ Une compensation de l'assurance en perte d'exploitation, laquelle permet de couvrir le praticien en cas d'arrêt maladie (la succession de vacations ne permettant pas d'ouvrir droit à des congés maladie dans le cadre du droit commun).

Sur cette base, il serait pertinent de pouvoir moduler le tarif des vacations, en conservant une part fixe (sur la base d'une rémunération PH par exemple), et une part variable collective, suivant l'activité.

Un autre aménagement serait de permettre le calcul de congés payés et maladie sur la base du nombre moyen de vacations accompli sur une période de référence.

Au-delà de la dimension financière de l'attractivité des centres, l'évolution vers des modes d'exercice mixte apparaît comme un facteur d'attractivité non négligeable.

2.2.3 La pertinence du développement de l'exercice à temps partagé

Si les praticiens libéraux peuvent gagner davantage en restant dans leur cabinet, ils viennent toutefois en nombre exercer au sein du CCSU, en raison de la dimension collective et de la formation apportée par l'exercice au CCSU. De même, pour leurs confrères hospitaliers, l'exercice partagé entre le service d'accueil des urgences et le CCSU est très apprécié.

Le rapport Grall préconisait la création d'équipes territoriales d'urgentistes publics. Par analogie, la démarche de territorialisation et de gradation de la prise en charge de l'urgence pourrait plaider pour la constitution de ce type d'équipe territoriale qui pourrait être déployée en temps partagé entre le service d'accueil des urgences du territoire et des centres d'urgences de proximité.

La nature mixte de cette activité pourrait particulièrement répondre aux attentes de la nouvelle génération de praticiens qui n'entend plus circonscrire son activité aux seuls SAU, reconnus par tous comme particulièrement éprouvants physiquement et moralement.

L'attractivité, qu'elle s'exprime au travers du type de contrat, des conditions de travail ou de rémunération apparaît comme un critère déterminant de réussite de ces structures. A défaut, le problème sera le même que pour les SAU avec de fortes difficultés à boucler les plannings de garde et assurer la continuité, et la dérive progressive sur les effecteurs (praticiens à diplôme étranger) et le fonctionnement (débrayage).

2.3 Une taille critique à géométrie variable, dépendante du territoire et des besoins locaux : 3 sites, 3 contextes, 3 modèles

L'expérimentation proposée par le GHNE a pour vocation de sortir du strict cadre hospitalier pour repenser la prise en charge, dans une logique de meilleure gradation, conciliant qualité et excellence du plateau technique et proximité, notamment des urgences et soins non programmés.

Avant le déménagement des activités hospitalières vers le nouvel hôpital, le projet prévoit l'ouverture de 3 Centres – accueillant 25.000 passages/an/centre – à Longjumeau et Juvisy (à la place ou en proximité des sites actuels) ainsi qu'à Sainte-Geneviève-des-Bois.

Les contextes et historiques de chacun des territoires sont très différents, ils appellent donc à adapter la taille et l'organisation de chacun des centres aux enjeux locaux, et à envisager un développement progressif à mesure de l'avancement de la restructuration de l'offre.

2.3.1 L'expérimentation de Longjumeau : une première étape en contiguïté d'un SAU et d'un SMUR

L'expérimentation menée à Longjumeau, dès décembre 2017, avait pour vocation de démontrer la possibilité de transfert d'une part de l'activité des urgences vers une structure de ce type. A ce jour, avec 2 cabinets médicaux (soit 2 médecins 7/7 et 12h/jour) et une IDE, ce sont déjà plus de 40 patients par jour qui sont pris en charge au sein du CCSU. Comme l'avait souligné Monsieur Didier Jaffre, Directeur de l'offre de soins de l'ARS Ile-de-France « le CCSU prend déjà en charge, avec des moyens réduits, davantage de patients que nombre de services d'accueil des urgences en France ».

Pour atteindre l'objectif des 20.000 à 25.000 passages par an et par centre, il semble toutefois nécessaire de développer cette offre de manière itérative. En effet, le démarrage de l'expérimentation plaide déjà pour plusieurs développements :

- Le renfort d'un personnel administratif pour gérer l'accueil, le secrétariat, l'orientation des patients, ainsi que le lien (à développer) avec la régulation. Aujourd'hui, l'IDE présente assure les soins mais aussi l'accueil et des tâches de secrétariat. Il pourrait s'agir d'un profil administratif (type admissionniste ou Aide-soignant en reclassement) ou plus soignant (par exemple un renfort infirmier/IAO). Le renfort nécessaire estimé s'élève à 3 ou 4 ETP²⁷ pour assurer une présence en continue, doublée sur les pics d'affluence.
- Le développement d'actions de télémédecine dont le modèle reste à construire.

²⁷ Déjà pris en compte dans les modèles économiques présentés dans la partie précédente

- L'éventuelle montée en charge du centre avec davantage de cabinets, ou la mise en place d'une zone d'attente, permettant d'augmenter le flux, avec comme impact la nécessité d'augmenter le soutien en personnel soignants.

De plus, il est nécessaire d'envisager l'évolution du centre dans la perspective de la disparition du site hospitalier. A ce jour le CCSU s'appuie sur le plateau technique hospitalier qui a vocation à disparaître. Pour le bon fonctionnement du centre, il restera nécessaire de maintenir une offre d'imagerie, ainsi qu'une offre de biologie. Ce plateau technique réduit ne doit pas nécessairement être exploité directement par le CCSU, mais les partenariats à développer avec des acteurs publics ou privés doivent permettre de maintenir un plateau technique minimum, pour assurer la prise en charge de ces urgences.

A terme, le CCSU devra également proposer des consultations avancées, en pédiatrie, en chirurgie et en gynécologie notamment, assurée par les praticiens de l'hôpital de Saclay. La dernière phase devra également permettre de mettre en place, avec d'autres acteurs, des consultations spécialisées (pneumologie, cardiologie). On passera alors du concept de CCSU, permettant de compenser une partie importante des passages aux urgences actuelles, à un concept plus proche de celui d'« hôpital ambulatoire », intégrant un plateau technique léger (biologie et imagerie notamment).

Ce modèle, évoqué dans le rapport Mesnier, était encore soutenu récemment par le Docteur Olivier Véran, dans une émission consacrée à la crise démographique et structurelle des services d'urgence : « Mettons en place des structures de soins urgents non programmés : petit plateau technique d'imagerie et de biologie, intervention de médecins hospitaliers et/ou libéraux... Mettons en place ce type de structures qui fonctionne très bien à l'étranger, qui fonctionne aussi très bien en France lorsqu'elles existent ; et qui permettent d'offrir une autre réponse que la venue à l'hôpital dans les urgences. »²⁸

En matière de soins non programmés et de solutions alternatives aux urgences, il ne peut exister de modèle unique. Ainsi le centre de consultations et de soins urgents envisagé à Juvisy répond-il à une demande et un calendrier différent, du fait d'une fermeture plus imminente.

²⁸ « Des urgences hospitalières contraintes de fermer cet été faute de médecins », Le fait du jour, Europe 1, 30 juillet 2018

2.3.2 L'exemple de Juvisy : la nécessité de l'intégration de cabinets de consultations avancées pour pallier la fermeture progressive du site

Le site de Juvisy, qui ne propose plus d'activité de chirurgie, ni de maternité, sera le premier des trois à fermer. A ce jour, le site de Juvisy compte un service d'urgence, une base SMUR et une activité de médecine. Le CCSU juvisien doit ouvrir fin 2019, début 2020, et précédera de peu la fermeture du site. Il doit donc plus qu'ailleurs apporter une offre de substitution, permettant de maintenir la qualité et la proximité de la prise en charge des urgences malgré l'éloignement du plateau technique hospitalier.

Aussi, le modèle à déployer sur le site de Juvisy devra être conçu en phase avec le calendrier de réorganisation du site, qui prévoit notamment des transferts d'activité à Longjumeau ou Orsay, et une fermeture définitive du site à l'horizon fin 2020. Un des scénarii envisageables est d'installer le CCSU dans les locaux des urgences à la fermeture de ces dernières, en contiguïté du plateau d'imagerie. Si cette solution s'avère non pérenne²⁹, elle présente l'avantage de permettre la continuité de fonctionnement du CCSU le temps de mettre en place une autre solution qui peut être celle de la construction d'un bâtiment spécifique.

De la même manière, à la fermeture du site, sans être allé jusqu'à confirmer le modèle économique, l'expérimentation en cours devra permettre un fonctionnement durable et une organisation stabilisée.

A l'instar du CCSU de Longjumeau qui verra se développer une offre de consultations avancées et de spécialité à la fermeture du site, le CCSU de Juvisy doit permettre dès son ouverture de proposer ce type de consultations. De même, la fermeture proche du service des urgences implique d'organiser dès à présent le lien entre ce CCSU et les SAU persistants (à Orsay et Longjumeau dans un premier temps, puis à Saclay) et de mettre en place les partenariats nécessaires au maintien d'un plateau technique suffisant (imagerie et biologie).

Plus que dans le périmètre, le CCSU de Juvisy se distingue de celui de Longjumeau par le calendrier de mise en œuvre, plus resserré. A terme, ces deux centres devraient proposer une offre et une organisation similaires, et être chacun adossés à une base SMUR pour la prise en charge de l'urgence vitale. Le CCSU de Sainte-Geneviève-des-Bois est plus singulier, notamment en ce qu'il ne s'inscrit pas dans un historique hospitalier.

²⁹ Le plan de financement du projet de Saclay intègre la vente des actuels sites hospitaliers de Longjumeau, de Juvisy et d'Orsay. L'implantation des CCSU au sein même de ces périmètres diminue nécessairement la valorisation des sites et fragilise de fait le plan de financement du projet. Il est donc nécessaire de prendre en compte cet aspect pour déterminer les sites d'implantation définitifs de chaque CCSU.

2.3.3 Le cas singulier de Sainte-Geneviève-Des-Bois : un troisième CCSU davantage tourné vers la ville et dépourvu de base SMUR

La commune de Sainte-Geneviève-des-Bois n'accueille pas aujourd'hui de site hospitalier. La localisation de la commune et les échanges avec les élus et partenaires du territoire a amené à envisager l'ouverture d'un troisième CCSU du fait de l'éloignement du plateau technique hospitalier.

Il s'agit donc bien ici de proposer une offre de soins non programmés et de petites urgences, et de limiter les besoins de déplacement aux urgences de Saclay, mais il ne s'agit pas de s'inscrire dans la continuité d'un site hospitalier.

De ce fait, les modalités d'organisation de ce troisième CCSU restent à construire. En l'absence d'appui hospitalier en proximité, ce centre devra s'appuyer davantage sur la ville, et être porté par ou en lien avec les acteurs libéraux et des structures publiques ou privées volontaires pour assurer la gestion quotidienne de la structure. Ce centre ne sera pas non plus adossé à une base SMUR. Les trois bases étant implantées respectivement à Saclay, Longjumeau et Juvisy.

Ces trois centres, chacun adaptés aux besoins de leur territoire, devront chacun permettre d'accueillir 25.000 patients chaque année. Le GHNE accueille aujourd'hui 130.000 passages aux urgences. En 2024, l'augmentation tendancielle permet d'envisager un besoin de 160.000 passages répartis comme suit : 25.000 passages dans chacun des 3 CCSU et 55.000 passages sur le site de Saclay.

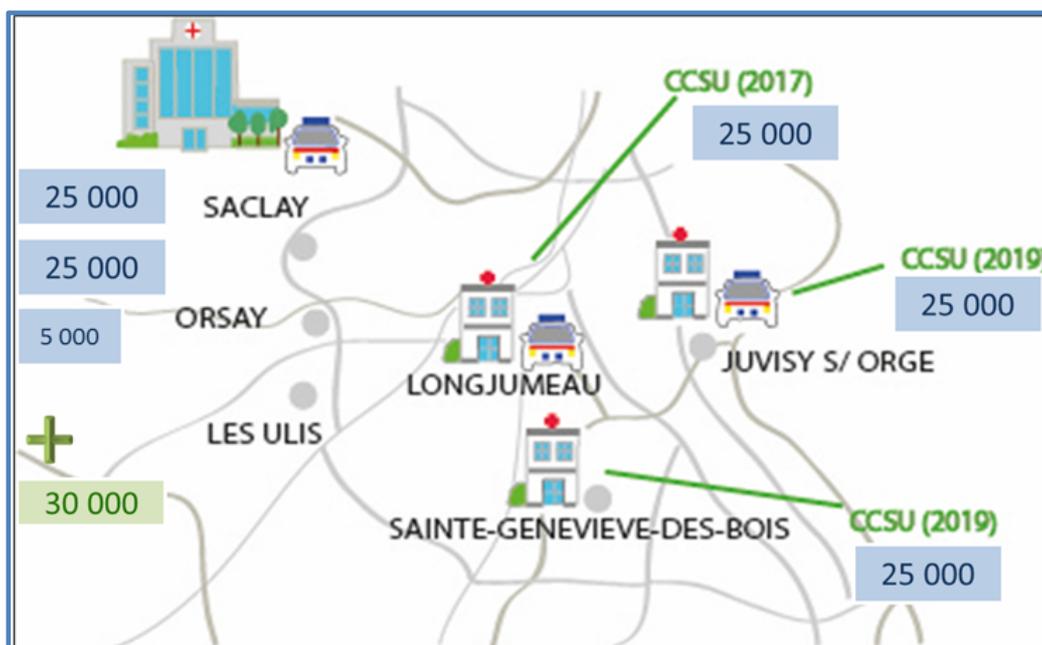


Illustration 9 : Ventilation des passages 160.000 aux urgences entre le site hospitalier (SAU) et les 3 CCSU

Le service d'accueil des urgences de Saclay est dimensionné pour accueillir 85.000 passages, ce qui laisse une marge d'évolution raisonnable.

L’instruction du dossier déposé dans le cadre du COPERMO, de même que les questions soulevées par les élus et la population locale ont conduit le GHNE à faire évoluer le concept des CCSU. Imaginés à l’origine comme des centres de santé hospitaliers tenus en partie par des urgentistes, le concept a évolué vers l’idée d’un « Hôpital ambulatoire » ou tout du moins de structure d’urgences de proximité, associant une prise en charge des petites urgences, des bases SMUR, des cabinets de consultations avancées et un plateau technique léger.

Ce modèle doit être stabilisé, et s’adapter aux réorganisations progressives des sites et activités dans la perspective de l’hôpital de Saclay. Le principal défi reste celui de la précision du modèle, et de son intégration dans l’organisation des soins du territoire. Ce qui devra nécessairement faire l’objet d’une réflexion en lien avec la tutelle.

3 De l'expérimentation à la reproductibilité : un modèle à stabiliser et à conforter dans le cadre d'un travail avec la tutelle

Le GHNE s'est donc fortement investi dans cette expérimentation, en s'appuyant autant que possible sur les préconisations des rapports officiels parus sur le sujet. Les enseignements de ce projet ne seront pas uniquement liés au projet d'hôpital Paris-Saclay, mais transposables aux nombreux établissements qui connaissent une situation de croissance exponentielle des passages, dans un contexte démographique et architectural des SAU qui devient critique.

L'objectif est de :

- Permettre un décloisonnement de la ville et de l'hôpital dans le secteur du soin non programmé à la faveur d'un exercice commun ;
- Désengorger les services d'accueil des urgences embolisés par des patients de faible niveau de sévérité, qu'ils ne peuvent juridiquement pas récuser ; et de rapidement diminuer le volume des effectifs au SAU ;
- Éduquer le patient sur les pathologies qui relèvent réellement d'un accueil en SAU ;
- Suivre de manière mesurée les résultats de l'expérimentation, en construire – en lien avec la tutelle – un modèle de financement adapté ;
- A terme et après le déménagement à Saclay, proposer dans ces centres des consultations avancées de spécialités et organiser sur le territoire un point d'entrée déporté vers l'hôpital, au plus proche des patients.

En conciliant désengorgement des urgences, proximité, lien ville-hôpital et logique de parcours, les CCSU ont toute leur place dans la réflexion en cours sur les soins non programmés. Pour envisager la transposition du modèle à d'autres contextes ou situations, encore faut-il que ce dernier soit stabilisé, non seulement en termes de cadre économique et juridique – comme exposé précédemment – mais encore également sur l'intégration dans le parcours de soins, la pédagogie auprès de la population ou encore le portage de la structure et la régulation.

3.1 Le défi d'une conciliation d'intérêts divergents : acteurs libéraux, hospitaliers et structures privées

L'émergence d'un projet de structure de soins non programmés portée par un établissement de santé a – à ses débuts du moins – suscité une réticence certaine de la part des opérateurs de premier recours, libéraux notamment. Les interactions ou pourrait-on dire la « concurrence » entre le CCSU et les opérateurs de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) pose également plusieurs questions de financement comme d'optimisation de l'offre. Finalement, la perspective d'intégration de la Maison Médicale de Garde (MMG) au sein du centre semble constituer le meilleur levier de convergence des intérêts des acteurs de ville et hospitaliers.

Dépasser ces blocages constitue une étape nécessaire à la transposition de ce modèle à d'autres situations.

3.1.1 Lever la réticence des acteurs libéraux

De prime abord, les praticiens libéraux se sont élevés contre le principe du portage d'une structure de soins non programmés par un établissement de santé. Le champ des soins non programmés devant être laissé aux médecins de ville, effecteurs historiques et légitimes des soins de premiers recours.

Deux dimensions du projet ont été de nature à inverser cette tendance. La première repose sur le fait que si les CCSU sont portés par le GHNE, l'hôpital n'a pas nécessairement vocation à demeurer l'unique porteur de ces structures. Le développement des centres s'inscrivant dans le cadre d'un projet hospitalier, et le cadre de financement de l'hôpital permettant davantage de marge de manœuvre, il était plus simple et cohérent de faire porter l'expérimentation par le GHNE. Une fois le modèle stabilisé, il pourra être porté par d'autres opérateurs, privés ou libéraux, dès lors que le cahier des charges établi (accessibilité, secteur 1, tiers payant...) est respecté.

La seconde dimension singulière réside dans un fonctionnement dual, la permanence étant assurée conjointement par un praticien hospitalier et un praticien libéral du territoire. Ainsi, si la gestion du centre relève aujourd'hui d'un établissement de santé, les CCSU ne peuvent être considérés comme des structures hospitalières, mais doivent plutôt être vues comme de véritables centres ville-hôpital. De ce fait, l'implication massive de l'association des médecins libéraux du territoire³⁰ dans l'émergence du projet a permis de lever les réticences initiales.

Toutefois, les interactions entre l'activité du CCSU et la PDSA posent un certain nombre de questions qui doivent être levées pour envisager la pérennisation du modèle.

3.1.2 Limiter les superpositions avec la permanence des soins ambulatoires

Les CCSU ont vocation à assumer une part de l'activité des services d'urgence. L'augmentation du nombre de passages aux urgences résulte en partie du retrait progressif de certains acteurs libéraux de la permanence des soins ambulatoires.

Toutefois, plusieurs organisations continuent de garantir une permanence des soins ambulatoires (PDSA). C'est le cas d'abord des Maisons Médicales de Garde (MMG), ouvertes aux horaires de la PDSA, les weekend et jours fériés. La permanence au sein de ces MMG est assurée par les médecins libéraux volontaires sur le territoire. L'accès aux soins dans ces structures doit en principe faire l'objet d'une régulation via le centre 15 qui orientera le patient vers une structure hospitalière ou une MMG suivant son état de santé. Reste qu'en semaine, la nuit, l'hôpital, les pompiers et SOS Médecins sont bien souvent les seuls effecteurs disponibles.

Ensuite un certain nombre d'organisations privées se sont développées pour apporter une réponse à la demande de soins non programmés, notamment aux heures de la PDSA, mais pas seulement. L'Association SOS Médecins notamment permet de solliciter la visite d'un médecin, 24h/24 et 7 jours sur 7.

En mettant en place un centre de consultations et de soins urgents, ouvert de 10h à 22h, le modèle du CCSU doit nécessairement être interrogé au regard de ces organisations préexistantes.

³⁰ Association des Médecins Libéraux de la Vallée de l'Yvette (AMLVY), association regroupant les praticiens libéraux participant à la permanence des soins ambulatoires au sein de la Maison Médicale de Garde de Longjumeau

De même, ces deux entités n'étant pas financées pareil, pour un service rendu identique, il devient là encore nécessaire de s'interroger sur la cohérence entre les deux entités.

Plus prosaïquement, vers qui orienter un patient qui sollicite le centre 15 à 20h pour une urgence mineure ? Faut-il l'adresser au CCSU ou bien à la MMG ? L'une des solutions semble être de développer des synergies, quitte à intégrer la MMG au sein du CCSU.

3.1.3 Renforcer les liens ville- hôpital par l'intégration de la MMG au sein du centre

Les praticiens libéraux intervenant au sein du CCSU sont – dans la mesure du possible - des médecins du territoire, participant également à la liste de garde de la MMG de Longjumeau, ou des remplaçants. La MMG est aujourd'hui implantée dans des locaux du Centre communal d'action sociale (CCAS), mis à disposition gratuitement par la ville de Longjumeau. L'ouverture du CCSU, mieux situé, amène déjà un certain nombre de patients à s'orienter directement aux urgences de Longjumeau – espérant une orientation vers le CCSU – en s'affranchissant de la régulation médicale.

Pour ces deux raisons, l'Association des médecins libéraux du territoire (AMLVY) a voté, au cours d'une réunion, d'intégrer la maison médicale de garde au sein des murs du CCSU, à 18 voix contre une.

Le principe de cette intégration a été validé par l'ARS Ile-de-France. De même, la Fédération des Associations de Médecins de l'Essonne (FAME), qui centralise les financements alloués par l'ARS au titre de la PDSA du département, a donné son accord, et proposé de faciliter l'implication des médecins libéraux dans le CCSU.

La mise à disposition des locaux du CCSU, soit du GHNE, à la maison médicale de garde nécessite toutefois de trouver un accord sur le loyer versé en compensation des locaux et de la mise à disposition du plateau technique. Des discussions sont en cours entre la FAME, le GHNE et l'ARS sur ce sujet, dans le cadre des revues annuelles de contrat de la PDSA.

La question de l'harmonisation des règles de financement n'a pas non plus pu être résolue. Un médecin libéral qui exercerait au sein du CCSU toucherait une part des actes facturés, par nature variable suivant l'activité ; là où son confrère, exerçant au titre de la PDSA, est assuré d'un revenu minimum par le truchement des majorations et garanties de revenus applicables en l'espèce. La mise en place d'un revenu fixe ou d'une garantie de revenu semble en effet nécessaire pour attirer les praticiens libéraux au sein de ces structures, notamment dans les périodes de l'année où l'activité est moins importante.

Tout l'intérêt de cette intégration de la MMG au sein du CCSU est de permettre un renforcement des liens ville-hôpital et de rendre plus lisible les modalités d'accès aux soins non programmés pour la population. Il n'en reste pas moins que ni les CCSU, ni les MMG n'ont vocation à être des structures en libre accès.

Pour ne pas connaître le même accueil que les services d'urgences, il semble nécessaire d'éduquer la population et de renforcer la régulation médicale téléphonique.

3.2 La pédagogie à déployer auprès de la population pour optimiser la gradation des soins

En termes d'organisation des soins, l'innovation doit d'abord se faire avec les professionnels de santé, ce qui a pu être le cas à Longjumeau, où la conceptualisation des CCSU s'est faite au sein de groupes de travail impliquant praticiens hospitaliers et libéraux. Mais pour que ce nouvel échelon dans la gradation des soins trouve écho auprès de la population, encore faut-il la convaincre de la pertinence et de la qualité de cette offre, mais aussi éduquer la population aux différents niveaux de prise en charge, et enfin renforcer le rôle de la régulation médicale dans l'accès aux soins de premier recours.

3.2.1 L'enjeu de conviction de la population

La conviction de la population constitue un enjeu majeur de réussite du modèle. La médiatisation et les craintes véhiculées par chaque fermeture d'un site hospitalier ne sont pas de nature à favoriser l'adhésion de la population à des alternatives au recours aux urgences.

FOCUS 4 : le débat sémantique, porteur d'enjeux systémiques

Lors des prémices de ces centres, il était question de « Centres de soins non programmés » (CSNP). L'expérimentation menée à Longjumeau a finalement été présentée sous la désignation de « Centre de consultations et de soins urgents » (CCSU), sigle utilisé par commodité dans les lignes de ce mémoire.

A mesure que le projet avançait et que la réflexion s'orientait vers un renforcement capacitaire de la structure, la mise en place de consultations avancées, le recours à la télé médecine et l'adjonction d'un plateau technique d'imagerie et de biologie, Monsieur Didier Jaffre, Directeur de l'Offre de Soins de l'ARS Ile-de-France, a avancé le concept « d'hôpital ambulatoire ». Ailleurs, le rapport du HCAAM décrit une organisation comparable sous certains aspects en parlant de « Centre de santé communautaire ».

Cette question sémantique, qui pourrait sembler secondaire, a pourtant son importance, notamment dans l'image renvoyée auprès de la population. Le 22 juin 2018, un Comité Territorial des Elus Locaux (CTEL), a été organisé avec l'ensemble des élus du territoire (parlementaires et maires des communes de plus de 5000 habitants) pour présenter le projet de Saclay.

La désignation de ces structures d'urgences de proximité y a fait l'objet d'un débat particulièrement animé. Certains considéraient que la référence à la notion « d'hôpital » était abusive car non comparable en termes de plateau technique et d'organisation. D'autres au contraire trouvant la notion rassurante et parlante pour la population, et considérant que les liens étroits entre ces structures et l'hôpital de recours permettaient de parler d'« hôpital ambulatoire ».

Avant de penser à la désignation de ces centres, l'existence du Comité de défense des hôpitaux locaux, la pétition et les quelques manifestations organisées – même si elles n'ont pas rencontré un succès significatif auprès de la population – témoignent de l'inquiétude d'une part de la population. Pourtant, chose rare, les élus de tous bords soutiennent ce projet malgré les fermetures de site.

Le Docteur Patrick Pelloux, urgentiste et Président de l'Association des Médecins Urgentistes de France, considère ainsi que « ce qui est innovant dans ce projet, et qui est parfaitement en phase avec ce siècle, c'est de considérer que l'on ferme certes 3 services d'urgence pour en ouvrir un nouveau – unique – mais que l'on monte en parallèle 3 centres de consultations et de soins urgents ».

C'est cette dimension qui doit permettre d'emporter la conviction de la population. Certes le plateau technique hospitalier est concentré à Saclay, mais l'hôpital conserve un lien avec le territoire par une offre d'urgences de proximité, et la garantie d'une prise en charge de l'urgence vitale avec 3 bases SMUR. Le projet permet donc de passer de 3 sites de prise en charge des urgences, à 4, avec une meilleure organisation de l'offre et une gradation optimale. Patrick Pelloux ajoutait également « Il y a un seul et même groupe, différentes fonctions, différentes structures – en ville ou à l'hôpital – mais avec une même équipe, dans une logique de filière, à l'identique de la logique des GHT ».

De la même manière, dès lors que la population est convaincue que cette réorganisation permettra d'améliorer la qualité et l'accessibilité aux soins urgents et non programmés, il est important d'éduquer chacun aux différents niveaux de prise en charge.

3.2.2 L'enjeu d'éducation de la population

Le discours ambiant tend à considérer que les urgences sont « encombrées par des gens qui n'ont rien à y faire ». Chacun pourtant a une bonne raison de s'y présenter. L'un faute d'avoir un médecin traitant, l'autre à défaut d'avoir pu obtenir un rendez-vous, un autre encore parce qu'il est 21h, et que les cabinets sont fermés, ou encore un résident en EHPAD, parce que sa santé s'est dégradée et que la nuit, il n'y a pas d'infirmière et a fortiori de médecin pour lui administrer des médicaments.

En réorganisant l'offre de soins, il est donc nécessaire en parallèle d'éduquer la population sur les bons niveaux de prise en charge en fonction de leur état de santé, même en cas d'urgence ressentie. Il faut distinguer les urgences lourdes, les urgences mineures, et les demandes de soins non programmés. Si à l'ouverture de l'hôpital de Saclay, les patients continuent de se présenter systématiquement au SAU, le service sera submergé et sous-dimensionné. A ce titre, le circuit actuel mis en place dans le cadre de l'expérimentation et passant systématiquement par les urgences, permet un premier niveau d'éducation. Les patients réorientés vers le CCSU comprennent que leur prise en charge ne relève pas nécessairement d'un service d'urgence et du plateau technique sur lequel il s'appuie. En résumé, une urgence qui ne nécessitera pas une hospitalisation n'a pas vocation à être prise en charge à l'hôpital.

Enfin, l'axe d'éducation majeur n'est pas tant celui de « l'autorégulation ». Un patient n'étant pas médecin, il ne pourra pas facilement apprécier la réalité de ce qu'il ressent comme une urgence. Il faut donc redoubler d'efforts pour faire connaître le rôle de la régulation médicale du centre 15 et renforcer son rôle dans l'accès aux soins de premier recours.

3.2.3 L'enjeu de régulation des passages

Le centre 15 est une plateforme téléphonique de régulation dédiée à la prise en charge des urgences et aux problèmes de santé qui ne peuvent attendre le lendemain. En fonction des situations, le centre 15 déclenche la mobilisation du SMUR, l'orientation vers un SAU proche, ou une Maison médicale de garde, ou encore la redirection vers le médecin traitant lorsqu'il y a lieu, ou vers des structures de soins non programmés lorsqu'ils existent. Cette régulation opérée par le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) permet de limiter les recours non justifiés aux urgences, encore faut-il que la population connaisse l'existence et le fonctionnement du 15.

A la fermeture des 3 sites d'urgences, si les CCSU demeuraient en accès libre non régulés, ils seraient non seulement submergés, mais entreraient également en conflit avec toute l'organisation des soins de ville.

Le recours à la régulation constitue une piste intéressante. Elle permettrait suivant les situations d'orienter les patients vers le service d'urgences de Saclay ou vers l'un des CCSU immédiatement ou sur rendez-vous dans la journée. Cela implique simplement d'organiser la gestion des plannings du CCSU, dès lors que certains patients se présenteront spontanément dans les centres. L'établissement d'un planning partagé, alimenté par l'accueil du CCSU comme par le centre 15, permettrait de lever cet obstacle.

De toute évidence, la régulation constitue le chaînon manquant pour permettre une répartition pertinente des patients entre :

- Une prise en charge immédiate via le SMUR
- Une orientation vers un service d'urgence hospitalier (en l'occurrence Saclay ou Corbeil-Essonnes)
- Une orientation vers un CCSU, directement ou sur rendez-vous dans la journée
- Une redirection vers les soins de ville

Le rapport Mesnier insiste également sur ce point en soulignant que « l'extension à la journée de la régulation téléphonique des centres 15, (...), apparaît, au regard des expériences étrangères comme de l'ensemble des auditions réalisées, à terme, comme une des conditions essentielles de la pleine réussite du dispositif ».

En Essonne, des discussions sont actuellement en cours avec la tutelle et le SAMU pour envisager l'extension de la régulation à cette nouvelle offre.

La conciliation d'intérêts parfois divergents et l'éducation de la population apparaissent comme deux enjeux majeurs pour stabiliser ce modèle comme pour envisager de le transposer à d'autres territoires ou situations. Les CCSU en cours de développement dans l'Essonne résultent d'une longue maturation, en concertation avec l'ensemble des acteurs du territoire et en vue de répondre aux enjeux locaux.

Les situations similaires ne manquent pas et le principe de structures locales d'urgences et de soins non programmés trouveraient à s'appliquer dans nombre d'autres territoires. Il en résulte la nécessité d'un cadre juridique modulable et adaptable aux enjeux locaux.

3.3 La nécessité d'un cadre juridique modulable et adaptable aux enjeux locaux

La reproductibilité du modèle des centres de consultations et de soins urgents implique d'abord de préciser son cadre juridique, tant sur les modalités d'emploi des personnels – médicaux notamment – que sur la nature juridique de la structure et les conditions de son financement. Mais pour ce faire, et pour rendre possible son application à une diversité de situation, il est indispensable de concevoir un cadre juridique modulable.

3.3.1 L'adaptabilité de la taille et de l'organisation, corollaire de la diversité des territoires

Le seul exemple du projet du Groupe Hospitalier Nord-Essonne permet déjà de voir se dessiner deux ou trois modèles de centres. Le CCSU de Longjumeau, premier ouvert, s'oriente vers un dimensionnement large et une articulation avec la base SMUR qui demeure sur le site. Le CCSU de Juvisy, assez similaire, se distinguera toutefois par un éloignement plus grand du site hospitalier, et par le fait que la population et les élus expriment une attente forte du maintien d'un service d'urgences. Le CCSU de Sainte-Geneviève-des-Bois enfin s'annonce très différent, d'une taille plus réduite, et sans doute avec une intervention plus forte des acteurs libéraux. Ici, le centre pourra s'apparenter davantage à un gros centre de santé, proposant des soins non programmés et la réalisation d'actes techniques, à l'instar des services dits « urgent care » au COSEM³¹ à Paris.

Ailleurs, à Parthenay par exemple, la fermeture d'un site hospitalier en juin 2018 a laissé la place à un centre de soins non programmés, adossé à une base SMUR, avec une permanence médicale assurée par un seul médecin de 9h à 21h, et le renfort du médecin du SMUR. La nuit, l'urgentiste étant absent, c'est le médecin du SMUR qui participe en même temps au centre et au SMUR. Ce modèle ne peut être envisagé pour un nombre de passages important.

La diversité des situations qui amène à envisager la mise en place de centre de soins urgents et non programmés doit conduire à garantir une adaptabilité de la taille et des modalités d'organisation des centres. Dès lors, la modularité du cadre juridique apparaît comme une condition nécessaire à la diversité des porteurs de projets.

³¹ Centres de santé Saint-Michel et Auber, portés par le COSEM (Coordination des Œuvres Sociales et Médicales), et proposant « des consultations sans rendez-vous de petites traumatologies et de soins immédiats »

3.3.2 La modularité du cadre juridique, condition nécessaire à la diversité des porteurs de projets

Le cadre juridique doit être adaptable pour deux raisons. Non seulement la variabilité des tailles et l'organisation impliquent de ne pas être directif sur ces paramètres et de laisser aux acteurs la liberté d'une configuration optimale pour chaque situation. Mais également car les porteurs de projet n'ont pas tous la même nature juridique. Établissements publics de santé, Établissements privés à but non lucratif, cliniques, acteurs libéraux ou encore associations, autant d'acteurs qui peuvent être amenés à s'investir dans le développement de ce type de centre.

Ainsi, concevoir un cadre juridique néo-hospitalier, ou au contraire assimiler ces centres aux statuts et conditions de fonctionnement de centres de santé, ne pourrait que limiter les opportunités de développement de ces centres. Pour revenir au projet essonnien, le centre ouvert à Longjumeau est aujourd'hui porté par l'hôpital, mais sa gestion pourrait demain être confiée à un GCS, ou à la clinique voisine sous réserve du respect de conditions d'accessibilité (secteur 1 et tiers payant). Plus encore, le centre de Sainte-Geneviève-des-Bois – qui ne s'inscrit dans aucun historique hospitalier – aurait plutôt vocation à être porté par des acteurs libéraux.

C'est également le sens des recommandations portées par le rapport consacré aux Centres de soins non programmés³² : « Les ARS devront impérativement (...) proposer le cadre le plus souple possible basé sur quelques obligations minimales fixées par un cahier des charges national ». Le rapport propose notamment « l'obligation de proposer des tarifs de secteur 1 ainsi que le tiers payant, la disponibilité d'appareils de biologie et d'imagerie ou la contractualisation avec des laboratoires et des cabinets de radiologie pour offrir un accueil immédiat préférentiel, la disponibilité d'un petit matériel minimal, et le retour systématique vers le médecin traitant ».

Le modèle des CCSU – ou plus largement des centres de soins non programmés – doit donc s'affranchir du cadre hospitalier et favoriser autant qu'il est possible l'innovation dans les organisations et la pluralité des porteurs. Chaque ARS doit donc établir, sur la base d'un modèle national, un cahier des charges régional permettant d'offrir un cadre juridique et financier à ces structures dont l'opportunité ne fait plus de doute.

³² « Assurer le premier accès aux soins : Organiser les soins non programmés dans les territoires », Thomas MESNIER, mai 2018

Conclusion

Les enjeux du projet de réorganisation de l'offre de soins du Nord-Essonne n'ont rien d'original. 3 structures de taille intermédiaire ou réduite, un état de vétusté important, une concurrence croissante, et à terme, le risque d'une disparition de l'offre publique sur le territoire. La fusion des établissements, puis le projet de construction d'un nouvel établissement pour accueillir les activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique a permis d'avancer dans le sens d'une amélioration de la qualité des soins aigus, par une concentration des plateaux techniques.

Cette concentration des sites hospitaliers est à l'œuvre sur tout le territoire et à tous les niveaux. Les progrès technologiques et l'évolution des besoins appellent en effet à une rationalisation des moyens, à une spécialisation croissante et donc à une concentration des plateaux techniques.

Il n'en reste pas moins que cette concentration des plateaux techniques se traduit inévitablement par un éloignement des sites hospitaliers pour certains bassins de population, et de fait par un éloignement des services d'urgence. Comment dès lors maintenir un accès à un service d'urgences « à moins de 30 minutes de chaque citoyen ». La solution réside certainement dans la territorialisation des urgences, c'est-à-dire dans une gradation de la prise en charge des urgences. Aujourd'hui il existe d'un côté les urgences hospitalières, de l'autre la médecine de ville. Les solutions intermédiaires sont rares.

L'exemple des Centres de consultations et de soins urgents qui doivent être implantés dans l'Essonne pour pallier la fermeture des sites hospitaliers ouvre des perspectives intéressantes. En conciliant concentration hospitalière, maintien de l'accès aux soins urgents de proximité et sécurisation des urgences vitales par le maintien de 3 bases SMUR, les CCSU permettent d'améliorer à la fois l'accessibilité et la qualité des soins.

En associant des médecins urgentistes de l'établissement (circuit court), mais également des médecins généralistes du territoire, le CCSU propose une modalité d'organisation innovante qui renforce les liens ville-hôpital.

L'intérêt médical de l'expérimentation n'est pas uniquement de déporter la simple activité de consultation (20% des passages aux urgences actuels, et davantage en pédiatrie), mais également la pratique d'actes techniques courants qui ne sont plus ou peu assurés en ville aujourd'hui, de manière à amener la médecine générale à prendre en charge l'urgence de première intention. De nombreux praticiens libéraux sont intéressés par cette perspective de polyvalence et par le nouveau mode d'exercice qui sera proposé, fortement collégial.

Encore faut-il dépasser le stade de l'expérimentation et permettre une stabilisation de ces centres, de leur mode de fonctionnement, de leur cadre juridique et de leur financement. C'est en ce sens que le Groupe Hospitalier Nord-Essonne a déposé un projet d'innovation en santé dans le cadre de l'article 51 de la Loi de Financement pour la Sécurité Sociale pour 2018³³. Cet article permet le financement des expérimentations portant notamment sur « la coordination du parcours de santé, la pertinence et la qualité des prises en charge

³³ Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

sanitaire, sociale ou médico-sociale, la structuration des soins ambulatoires et l'accès aux soins ».

Les CCSU semblent pouvoir s'inscrire dans ce cadre. Un financement par ce biais permettrait de stabiliser l'expérimentation, et de mener une évaluation et une adaptation continue de la structuration des centres pour permettre – à terme – une pérennisation. L'inscription des CCSU dans le cadre d'une expérimentation article 51 permettrait également d'alimenter la réflexion nationale sur les centres de soins non programmés, et de participer à la consolidation d'un modèle national, encadré et modulable.

« Nous sommes nos choix » disait Jean-Paul Sartre. Aujourd'hui, faisons le choix de sortir du cadre cloisonné ville-hôpital, et d'aller vers une meilleure gradation des soins, en rendant à l'hôpital ce qui relève de son action – les soins aigus et l'urgence vitale – et à la proximité, ce qui doit lui rester – à savoir la prise en charge des soins urgents et non programmés. Gageons que les annonces présidentielles d'une « transformation en profondeur » du système de santé – attendues à l'automne 2018 – permettront d'aller dans ce sens.

Bibliographie

RAPPORTS

- TOUPILLIER D, « La modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé », Janvier 2011
- COUTY E, « Le pacte de confiance pour l'hôpital », Mars 2013
- VERAN O, « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte », 17 Décembre 2013
- FHF, Commission permanente de l'attractivité médicale « L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public », 2014
- GRALL J-Y, « La territorialisation des urgences », 22 Juillet 2015
- LE MENN J, « L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester », Novembre 2015
- VERAN O, « L'évolution des modes de financement des établissements de santé », 4 Avril 2017
- Commission des affaires sociales du Sénat, Mme COHEN L., GENISSON C. et M. SAVARY R-P, « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », 26 Juillet 2017
- Organisation de Coopération et de Développement Économique, « Panorama de la santé 2017 », 23 Novembre 2017
- MESNIER T, « Assurer le premier accès aux soins : Organiser les soins non programmés dans les territoires », Mai 2018
- Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, « Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé », Avis du 24 Mai 2018

ETUDES

- DREES, « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés », Études & Résultats, n° 72, Juillet 2000.
- DREES, « Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières », Actes du colloque du 18 novembre 2014, Dossiers Solidarité et santé, N°63, Juin 2015

PERIODIQUES ET REVUES

- EL OUALIDI M-A, Janah SAADI J, EL HIKI L, ARTIBA A, « Améliorer la prise en charge des urgences », Gestions hospitalières, N°509, Octobre 2011
- BUDET J-M, « La territorialisation des activités d'urgences : L'organisation des urgences hospitalières...la quête du Graal ? », Gestions hospitalières, N°549, Octobre 2015
- VENIER F, JOLY L-M, « Carrières médicales : l'attractivité hospitalière », Gestions hospitalières, N°559, Octobre 2016
- BEY I, BERGMANN J-F, BIZOT P, RAFFALLI F, LOPES A, KRIEF E, PLAISANCE P, « Fluidité de l'aval des urgences : l'engagement de Lariboisière », Gestions hospitalières, N°564, Mars 2017
- BAGUET F, « Les urgences hospitalières : Miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », Gestions hospitalières, N°570, Novembre 2017
- CHAPUIS C, « Urgences...danger grave et imminent », Gestions hospitalières, N°573, Février 2018

TEXTES JURIDIQUES ET REGLEMENTAIRES

- Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018
- Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale
- Circulaire Interministérielle N°DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)

SITES INTERNET ET RESSOURCES EN LIGNE

- PIFFARETTI A, « Un hôpital du futur sur le plateau de Saclay », LesEchos.fr, 20 février 2018
- QUEGUINER T, « L'Amuf pointe la "responsabilité morale" d'Agnès Buzyn dans l'état de crise actuel des urgences », Hospimedia, 20 mars 2018
- « Mort d'une jeune femme à Strasbourg : le manque de moyens du SAMU et de formation mis en cause », LeMonde.fr, 9 mai 2018
- QUEGUINER T, « La DGOS donne en partie raison aux urgentistes dans son décret sur l'effectif minimal aux urgences », Hospimedia, 1er juin 2018
- QUEGUINER T, « Les urgentistes attendent toujours du concret sur le "scandale sanitaire" de leur "no bed challenge" », Hospimedia, 14 juin 2018
- QUEGUINER T, « L'été aux urgences s'annonce tendu en Île-de-France avec 1 242 plages de 12 heures vacantes », Hospimedia, 25 juin 2018

Liste des annexes

- **ANNEXE I.** Liste des personnes rencontrées dans le cadre du mémoire
- **ANNEXE II.** Courrier de la Ministre apportant son soutien au projet de Saclay
- **ANNEXE III.** Extraits de la présentation du projet de Saclay au Comité territorial des élus locaux du 22 juin 2018

ANNEXE I - Liste des personnes rencontrées dans le cadre du mémoire

Comme annoncé dans la méthodologie, la plupart des personnes rencontrées ci-dessous l'ont été dans un cadre professionnel, sans grille d'entretien. Toutefois, la nature des échanges et des discussions tenues a permis tout au long de ce stage de mûrir la réflexion sur les Centres de consultations et de soins urgents (CCSU) qui font l'objet d'une analyse dans ce mémoire.

Internes au Groupe Hospitalier Nord-Essonne :

- Mme Anne CARLI-CHAM, Secrétaire générale
- Dr Isabelle CATALA, Médecin urgentiste, Praticien au CCSU, Journaliste santé
- M. Yves CONDE, Directeur de la stratégie
- Dr Laurence COMBES, Médecin urgentiste, Chef de service des urgences au Centre Hospitalier de Longjumeau
- Dr Bruno FAGGIANELLI, Médecin urgentiste et smuriste, Chef de service du SMUR de Juvisy, Président de la Commission Médicale d'Établissement, Secrétaire Général de l'Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF)
- M. Emeline FLINOIS, Directrice adjointe en charge de la Cellule nouvel hôpital
- Dr Alain HAUTEFEUILLE, Médecin urgentiste, Chef du Pôle Accueil Soins Urgents et Intensifs, Co-responsable de l'expérimentation du CCSU
- Dr Roland HELLIO, Médecin urgentiste réanimateur, Chef du Pôle Médecine Aigüe, Vice-Président de la Commission Médicale d'Établissement
- Mme Anne-Céline LABANSAT-BASCOU, Directrice des finances et de l'activité
- Dr Mélanie POUTRAIN, Médecin urgentiste, Médecin responsable du CCSU
- Dr Jean-François RICOIS, Médecin libéral, Praticien au CCSU, Président de l'Association des Médecins Libéraux de la Vallée de l'Yvette (AMLVY)
- M. Guillaume WASMER, Directeur

Externes au Groupe Hospitalier Nord-Essonne :

- Mme Cécile DUTRIAUX, Coordinatrice, Fédération des Associations de Médecins de l'Essonne (FAME)
- M. Aquilino FRANCISCO, Conseiller technique, ARS Ile-de-France
- M. Julien GALLI, Délégué départemental de l'Essonne, ARS Ile-de-France
- Dr Romain HELLMANN, Médecin urgentiste, Conseiller médical, ARS Ile-de-France
- M. Didier JAFFRE, Directeur de l'Offre de soins, ARS Ile-de-France
- Dr Nathalie KHENISSI, Responsable du Département Ambulatoire et Services aux Professionnels de Santé, Délégation départementale de l'Essonne, ARS Ile-de-France
- M. Damien NICOLINI, Infirmier, Président, Association Espace Vie (91)
- Dr Philippe PARANQUE, Médecin libéral, Fondateur et Responsable de SOS Médecins 91, Président de la Fédération des Associations de Médecins de l'Essonne (FAME)
- Dr Patrick PELLOUX, Médecin urgentiste, Praticien Hospitalier au SAMU de Necker, Président de l'Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF)
- Dr Béatrice SEVADJIAN, Directrice adjointe du pôle Ville-Hôpital, ARS Ile-de-France

ANNEXE II. Courrier de la Ministre apportant son soutien au projet de Saclay



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le 14.6.2018

N/Réf. :
V/Réf. :

Madame la Présidente du Conseil de Surveillance,

Vous m'avez fait part de votre attachement au projet d'investissement majeur, porté par le Groupe Hospitalier Nord Essonne, de regroupement des 3 sites hospitaliers de Longjumeau, Orsay et Juvisy dans une structure unique sur le plateau de Saclay.

Ce projet d'investissement a fait l'objet le 30 mai 2018 d'une présentation devant le comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO), lequel a pour mission de fixer à tous les projets d'investissement des objectifs ambitieux garantissant à la fois la pertinence du projet, son insertion dans la politique régionale de l'offre de soins et la maîtrise de la dépense publique.

Après une analyse menée par le groupe technique interministériel en lien étroit avec l'agence régionale de santé (ARS) Ile de France et une contre-expertise indépendante pilotée par le secrétariat général pour l'investissement (SGPI), le COPERMO m'a fait part de son avis positif sur ce projet, sous réserve d'un engagement et d'un soutien forts de l'ARS Ile de France pour garantir sa réussite.

J'ai donc le plaisir de vous informer que j'ai décidé de suivre cet avis et de soutenir ce projet qui permet d'une part de moderniser et d'adapter l'offre de soins publique et d'autre part d'anticiper les mutations démographiques attendues sur le territoire Nord Essonne.

Le COPERMO ayant formulé plusieurs recommandations, destinées en particulier à sécuriser l'ensemble des paramètres du projet de reconstruction ainsi que la recomposition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire concerné, je demande au directeur du GHNE de les suivre avec la plus grande attention, avec l'appui de l'ARS.

Conformément à mes engagements, l'établissement bénéficiera d'un accompagnement financier au niveau national de 50 M€ afin de sécuriser le financement de l'opération de modernisation, dont le coût des travaux est estimé à 196,8 M€ (hors équipements), soit une aide représentant 25,4 % du coût du projet.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente du Conseil de surveillance, l'expression de ma considération distinguée.


Agnès BUZYN

Madame Sandrine GELOT
Présidente du Conseil de surveillance
Groupe Hospitalier Nord Essonne
159, Avenue François Mitterrand
91 160 Longjumeau

14, AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP
TÉLÉPHONE : 01 40 56 00 00

ANNEXE III. Extraits de la présentation du projet de Saclay au Comité territorial des élus locaux du 22 juin 2018

Retour sur la séance du 30 mai 2018



Avis FAVORABLE



• « Un projet indispensable pour permettre à l'établissement de continuer à assurer son rôle primordial pour le service public de santé » ;

- 65M€ d'aides dont 15M€ d'aides ARS ;
- Un suivi de la mise en œuvre du projet structuré autour de 7 recommandations



9

Le projet : une réorganisation globale de l'offre de soins



1 – La construction d'un hôpital sur le plateau de Saclay



Mise en service : 2024

10

Saclay : L'hôpital dans l'environnement du plateau



Pasrel : un partenariat CEA / GHNE sans équivalent



- Un partenariat depuis 1958 ;
- Un bâtiment contigu et relié par sous-terrain;
- Accès à un plateau technique de pointe en médecine nucléaire;
- Accès à des espaces de recherche et d'innovation



Projet *Pasrel*

Cette interface est une opportunité unique permettant d'intensifier le développement d'applications en santé.

Une offre tournée vers les étudiants du plateau

- Un centre de santé géré par la FSEF installé au sein de l'hôpital et une offre destinée à cette population aux besoins spécifiques (Zone Ambulatoire)
- Un accès privilégié au plateau technique de l'hôpital

Un incubateur pour les start up du plateau

- Hébergement de Living Lab au sein de l'hôpital orienté autour de la *médecine connectée*

14

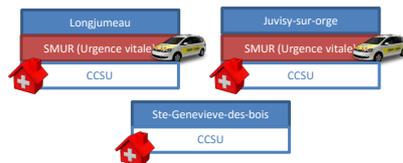
Le projet : une réorganisation globale de l'offre de soins



□ 1 – La construction d'un hôpital sur le plateau de Saclay



□ 2 – L'implantation de 3 hôpitaux ambulatoires : CCSU



25 000 patients / centre

15

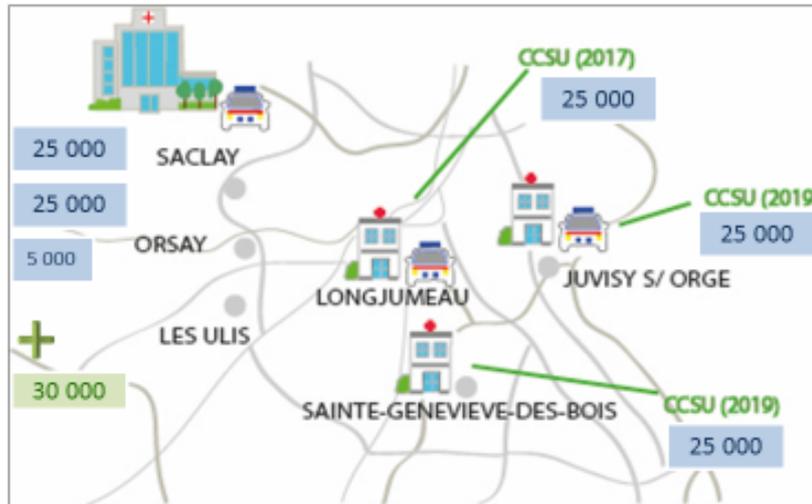
Demain : 160 000 passages en soins urgents



2017 : 130 000 passages aux urgences

= 25 000 25 000 25 000 25 000 25 000 5 000

2024 : 160 000 passages aux urgences

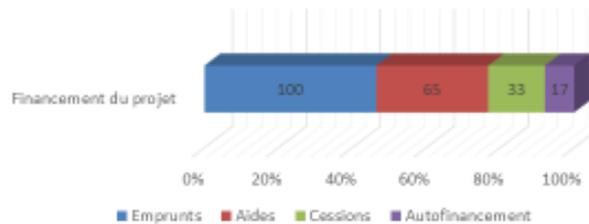


Le financement du projet



Coût de l'investissement : 215M€

Ventilation des financements



Les CCSU : d'un socle minimal à un véritable hôpital ambulatoire

Etape 1 : La prise en charge des urgences de faible sévérité

- Une présence médicale (1 urgentiste et 1 généraliste) ;
- Une présence infirmière
- Un plateau technique adapté
- Un adossement des SMUR sur les sites de Longjumeau et de Juvisy



Expérimentation en cours depuis décembre 2017 à Longjumeau : **7000 patients**, 12 urgentistes, 8 libéraux.
De 10h à 22h
PROCHAINE ETAPE : intégration de la MMG

Etape 2 : Mise en place de consultations avancées et accès à un service social

- Consultations de chirurgie, pré et post opératoire
- Consultations avancées de suivi de grossesse (sage femme ou gynécologue)
- Consultations de pédiatrie
- PASS



Etape 3 : Accès à de la médecine de spécialité

- Une offre construite avec les libéraux du territoire



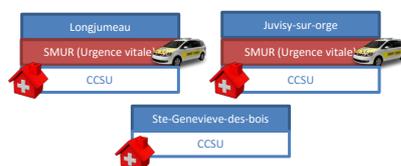
16

Le projet : une réorganisation globale de l'offre de soins

1 – La construction d'un hôpital sur le plateau de Saclay



2 – L'implantation de 3 hôpitaux ambulatoires : CCSU



3 – Maintien de la psychiatrie et centralisation du SSR



19

Directeur d'Hôpital

Promotion 2017-2018 « Camille Claudel »

**La territorialisation des urgences
comme réponse à la concentration des plateaux techniques**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : -

Résumé :

La gradation des soins, encouragée par la récente mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), a vocation à répondre aux impératifs de sécurité des soins et de juste utilisation des ressources. Dans ce cadre, la concentration des plateaux techniques et la spécialisation croissante des établissements ne doit pas conduire à négliger l'accès aux soins de proximité.

Parallèlement, la saturation des services d'accueil des urgences témoigne d'une organisation à bout de souffle qui doit se réinventer pour survivre.

Le Groupe Hospitalier Nord-Essonne, rassemblant les centres hospitaliers de Longjumeau, Juvisy et Orsay, s'est engagée dans une mutation fortement restructurante qui cherche à concilier qualité des soins et maintien de l'accès aux soins de proximité. L'ouverture à l'horizon 2024 d'un nouvel hôpital concentra les activités de médecine, chirurgie et obstétrique du groupement conduit à fermer les 3 anciens sites, et donc leurs 3 services d'urgences.

Afin de préserver un accès aux soins de proximité, particulièrement dans la prise en charge des soins non programmés et des petites urgences, 3 centres de consultations et de soins urgents sont ou seront répartis sur le territoire, adossés pour deux d'entre eux à des bases SMUR. Ils ont pour objet d'offrir un accueil quotidien, de 10h à 22h, pour assurer la prise en charge de soins urgents et non programmés ne nécessitant pas un plateau technique hospitalier.

Ce mémoire propose une analyse des enjeux qui ont amené le Groupe Hospitalier Nord-Essonne à proposer ce modèle innovant, et de l'orientation progressive vers un modèle que certains n'hésitent pas à qualifier « d'hôpital ambulatoire ». Ce qui s'apparente à une territorialisation graduée des urgences devrait ainsi permettre d'apporter une réponse à la concentration des plateaux techniques, en Essonne comme ailleurs.

Mots clés :

Urgences ; soins urgents ; territoire ; proximité ; innovation en santé ; gradation des soins ; centres de soins non programmés ; CSNP ; centres de consultations et de soins urgents ; centre de santé ; coopération

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.