



**EHESP**

---

**Filière DH**

Promotion : **2018 - 2019**

Date du Jury : **Octobre 2019**

---

**Restructurations et transformations  
des services d'urgences dans un cadre  
budgétaire contraint : opportunités et  
limites**

*L'exemple du Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély*

---

**Adrien MOURA**



---

# Remerciements

---

Je souhaite en premier lieu remercier M. Fabrice LEBURGUE, Directeur des Centres Hospitaliers de Saintonge et de Saint Jean d'Angély et maître de stage, pour l'accueil qu'il m'a réservé au sein de son équipe de direction, sa confiance et pour la possibilité qu'il m'a offerte de travailler sur un tel projet.

Je tiens également à remercier l'ensemble de l'équipe de direction de la Direction commune des Centres Hospitaliers de Saintonge, Saint Jean d'Angély et EHPAD de Matha et Saint Savinien pour leur bienveillance, leur partage d'expérience et nos nombreux échanges qui m'ont permis de réaliser un stage d'une grande richesse, tant intellectuelle qu'humaine. Je garderai de nos réunions de travail sur l'étude de l'opportunité de la mise en place d'un centre de soins non programmés à Saint Jean d'Angély un excellent souvenir et de précieux enseignements.

Mes remerciements vont également à M. Jean-Jacques GICQUEL, Président de la Commission Médicale d'Établissement du Centre Hospitalier de Saintonge, pour le temps qu'il m'a accordé et son regard avisé sur le sujet des soins non programmés. L'énergie et les convictions mises au service du CH de Saint Jean d'Angély et de son territoire sont pour beaucoup dans la préservation de son offre de soins.

Je remercie de plus M. Benoit KUCHLY, Chef du Pôle Médecines Polyvalente et Gériatrique - Urgences – USC, pour son regard de terrain et son partage d'expériences des urgences et du SMUR à travers les territoires, qui m'a permis de murir ma réflexion sur le sujet des soins non programmés.

Plus largement, je tiens également à remercier l'ensemble des personnels des Centres Hospitaliers de Saintonge et de Saint Jean d'Angély qui a contribué à la réussite de ce stage et à la réalisation de ce mémoire par sa disponibilité et sa bonne humeur.

Je remercie Mme Marianne SIMON, Directrice adjointe au CH Nord Deux-Sèvres pour son accueil au centre de soins non programmés de Parthenay et ses précieux enseignements sur la mise en place d'un tel modèle, qui ont largement contribué à la réalisation de ce travail.

Je souhaite enfin remercier M. Michel LOUAZEL, Professeur à l'EHESP, Directeur de l'Institut du Management et référent Mémoire, pour son accompagnement dans la construction de ce travail.



---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
1 Un projet de réorganisation et de transformation du SAU du CH de Saint Jean d'Angély s'inscrivant dans un contexte complexe et contraint .....	7
1.1 Définition de la situation du Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély : un établissement fragilisé par une position en retrait sur un territoire rural et défavorisé ....	7
1.1.1 <i>Diagnostic territorial et populationnel</i> .....	7
1.1.2 <i>Diagnostic stratégique</i> .....	10
1.2 Un contexte financier dégradé induisant une réorganisation des activités de l'établissement.....	13
1.2.1 <i>Situation financière de l'établissement et méthodologie d'élaboration du CREF</i> .....	13
1.2.2 <i>Contenu du CREF</i> .....	16
1.3 Réorganisation et transformation des services d'urgences : la structuration et la prise en compte croissante de la réponse au besoin de soins non programmés de la population .....	18
1.3.1 <i>Des modèles protéiformes qui ne sont pas toujours adaptés au Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély</i> .....	18
1.3.2 <i>Des expériences de restructuration et transformation de SAU en CSNP a priori transposables au projet angérien</i> .....	21
2 Vers la transformation du SAU du Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély : Étude de la pertinence d'une telle solution.....	26
2.1 Analyse comparative de la situation du CH de Saint Jean d'Angély et des modèles de CSNP mis en place sous le prisme de l'activité et de la patientèle accueillie.....	26
2.1.1 <i>Analyse : Exploitation des données d'activité de l'ORU-NA</i> .....	26
2.1.2 <i>Conclusions : Des situations non identiques et non transposables</i> .....	29
2.2 Analyse comparative des dimensions économiques et organisationnelles (RH).....	30
2.2.1 <i>Une transformation du SAU angérien en CSNP entraînant des impacts organisationnels importants</i> .....	30
2.2.2 <i>Une transformation du SAU angérien en CSNP engendrant des gains financiers limités</i> .....	33
2.3 Le poids du changement pour les acteurs et des imperfections non levées : la réponse partielle apportée par le CSNP .....	35

2.3.1	« L'essence verticale » du projet et la difficulté à faire adhérer les différents acteurs.....	35
2.3.2	La transformation du SAU angérien en CSNP ne remédierait pas aux difficultés structurelles de l'établissement .....	38
3	L'actuelle non-pertinence du projet angérien révèle la nécessité d'un modèle conforté et stabilité : conditions de réussite.....	40
3.1	Les Centres de Soins Non Programmés : un modèle à conforter .....	40
3.1.1	Évaluations et retours d'expérience des établissements ayant mis en place un CSNP.....	40
3.1.2	Vers la nécessité de la définition d'un cadre et d'un modèle arrêtés ?.....	42
3.2	Mise en place d'un CSNP : La nécessité d'une démarche projet au cœur du métier de Directeur d'hôpital .....	44
3.2.1	La concertation, une étape indispensable à la réalisation d'un tel projet.....	45
3.2.2	L'information à la population, un préalable garantissant le succès du projet.....	47
3.3	La pérennité et la réussite du SAU angérien peuvent résider dans la mise en place de solutions alternatives au CSNP .....	50
3.3.1	A court terme, les autres propositions réalisées dans le cadre du CREF auraient pu apporter une réponse aux difficultés du SAU angérien.....	50
3.3.2	A moyen terme, une politique dynamique d'attractivité médicale doit être menée pour accompagner l'activité du service .....	53
	Conclusion.....	55
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

ALD : Affections Longue Durée  
ANACOR : Antennes d'Accueil de traitement et d'Orientation des urgences  
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
ARE : Allocations de Retour à l'Emploi  
ARS : Agence Régionale de Santé  
AS : Aide-Soignant  
ASH : Agent des Services Hospitaliers  
CAF : Capacité d'Autofinancement  
CAMPE : Centre d'Aide Médico-Psychologique à l'Enfance  
CASPA : Centre d'Aide et de Soins pour Adolescents  
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel  
CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences  
CH : Centre Hospitalier  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CMP : Centre Médico-Psychologique  
CPP : Centre Périnatal de Proximité  
CREF : Contrat de Retour à l'Équilibre Financier  
CRP : Compte de Résultat Principal  
CRRA : Centre de Régulation des Appels  
CSG : Court Séjour Gériatrique  
CSNP : Centre de Soins Non Programmés  
CSP : Catégories Socio-Professionnelles  
DAF : Dotation Annuelle de Fonctionnement  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins  
DH : Directeur d'Hôpital  
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses  
ESMS : Établissement Social et Médico-Social  
FIR : Fonds d'Intervention Régional  
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire  
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire  
HC : Hospitalisation Complète  
HDJ : Hôpital de Jour  
HDS : Hôpital de Semaine

HPDD : Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée  
IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation  
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat  
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique  
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique  
MG : Médecine Générale  
MIG : Mission d'intérêt Général  
MMG : Maison Médicale de Garde  
MPR : Médecine Physique et de Réadaptation  
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle  
ORL : Oto-Rhino-Laryngologique  
ORUNA : Observatoire Régional des Urgences de Nouvelle-Aquitaine  
PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires  
PRE : Plan de Retour à l'Equilibre  
PRS : Plan Régional de Santé  
QVT : Qualité de Vie au Travail  
ROI : Retour sur Investissement  
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente  
SATU : Service d'Accueil et de Traitement des Urgences  
SAU : Service d'Accueil des Urgences  
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours  
SMP : Service de Médecine Polyvalente  
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation  
SROS : Schéma Régional de l'Offre de Soins  
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation  
T2A : Tarification A l'Activité  
TIF : Taux d'Indépendance Financière  
TPE : Très Petite Entreprise  
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée  
UPATOU : Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences  
USC : Unité de Soins Continus  
VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes



## Introduction

« Il faut profiter de l'occasion de porter secours avant qu'elle n'échappe et on sauvera ainsi le malade pour avoir su en profiter <sup>1</sup> ». C'est dans ces termes que dès le Vème siècle avant J.-C. Hippocrate abordait déjà la notion d'urgence de la médecine dans son Corpus Hippocratique.

Si l'urgence peut aujourd'hui se définir comme le caractère de « ce qui ne peut être différé, qui doit être fait, décidé sans délais »<sup>2</sup>, il n'en demeure pas moins que ses intrications avec la médecine sont le fruit d'une histoire ancienne. En effet, cette « nécessité d'agir vite » a dès l'Antiquité été appréhendée en matière médicale, et ce notamment en lien avec la médecine militaire. Les périodes historiques qui se succédèrent furent marquées par un nombre important de guerres, nécessitant l'ouverture d'une réflexion sur le sort réservé aux blessés. C'est ainsi par exemple que dès le VIème siècle, l'Empire Byzantin se dota de « *despotatoi* »<sup>3</sup>, corps de cavaliers-infirmiers constituant les prémices des ambulances militaires.

La notion de « médecine d'urgence » commence à faire son apparition dans un certain nombre de publications<sup>4</sup> avec les découvertes scientifiques et médicales des XVII et XVIIIème siècles. Ces avancées médicales allaient ainsi servir l'organisation des soins urgents, avec la création de nouvelles structures permettant de prendre en charge les malades dans l'urgence. La fin du XVIIIème siècle voit par exemple l'apparition de sociétés de secourisme, mises en place au service des victimes de noyade et d'asphyxie. Toutefois, les révolutions industrielles et l'essor du monde ouvrier allaient marquer un tournant dans la prise en charge de l'urgence médicale. En effet, les préoccupations allaient alors davantage se focaliser sur « l'armée de réserve<sup>5</sup> », formée par le prolétariat, en proie à de nouvelles formes d'accidents en lien avec le travail industriel.

Il est cependant nécessaire de constater que la prise en charge de l'urgence médicale n'était pas encore spécifiquement rattachée à l'hôpital en tant qu'institution. Il faudra donc attendre les premiers encadrements légaux et réglementaires pour que la prise en charge des urgences, au sein d'un service dédié de l'hôpital, se structure peu à peu. Le texte fondateur en la matière est certainement la circulaire ministérielle du 1<sup>er</sup> juillet 1959 qui habilite expressément les établissements de santé à recevoir des urgences. Elle sera

---

<sup>1</sup> HIPPOCRATE, « Traité des maladies », *entre 420 et 350 avant J.-C*

<sup>2</sup> Dictionnaire Larousse, 2018

<sup>3</sup> BAROT, F., « La médecine d'urgence : Évolution du concept, de l'antiquité au SAMU », Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, 1998

<sup>4</sup> TISSOT, S.A., *Avis au peuple sur sa santé*, 1763

<sup>5</sup> MARX, K., *Le Capital*, Chap. 25, 1867

rapidement complétée par la circulaire du 13 août 1965, portant davantage sur l'organisation des services d'urgences et de réanimation et qui consacre pour la première fois l'expression « service d'urgences des hôpitaux ». Enfin, la loi Boulin de « réforme hospitalière » du 31 décembre 1970<sup>6</sup> s'inscrit pleinement dans la tendance à la reconnaissance du rôle de l'hôpital dans le traitement des urgences médicales en consacrant « l'obligation pour les hôpitaux publics de recevoir toutes les urgences ».

L'encadrement légal et réglementaire sera ensuite davantage focalisé sur l'aspect organisationnel des urgences à l'hôpital. C'est dans ce cadre que s'inscrit la circulaire du 29 octobre 1973 qui établit une fiche technique décrivant l'unité d'accueil et de réception des urgences, complétée de manière plus consistante par la circulaire Veil du 29 janvier 1975. Celle-ci insiste sur l'organisation des lieux pour l'accueil des urgences et contient un certain nombre de recommandations visant à l'amélioration de la prise en charge des urgences à l'hôpital. Au terme de ce texte, l'accueil des urgences a vocation à être organisé dans des locaux bien situés, faciles d'accès, et suffisamment vastes. Sont également consacrés les principes selon lesquels il doit s'agir d'un dispositif permanent, organisé autour d'un chef de service nommé. Enfin, côté offre de soins sur le territoire, la circulaire fixe un seuil d'un service d'urgences pour 300 000 habitants.

Les années 1980 seront ainsi marquées par l'essor des urgences hospitalières, dans un contexte d'augmentation régulière du nombre de passages. Les services des urgences commencent ainsi à jouer un rôle majeur dans le fonctionnement des établissements. Toutefois, un certain nombre de difficultés naissantes commence à être souligné, notamment dans l'avis du Conseil Économique et Social de 1989<sup>7</sup> sur « l'urgence à l'hôpital » et repris dans le rapport Steg de 1993<sup>8</sup> : des équipes d'accueil inadaptées, des procédures insuffisantes voire inexistantes et des locaux encore peu fonctionnels. Aussi, dès le début des années 1990, ces faiblesses furent prises en compte par les pouvoirs publics, notamment par le biais de la circulaire du 15 janvier 1990<sup>9</sup> qui acta le renforcement des équipes médicales et paramédicales aux urgences, en insistant également sur la nécessité d'une formation particulière et adaptée. En outre, le volet plus social des urgences commençait également à être appréhendé puisque ce texte encourage le développement de la collaboration des services d'urgences avec les assistantes sociales et insiste sur « l'humanisation » de l'accueil.

Cette prise de conscience des difficultés rencontrées se traduira alors dans les faits par la parution d'un « guide d'organisation des urgences », définissant de manière précise la

---

<sup>6</sup> Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

<sup>7</sup> Conseil Économique et Social, avis 1989-08 du 12 avril 1989, « L'urgence à l'Hôpital »

<sup>8</sup> STEG A., « Rapport sur la médicalisation des urgences », 1993

<sup>9</sup> Circulaire DH/DGS - 90.326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration de l'accueil des urgences

mission des services d'urgences : « *Accueillir tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats dont la prise en charge n'a pas été programmée, qu'il s'agisse d'urgences lourdes ou d'urgences ressenties* ». Il insistera également sur les moyens qui doivent être associés à ces services d'urgences (plateau technique 24h/24, archivage médical et administratif...). La caractérisation des avancées en la matière se manifeste par exemple dans la consécration du métier d'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO).

Plus encore, deux décrets de 1995 et de 1997 vont venir amplifier ce regard nouveau vis-à-vis des services d'urgences à l'hôpital. En premier lieu, le décret du 9 mai 1995<sup>10</sup> va s'inscrire dans les plates-bandes du rapport Steg de 1993 en prévoyant l'identification de deux types de structures distinctes : les Services d'Accueil et de Traitement des Urgences (SATU) et les Antennes d'Accueil de traitement et d'Orientation des urgences (ANACOR). Si cette dichotomie était conservée sur la forme, sur le fond elle serait remplacée par le décret du 30 mai 1997<sup>11</sup> qui consacrerait les Services d'Accueil des Urgences (SAU) et les Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU). Ces deux décrets vont en outre actualiser les normes de fonctionnement relatives aux services d'urgences à l'aune des ordonnances de 1996<sup>12</sup>, instituant ainsi notamment la réalisation d'un SROS urgences. En outre, ils confirment le mode de fonctionnement de ces services (accueil des patients en situation d'urgence, MCO comme psychiatrique, sans sélection, 24h/24, 365 jours/an, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale).

Les missions des SAU restent sensiblement les mêmes, à savoir l'accueil sans distinction et en permanence de toute personne en situation d'urgence s'y présentant, dans lequel seront dispensés des soins de courte durée. Cependant, pour comporter un SAU, les établissements doivent désormais disposer en interne de certaines spécialités et de moyens humains propres (un médecin responsable PH, au moins un médecin présent 24h/24 et 365 jours par an, au moins deux IDE présents en continu toute l'année...).

Les UPATOU quant à elles conservent la mission d'accueil et d'examen clinique sans sélection, toute l'année et en continu de toute personne en situation d'urgence se présentant aux urgences. Elles traitent donc en leur sein et avec les moyens habituels les malades nécessitant des soins courants de médecine générale ou de psychiatrie, ou qui nécessitent des actes chirurgicaux simples. La mission d'orientation de ces unités de proximité est fondamentale puisqu'elles doivent orienter, vers les structures adéquates, les malades dont l'état de santé nécessite des soins qu'elles ne peuvent dispenser.

---

<sup>10</sup> Décret n° 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique

<sup>11</sup> Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique

<sup>12</sup> Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Ces années de définition et de structuration croissantes de la prise en charge des urgences sont marquées par une forte augmentation du recours de la population aux urgences. A ce titre, si on comptait 6 millions de passages aux urgences en 1990 (dont seulement 1/3 suivi d'hospitalisation), on dénombre 10 millions de passages en 2000, soit un nombre qui a presque doublé en 10 ans. Des analyses sur les causes de cette augmentation commencent à être menées, et une réflexion s'engage sur les choix et modalités de recours aux urgences. Toutefois, l'encadrement légal et réglementaire se poursuit avec l'adoption de deux circulaires en 2003<sup>13</sup> et 2007<sup>14</sup> visant à décloisonner les structures et coordonner les prises en charge. Elles insistent sur la nécessité d'établir une réelle continuité entre la PDSA et les SAU, ce qui passe notamment par la centralisation des appels par le Centre 15 ou encore par la création de maisons médicales. En outre, la thématique de la mutualisation des moyens médicaux y est également abordée (SU/SAMU ; SMUR/REA), visant à mobiliser l'ensemble des services d'un établissement au profit des urgences en encourageant leur contribution à cette prise en charge.

Plus récemment, ce modèle a ensuite été refondu par le décret du 22 mai 2006 qui consacre désormais expressément la notion de « médecine d'urgence »<sup>15</sup>. L'autorisation pour pouvoir exercer cette activité au sein d'une « structure des urgences » est désormais conditionnée à l'existence au sein de l'établissement de lits d'hospitalisation complète en médecine et de l'accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie et d'analyses biomédicales. En outre, l'arrêté du 12 juillet 2006 est quant à lui venu préciser le seuil d'activité de médecine d'urgence, en établissant à 8 000 passages par an le seuil permettant le maintien d'une structure d'urgences.

Aujourd'hui, les urgences hospitalières évoluent dans un contexte caractérisé par le développement massif du recours aux services d'urgences. Plusieurs facteurs peuvent venir expliquer ce phénomène<sup>16</sup>, tels que les caractéristiques socio-démographiques et culturelles des patients, l'absence de prise en charge habituelle par un médecin traitant, le niveau de couverture maladie ou encore les conditions d'accessibilité aux SAU et aux médecins libéraux. En outre, peut être associé à l'importante augmentation du recours aux services d'urgences un « nouveau mode de consommation médicale »<sup>17</sup>, en réponse à des besoins non satisfaits dans les prises en charge des populations de faible niveau de vie, et en substitution partielle à la médecine de ville. Cela caractérise enfin également le besoin accru de sécurité et d'accessibilité manifesté par la population.

---

<sup>13</sup> Circulaire DHOS/O1 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

<sup>14</sup> Circulaire DHOS/O1 n°2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences

<sup>15</sup> Articles R 6123-1 et s. du Code de la Santé Publique

<sup>16</sup> VASSY C., « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », La Découverte, « Mouvements », 2004/2, n° 32, p. 67 à 74

<sup>17</sup> DANET F., « La médecine d'urgence : de la dégradation à la démocratisation de l'hôpital », Communication et organisation, n°29, 2006

L'année 2019 est le théâtre d'une « crise des urgences », fortement médiatisée et globalisée<sup>18</sup>. Si c'est principalement les conditions de travail au sein de ces services ainsi que l'insuffisance des moyens matériels et humains consacrés face à la demande de soins qui sont décriés, cette crise est en réalité duale. En effet, la Ministre de la Santé, Agnès Buzyn<sup>19</sup> a souligné que "les situations sont extrêmement variables d'une région à l'autre, [...] assez spécifiques d'un établissement à l'autre ». Aussi, si certains SAU et certains hôpitaux connaissent un afflux massif de patients qu'il est de plus en plus difficile de prendre en charge tout en garantissant une qualité des soins optimale, d'autres en revanche font face à une activité de plus en plus atone, au point que la pérennité du service d'urgences puisse se poser. Cette dernière situation vient questionner la pertinence du maintien de certains services d'urgences sur le territoire, dans le contexte actuel de rationalisation de l'offre de soins et de regroupement des structures. En ce sens, une analogie avec la dynamique qui touche aujourd'hui les maternités de certains établissements pourrait peut-être être conclue ultérieurement. Aussi, la question de la restructuration et de la transformation de ces services, entendue au sens de « réorganiser ou réaménager un ensemble devenu inadapté », par l'intermédiaire du « passage d'une forme à une autre »<sup>20</sup>, se trouve posée. C'est dans cette dernière dynamique que s'inscrit aujourd'hui le Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély.

Le Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély est un établissement public de santé implanté au cœur de la Saintonge, en Charente-Maritime, composé de 452 lits et places installés tous sites confondus. Doté d'un budget d'exploitation de 48,3 M € et d'investissement de 3 M €, il est depuis plusieurs années en direction commune avec le CH de Saintonge à Saintes, établissement de recours et terrain principal de stage. L'hôpital angérien connaît aujourd'hui des difficultés financières importantes qui le conduisent à évoluer dans un cadre budgétaire contraint. En effet, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a demandé à la direction de l'établissement, fin 2018, de conclure un Contrat de Retour à l'Équilibre Financier, visant à assainir la situation financière de l'établissement.

Ceci nécessite plus largement de s'attaquer aux difficultés structurelles de l'hôpital, miné notamment par le faible dynamisme de certains de ses secteurs d'activité. Tel est le cas de son pôle relatif aux soins critiques, qui comprend l'actuel service d'urgences de l'établissement. Face à cette situation, la tutelle, dans le cadre des échanges préparatoires à la conclusion du CREF de l'hôpital a souhaité que la direction étudie l'opportunité de la transformation du SAU angérien en Centre de Soins Non Programmés

---

<sup>18</sup> « Urgences : le mouvement de grève lancé à l'AP-HP s'étend à plusieurs régions », APM News, 30 avril 2019

<sup>19</sup> « Urgences : Les 15M€ affectés à des solutions « sur-mesure » pour les hôpitaux en tension durant l'été (Agnès Buzyn), APM News, 18 juin 2019

<sup>20</sup> Dictionnaire Larousse, 2018

(CSNP). Il s'agit là de structures récentes, encore peu développées à l'échelle nationale et dont le modèle est encore balbutiant. En effet, les CSNP peuvent revêtir des formes très diverses, mais dont l'objectif commun est de conserver un point d'accueil pour la prise en charge des urgences relatives de la population.

Dans ce cadre-là, l'ensemble de l'équipe de direction de l'établissement, en lien étroit avec sa communauté médicale, s'est mobilisé afin de répondre à la question suivante :

**Face aux difficultés rencontrées par le Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély, ayant conduit à la signature d'un CREF avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine, la transformation et la restructuration de son SAU au profit de la mise en place d'un CSNP est-elle une solution adéquate, adaptée et pertinente ?**

Derrière cette étude de l'adéquation et de la pertinence de l'ouverture d'un CSNP au sein de l'hôpital angérien, plusieurs questions annexes sont sous-tendues :

- *Cette solution permet-elle d'apporter une réponse satisfaisante aux besoins et aspirations de la population sur le territoire ?*
- *Est-elle viable financièrement ?*
- *Apporte-t-elle une plus-value dans le cadre d'une démographie médicale en berne et d'une offre de soins de ville parfois insuffisante ?*
- *Est-elle suffisamment mûre politiquement ?*

Ce sujet est ainsi, par les problématiques qu'il soulève, au cœur du métier de Directeur d'hôpital. En effet, il se situe à la confluence de plusieurs intérêts caractéristiques du monde hospitalier (offre de soins, économiques, organisationnels, politiques...) et dans un contexte d'actualité de restructuration de l'offre de soins. En outre, un tel projet nécessite de mettre en œuvre différentes compétences attachées à la profession de DH : analyse, évaluation, négociation, conduite du changement, synthèse...

Afin de mesurer la pertinence et l'adéquation de la restructuration du SAU angérien en CSNP, il est en premier lieu nécessaire de revenir sur le contexte complexe et contraint dans lequel évolue le CH de Saint Jean d'Angély (1), afin de comprendre les fondements du projet et l'environnement dans lequel il a émergé. Ensuite, le cœur de ce travail sera consacré à l'étude *stricto sensu* de la pertinence du projet sous ses différents aspects (2). Ceci permettra de mettre en avant l'absence de pertinence totale de la suppression du SAU angérien à l'heure actuelle, constat présenté et validé par la tutelle. Pour autant, la pérennité des urgences de l'hôpital demeure posée sur le long terme, et c'est pourquoi une dernière partie sera consacrée aux conditions de réussite pour la mise en place ultérieure d'un CSNP d'une part, et au maintien du SAU à court terme d'autre part (3).

# **1 Un projet de réorganisation et de transformation du SAU du CH de Saint Jean d'Angély s'inscrivant dans un contexte complexe et contraint**

## **1.1 Définition de la situation du Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély : un établissement fragilisé par une position en retrait sur un territoire rural et défavorisé**

La remise en cause du SAU du CH de Saint Jean d'Angély, née des discussions avec la tutelle en vue de la conclusion du CREF de l'hôpital s'appuie donc sur sa fragilité financière, qui s'explique elle-même en partie par le positionnement de l'établissement sur son territoire. Dès lors, avant de développer le projet de restructuration dans son essence même, il est nécessaire, pour en comprendre les fondements et mesurer par la suite sa pertinence, de revenir sur l'environnement dans lequel se situe et évolue le CH de Saint Jean d'Angély.

### **1.1.1 Diagnostic territorial et populationnel**

Le Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély est situé au nord du département de la Charente-Maritime, en proximité directe de l'autoroute A10 entre Niort (79) et Saintes (17). Implanté au cœur de la ville de Saint Jean d'Angély, composée de 7 750 habitants<sup>21</sup>, l'hôpital rayonne sur un bassin de vie de 23 360 habitants en 2015, soit une densité de population de 54,1 habitants au km<sup>2</sup>.

Il est à souligner que pour la réalisation de cette étude et du diagnostic territorial et populationnel, c'est le bassin de vie qui a été retenu comme zone de référence d'étude. En effet, ce découpage est plus restreint que la zone d'emploi, mais cette dernière inclut tant la ville de Saint Jean d'Angély que celle de Saintes, située à 25 km plus au sud. Or, c'est à Saintes qu'est implanté l'établissement de recours du territoire, support du GHT, et disposant d'une attractivité supérieure à celle du CH de Saint Jean d'Angély. Aussi, une étude menée à cette échelle aurait biaisé l'analyse.

Si l'on s'en tient donc au bassin de vie, la population qui y est implantée est en diminution constante sur longue période, malgré une recrudescence dans les années 1960 (24 100 habitants en 1968, 23 485 en 2010). En outre, la densité de population est nettement inférieure (/2) à celle de la densité moyenne nationale (104,6 habitants au km<sup>2</sup>). Ceci témoigne donc du fait que le CH de Saint Jean d'Angély est implanté sur un territoire peu dense, et peu dynamique d'un point de vue populationnel, puisque le taux d'évolution

---

<sup>21</sup> INSEE, 2016

annuel de la population est de -0,11%, là où en France il est de +0.48%. Cette évolution est d'ailleurs portée par un solde naturel extrêmement faible, qui se compose d'un nombre de décès en augmentation constante depuis les années 1980 (263 décès par an entre 1982 et 1990 contre 310 décès par an entre 2010 et 2015) et nombre de naissances en diminution constante entre 1970 et 2015 (368 naissances par an entre 1968 et 1975 contre 204 naissances par an entre 2010 et 2015). Le territoire sur lequel est implanté l'établissement est donc caractérisé par une natalité en berne, bien inférieure à la moyenne nationale (8,7 naissances pour 1 000 habitants contre 12,5 à l'échelle nationale), expliquant en partie la fermeture de sa maternité dès 2016.

Concernant la structure de la population présente sur le bassin de vie de Saint Jean d'Angély, la population du territoire est essentiellement âgée. En effet, les proportions de personnes aux âges supérieurs à 50 ans sont systématiquement supérieures aux moyennes nationales. A ce titre, on compte 7,3% de 55-59 ans, 8% de 60-64 ans, ou encore 7,1% de 65-69 ans en 2015. En outre, la proportion de personnes âgées est supérieure à celle des personnes les plus jeunes, puisqu'on ne dénombre que 3,5% de 20-24 ans et 4,6% de 30-34 ans. Le vieillissement de la population se confirme d'ailleurs par une analyse sur une plus longue période puisque la part des personnes de 75 ans et plus est en constante augmentation entre les années 1970 et aujourd'hui (passage de 6% à 14% ; moyenne nationale à 9,2%).

Cette tendance se confirme au regard des CSP les plus représentées, puisque la catégorie « retraités » est la plus représentée sur le bassin de vie (37%). Cette CSP est surreprésentée par rapport à la moyenne nationale, tout comme pour les employés (17,1%), les ouvriers (14,7%) et les agriculteurs. A contrario, on constate une sous-représentation des cadres (3,3% contre 9,2 % en moyenne nationale) et des professions intermédiaires (9,8% contre 14,1% en France). Ce constat se concrétise par le ratio cadres/ouvriers : 22,8 cadres pour 100 ouvriers sur le bassin de vie de Saint Jean d'Angély contre 72,8 à l'échelle nationale. Ces éléments peuvent se traduire par la présence d'une population plus modeste implantée sur le territoire et dont la transition des secteurs primaires et secondaires vers le secteur tertiaire illustrée par A. Sauvy<sup>22</sup> est plus lente que pour le reste du pays (surreprésentation des emplois dans l'agriculture et dans la construction par rapport aux données nationales). Enfin, le taux de chômage est également plus élevé que le taux global observé en France (15,6% en 2015 contre 14,2%). Celui-ci est par ailleurs particulièrement élevé chez les jeunes (50% pour les 15-24 ans), qui sont également plus frappés par une activité au sein d'emplois précaires.

---

<sup>22</sup> *Théorie du déversement* - A SAUVY, « La machine et le chômage », DUNOD, 1980



En outre, l'analyse de l'offre présente sur le territoire nécessite de préciser le recul des services publics qui y sont implantés. En effet, l'ensemble des échanges avec les différents acteurs rencontrés démontre que l'offre de services publics, mais également distractions privées, éléments d'attractivité tant pour la population en général que pour les professionnels médicaux, est assez peu importante sur le territoire. En matière de transports par exemple, les liaisons ferroviaires sont extrêmement limitées entre Saint Jean d'Angély et Saintes, La Rochelle ou encore Niort.

Cette faiblesse de l'attractivité du territoire se traduit notamment par un impact négatif au niveau de la démographie médicale, dont pâtit particulièrement le CH de Saint Jean d'Angély. Cela se traduit, de manière plus générale, par une accessibilité potentielle aux médecins généralistes assez faible sur le territoire. En effet, l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée sur le bassin de vie objet de l'étude dénombre 4 consultations par habitants, contre 4,8 pour Saintes, 5 pour Rochefort et 5,6 pour La Rochelle. Si l'on s'intéresse au nombre de généralistes en activité et à leur densité, le département de la Charente-Maritime apparaît premièrement comme étant mieux doté que le reste du territoire national (10,7 médecins pour 10 000 habitants contre 9 en France). Toutefois, cette réalité cache d'importantes disparités. Aussi, à l'échelle du bassin de vie, on dénombre seulement 17 médecins généralistes à Saint Jean d'Angély. Or, ce nombre est sans commune mesure avec les autres bassins de vie du département où l'on retrouve un hôpital : 219 à La Rochelle, 69 à Rochefort, 67 à Saintes, 49 à Royan... La proportion observée à Saint Jean d'Angély se rapproche plus de petits bassins de vie, très ruraux et parfois situés dans les territoires les plus isolés de la Charente Maritime (12 à Saint Savinien, 9 à Matha, 14 à Pons). De plus, la densité de médecins généralistes sur le bassin de vie de Saint Jean d'Angély, est en diminution constante depuis 2007. Cette diminution a même été particulièrement marquée à partir de 2013, date à partir de laquelle la densité du territoire objet de l'étude est devenue inférieure à celle de la moyenne nationale, pour atteindre la situation rencontrée aujourd'hui.

La situation relative à la démographie médicale des médecins généralistes implantés sur le territoire où est installé le Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély est donc particulièrement préoccupante. La criticité de la situation est par ailleurs augmentée au regard de la pyramide des âges des praticiens installés sur le bassin de vie. En effet, seuls 5 médecins ont moins de 55 ans, ce qui implique que 2/3 des généralistes actuellement en exercice ont vocation à partir à la retraite dans les prochaines années. La question de leur remplacement se trouve donc posée et fait naître une inquiétude croissante tant du point de vue des praticiens de l'hôpital, que de la direction et des élus locaux. En effet, le faible nombre de médecins généralistes sur le territoire pourrait

entraîner un recours accru aux urgences à l'heure où la question de la transformation de ce service se trouve posée.

### **1.1.2 Diagnostic stratégique**

Composé d'une capacité d'accueil de 450 lits et places, le CH de Saint-Jean-d'Angély est un établissement de proximité<sup>23</sup> qui offre une palette de soins diversifiés dans de nombreuses filières de prise en charge (médecine, chirurgie, gynécologie, SSR...). Conjointement à cette offre sanitaire, l'établissement dispose également d'une offre médico-sociale. A l'aune de la territorialisation de la santé et du développement des coopérations, l'hôpital de Saint-Jean-d'Angély inscrit ses prises en charge en réseau au sein du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de Saintonge qui l'unit aux CH de Royan, Jonzac, Boscarnant, et à l'hôpital support et de recours du groupement, le CH de Saintonge. Une direction commune a d'ailleurs été mise en place en 2010 entre ce dernier et le CH de Saint Jean d'Angély, à laquelle prennent également part les Établissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) de Matha et Saint-Savinien.

Concernant l'offre de soins de l'hôpital, et dans le cadre de son nouveau projet d'établissement, l'établissement se distingue par la constitution actuellement en cours d'un pôle de référence en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) de 100 lits et 26 places, qui concentrera à terme autour du plateau technique angérien l'ensemble des mentions spécialisées de la rééducation (gériatrie, polyvalent, locomoteur, neurologique et cardiaque) et desservira l'ensemble du territoire Saintes / Saint-Jean-d'Angély. Aux côtés de ce pôle, l'établissement dispose également d'une offre en médecine et en chirurgie. Les activités de médecine sont regroupées dans le pôle Médecines Polyvalente et Gériatrique - Urgences - USC. On y retrouve notamment des spécialités de cardiologie, de gériatrie, d'infectiologie, de médecine polyvalente, de pneumologie ou encore de soins palliatifs, réparties aujourd'hui sur un total de 52 lits. L'offre de chirurgie est quant à elle organisée au sein du pôle Chirurgies – Anesthésie, qui regroupe notamment les activités d'anesthésie, de chirurgie orthopédique et traumatologique, urologique, viscérale, digestive et bariatrique, ophtalmologique et ORL.

Par ailleurs, l'établissement dispose d'une offre en gynécologie-obstétrique, désormais organisée autour d'un CPP et d'un Centre de planification et d'éducation familiale depuis la fermeture de la maternité du CH intervenue en 2016. Enfin, l'hôpital dispose aussi d'une offre de soins en psychiatrie, tant infanto-juvénile qu'à destination de l'adulte, organisée autour des structures d'accueil de jour classiques (hôpital de jour, CMP, CATTP, CAMPE, CASPA...). L'ensemble de cette offre de soins est organisé autour d'un

---

<sup>23</sup> *Au sens géographique et non juridique du terme*

plateau technique comprenant, outre un bloc opératoire, un service d'imagerie (Radiologie, Scanner, Échographie-IRM), une offre de kinésithérapie, un laboratoire interhospitalier (GCS) et un service de pharmacie et de stérilisation.

La présentation de l'offre actuellement disponible sur le Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély est ensuite à mettre en relation avec les principaux constats qui peuvent être tirés de la réalisation du diagnostic stratégique de l'établissement. Concernant la zone d'influence de l'établissement, l'analyse de la provenance des patients, pour l'activité totale MCO de l'établissement (Annexe 1 - *Figure 1*) révèle que la majorité de ces séjours sont réalisés pour des patients en provenance des zones limitrophes à Saint Jean d'Angély. Le recrutement de l'établissement est donc établi très localement. Ceci peut s'expliquer par la configuration du territoire et le positionnement de l'établissement, encerclé, dans un rayon relativement restreint, par d'autres établissements. Ainsi, au-delà des zones limitrophes à Saint Jean d'Angély, les autres bassins de vie sont vite situés plus proches d'autres établissements de santé (Niort, La Rochelle, Rochefort, Saintes, Cognac), ce qui traduit une concurrence assez forte sur le territoire.

Concernant en second lieu la zone d'attractivité de l'établissement, il convient de souligner la faiblesse de l'hôpital. En effet, sur le total de l'activité MCO, le CH de Saint Jean d'Angély n'a que 3 pôles d'attractions sur les territoires de Loulay, Néré et Aulnay, plutôt situés au Nord et à l'Est (Annexe 1 – *Figure 2*). Sur les territoires limitrophes de Saint Jean d'Angély, l'établissement souffre de nouveau d'une forte concurrence avec d'autres établissements : Cognac à l'Est, Saintes au Sud et Rochefort/La Rochelle à l'Ouest.

La zone d'influence du CH de Saint Jean d'Angély apparaît donc finalement assez limitée. Au regard des codes postaux constitutifs de la zone d'influence de l'hôpital, celle-ci se compose d'une population de 27 200 habitants sur les 55 000 qui occupent l'ensemble des territoires limitrophes de Saint Jean d'Angély. A l'appui des données ScanSanté, l'analyse du poids de l'établissement dans les codes géographiques entre 2017 et 2018 révèle une forte chute (-2,8 points de %), notamment sur le territoire même de Saint Jean d'Angély (-3,1) et sur le territoire d'Aulnay (-6,4).

Cette analyse peut globalement être reconduite lorsqu'on se concentre sur les parts de marché de l'établissement (Annexe 1 – *Figure 3*). En effet, si le CH de Saint Jean d'Angély arrive tout de même en tête des parts de marché dans sa zone de recrutement (26,5% en 2018), il n'en demeure pas moins que cette part est faible. En outre, on constate la forte attraction du CH de Saintonge, site de recours, situé à une trentaine de kilomètres plus au Sud dans la zone de recrutement de l'établissement. De plus, l'hôpital

a connu une chute marquée de ses parts de marché entre 2017 et 2018 (-2,8 points), qui profite aux autres établissements publics et privés concurrents installés en périphérie : CH de Saintes (+1,8), Clinique Richelieu de Saintes, CH de Rochefort et CHU Poitiers (+0,3) notamment.

Dès lors, on peut conclure à des taux de fuite importants vers les autres offreurs du département et au-delà : 28% sur Saintes, 10% sur Cognac, 5% sur Niort et Rochefort, 4% sur La Rochelle. Si on élargit le prisme au niveau de l'ancien territoire de santé de la Charente-Maritime Sud, la place et le rôle du CH de Saint Jean d'Angély sont donc résiduels, derrière les établissements Saintais, ceux de la côte royannaise et le CH de Jonzac (Annexe 1 - *Figure 4*).

Ainsi, pour conclure, il apparaît que le CH de Saint Jean d'Angély est installé au sein d'une zone fortement concurrentielle au regard du nombre d'établissements en proximité géographique directe (6 établissements de santé publics à moins d'une heure de route, desservis par des réseaux routiers et autoroutiers, dont le CH de Saintes, établissement de recours du territoire à 25 minutes). Cette situation induit des zones de recrutement et d'influence assez limitées pour l'hôpital. L'attractivité de l'établissement est assez faible, et ses parts de marché sont réduites du fait de la concurrence précitée. En termes de dynamique, l'activité qui était déjà faible en 2017 est en diminution entre 2017 et 2018, tendance encore plus marquée sur une longue période.

Cette faiblesse du dynamisme de l'établissement s'explique aussi par la composition du territoire sur lequel il est implanté. Installé sur un territoire assez peu peuplé et peu dynamique, les opportunités d'activité qui s'offrent à l'établissement en sont corrélativement limitées. Pour autant, la population résidant sur le bassin de vie de Saint Jean d'Angély est une population âgée, plutôt fragile, marquée par une forte proportion de personnes en ALD (20 % de la population, contre 18% à l'échelle nationale) et précaire. En outre, le territoire de Saint Jean d'Angély en lui-même est peu attractif (loisirs, services publics...), à la fois pour l'installation de nouveaux actifs et donc de potentiels patients pour l'établissement, mais également pour l'installation de nouveaux professionnels de santé, impactant tant la démographie médicale libérale que celle de l'hôpital.

Dès lors, cet ensemble d'éléments négatifs constitue une situation défavorable pour l'établissement, qui se traduit sur le plan financier. Le mécanisme de la tarification à l'activité (T2A) associé à la diminution d'activité et aux postes vacants de l'établissement a entraîné une fragilité financière de l'établissement. Celle-ci s'est accrue ces derniers temps, au point que l'ARS décide de la signature d'un CREF, visant à redresser la situation de l'établissement par la mise en œuvre de mesures d'adaptation de l'activité.

## **1.2 Un contexte financier dégradé induisant une réorganisation des activités de l'établissement**

Les éléments de diagnostic territorial et stratégique précédemment développés expliquent en partie les difficultés rencontrées par le CH de Saint Jean d'Angély. En effet, la faiblesse de l'activité de l'établissement, couplée à un recours important à l'intérim médical ont creusé la situation financière de l'établissement, qui n'a fait que se dégrader ces dernières années. Dès lors, l'ARS a souhaité que l'hôpital s'engage dans la voie d'un CREF, qui a été le siège des réflexions relatives à l'étude de l'opportunité de la transformation du service d'urgences de l'hôpital en CSNP.

### **1.2.1 Situation financière de l'établissement et méthodologie d'élaboration du CREF**

Dans un contexte de situation budgétaire de plus en plus déséquilibrée, les pouvoirs publics ont souhaité, à l'aune de la loi HPST<sup>24</sup>, développer le recours à une démarche contractuelle visant le retour à l'équilibre structurel des établissements de santé en situation de fragilité financière. Le code de la santé publique<sup>25</sup> contient donc les modalités relatives aux plans de redressement que doivent mettre en place les hôpitaux qui relèvent d'une telle situation. Dans ce cadre-là, le Contrat de Retour à l'Équilibre Financier (CREF) apparaît comme un outil contractuel « d'accompagnement des ARS » visant à identifier, à partir d'un processus de diagnostic, les axes d'économies et d'amélioration des organisations qui devront être mis en œuvre afin de parvenir à un retour à l'équilibre pérenne.

Dans leur contenu, les CREF s'appuient sur les objectifs et actions à mettre en œuvre sur une durée de 3 ou 5 ans. Composés de plusieurs actions fixant la feuille de route de l'établissement pour les années à venir, ils s'articulent autour de deux principaux axes. En premier lieu, l'établissement devra s'appuyer sur ses points forts pour augmenter ses recettes et son activité sur son territoire. En second lieu, il devra réduire ses dépenses par l'intermédiaire des différents leviers s'offrant à lui. Toutefois, pour entrer dans une telle démarche, les difficultés financières de l'établissement doivent au préalable être clairement identifiées. Pour ce faire, des critères ont été définis par le législateur<sup>26</sup>. La signature d'un CREF pourra être demandée par le DG ARS dans l'hypothèse où l'établissement remplit l'un de ces 3 critères :

---

<sup>24</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>25</sup> Articles L6143-3 et D6143-39 du Code de la Santé Publique

<sup>26</sup> Article D 6143-39 du Code de la Santé Publique

- Le Compte de Résultat Principal (CRP) est déficitaire de plus de 2 % du total des produits pour les CHR et les EPS dont les emplois de directeur sont des emplois fonctionnels, soit de 3 % du total des produits du CRP de l'exercice pour les autres établissements publics de santé
- Le CRP est déficitaire et la CAF < 2% du total des produits toutes activités confondues, ou l'établissement présente une insuffisance d'autofinancement
- La CAF est insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts figurant dans le tableau de financement

Dès lors, si le Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély est rentré dans une telle démarche de plan de redressement, c'est parce que sa situation financière n'a cessé de se dégrader ces dernières années, au point de rentrer dans les critères de réalisation d'un CREF. En effet, l'évolution des résultats de l'établissement entre 2013 et 2018 révèle un très fort accroissement du déficit non aidé entre 2013 et 2016 (passage de – 2,2 millions d'€ à -6,5 millions d'€ – Annexe 2 - *Figure 5*). Face à cette situation, l'année 2016 est d'ailleurs marquée par une aide exceptionnelle de l'ARS plus importante que les autres années (5,2 millions d'€), permettant de porter le déficit avec aide de l'établissement juste en dessous de la barre de – 1 millions d'€ (-1,3). La prise de conscience et les réorganisations engagées à partir de cette période ont permis une amélioration de la situation de l'établissement en 2017. En effet, avec un rétablissement du déficit non aidé à hauteur de – 5,2 millions d'€ et une aide exceptionnelle de l'ARS de 5,7 millions d'€, le résultat comptable de l'hôpital avec aide ARS a pu pour la première fois depuis 2013 être excédentaire (+500k €). Pour autant, le déficit s'est stabilisé en 2018, et l'aide ARS exceptionnelle n'a pu être maintenue dans les mêmes proportions (2,3 millions d'€), induisant ainsi un résultat avec aide de nouveau déficitaire à hauteur de 2,5 millions d'€. Cette tendance financière sur la période a ainsi porté le déficit cumulé de l'établissement de 1 million d'€ en 2013 à près de 9 millions d'€ en 2018 (Annexe 2 - *Figure 6*).

En outre, l'analyse financière du cycle d'investissement révèle en premier lieu une CAF négative pour l'exercice 2018 (- 237k €). Si des spécificités, notamment en 2016 (aide exceptionnelle FIR 4 millions d'€ et DAF de 1,2 millions d'€) ont pu maintenir un niveau de CAF élevé, il n'en demeure pas moins que l'établissement ne disposait pas d'une capacité d'autofinancement suffisante pour faire face au remboursement de la dette, et ce depuis 2013 (Annexe 2 - *Figure 7*). Dès lors, le ratio « taux de CAF », mesurant le poids de la CAF par rapport aux produits réels d'exploitation devient lui aussi négatif en 2018 (- 0,53%, la médiane se situant à 2,15% ; contre 6,52% en 2017).

L'ensemble de ces constats conduit à la conclusion de l'existence d'une situation financière très dégradée pour l'établissement. En effet, le CRP déficitaire de l'établissement et sa CAF négative l'ont fait entrer dans les conditions permettant à la

tutelle d'exiger la signature d'un CREF. D'un point de vue macro, cette fragilité financière s'inscrit dans un contexte de démographie médicale très tendu, ce qui impacte tant les dépenses que les recettes. Si les charges sont relativement contenues (hormis les dépenses d'intérim médical) les produits quant à eux, notamment des séjours T2A, continuent de baisser significativement. Le résultat comptable reste structurellement déficitaire et proche de 5 millions d'€, ce que l'aide exceptionnelle de l'ARS, réduite à 2,3 M€ en 2018 ne doit pas masquer. Celle-ci permet de limiter l'impact sur le déficit cumulé, mais qui s'élève tout de même à 8 millions d'€ à la clôture 2018.

Dans ces conditions, au regard des éléments présentés, l'ARS a formulé la demande de signer un CREF par courrier en date du 27 novembre 2018 faisant suite à une première convocation le 13 novembre 2018. Dès lors, l'ensemble de l'équipe de direction a été impliqué dans la construction du programme d'action constitutif du CREF. Pour ce faire, une exploitation des données de la comptabilité analytique par secteur d'activité a été réalisée. Celle-ci a pu permettre de parvenir aux conclusions suivantes :

- Un **secteur de médecine déficitaire** (-1,3 millions d'€) mais qui, moyennant une réorganisation et une optimisation des cadres de fonctionnement médicaux et non médicaux, doit pouvoir tendre vers une couverture complète de ses charges (directes et indirectes).
- Un **secteur d'activité SAU/SMUR/USC dont le déficit est supportable** (- 990k €) par l'établissement et qui est, en grande partie, lié au nécessaire recours aux médecins intérimaires.
- Un **secteur de SSR légèrement déficitaire** en phase intermédiaire de travaux en raison de l'éclatement géographique de l'activité, très consommateur de ressources humaines (notamment la nuit) mais qui sera à l'équilibre à la fin du projet architectural récemment engagé.
- Un **secteur de chirurgie très lourdement déficitaire** (-2,5 millions d'€) et qui le reste malgré la réorganisation récente et l'optimisation des organisations. Les recettes sont insuffisantes pour couvrir, a minima, les charges directes de cette activité ainsi que les charges de bloc opératoire, d'anesthésie, d'endoscopies et de stérilisation.

Sur la base de ces conclusions, et faute de certitude sur la démographie médicale et les perspectives de développement de l'activité et des recettes, les propositions relatives aux orientations constitutives du CREF soumises à l'ARS n'ont par la suite concerné que le volet « dépenses ». A l'appui des documents standards fournis par l'ARS, le plan d'action et les propositions associées, constitutives du CREF ont été déclinés en 6 fiches action (Annexe 3), elles-mêmes complétées d'une fiche relative à l'impact social des différentes

mesures. La réalisation de ces fiches actions, traduisant les orientations politiques prises par l'établissement, a été faite au cours de plusieurs réunions de travail impliquant plusieurs membres de l'équipe de direction (DRH, DAM, DAF, DS), le tout étant coordonné par le Chef d'établissement.

Une fois l'intégralité des documents complétée et l'ensemble du contenu du CREF défini et arrêté, plusieurs échanges et réunions de travail avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine (Direction Départementale 17 et ARS Siège - Bordeaux) ont également été organisés afin de présenter, valider et arrêter les actions présentées en suivant.

### **1.2.2 Contenu du CREF**

Suite à l'analyse des données de la comptabilité analytique extraites par secteur d'activité et aux conclusions qui ont pu en être tirées, plusieurs orientations ont été décidées par la direction de l'établissement, afin de diriger l'hôpital vers un assainissement de sa situation financière tout en maintenant, sur le territoire, une offre de soins qui soit adaptée aux besoins de la population. Le contenu du CREF proposé par l'établissement et arrêté par l'ARS se décompose ainsi en 6 fiches actions principales, visant à stabiliser les différents pans de l'établissement. Le premier axe retenu vise ainsi à réorganiser l'offre de médecine de l'hôpital, par l'intermédiaire d'un rapprochement spatial des 2 services actuellement installés (CSG et SMP) afin de parvenir à une mutualisation des ressources humaines médicales et paramédicales. En outre, l'ensemble de ces moyens devront être adapté à la saisonnalité de l'activité. C'est ainsi que l'offre de médecine passe de 69 à 52 lits en moyenne sur l'année. Ce regroupement de la médecine sur un seul niveau de l'établissement permet ainsi une baisse des dépenses d'intérim médical (passage de 6 à 5 ETP cible + 4 internes) et une baisse des ETP paramédicaux (-6,8 ; dont 4,3 AS).

Le second axe du CREF est le pendant de ce qui a pu être réalisé pour le service de médecine mais concernant la chirurgie de l'établissement. Ainsi, la réorganisation de la chirurgie implique la transformation de l'Unité d'Hospitalisation Complète en Hôpital De Semaine (HDS) et le regroupement spatial de l'HPDD et de l'Unité Ambulatoire Médico-Chirurgicale. Ceci s'accompagne également de la réorganisation des plages de bloc opératoire disponibles en semaine et de l'extension de l'amplitude horaire des vacations d'endoscopies. Enfin, le projet en matière de chirurgie repose sur le transfert d'une partie des séjours ambulatoires ou de courte durée de Saintes vers le plateau chirurgical angérien (soit 328 séjours ambulatoires et 266 séjours HPDD). Les orientations ainsi définies ont un impact organisationnel important puisqu'elles induisent la transformation des 18 lits d'HC en 10 lits d'HPDD, tandis que le capacitaire en HDJ demeure inchangé. Concernant les impacts en matière de ressources humaines, les modalités d'organisation



et de compensation des astreintes seront tout d'abord révisées (notamment en anesthésie et en chirurgie viscérale) et les dépenses de recours à l'intérim seront également diminuées. Sur le plan paramédical, on retrouvera de même un volet concernant la révision des modalités de compensation des astreintes, permettant une adéquation entre les besoins et les moyens humains (-7,7 ETP).

Le troisième axe identifié dans le CREF concerne le projet SSR et vise à faire de ce secteur le pôle de référence du CH de Saint Jean d'Angély. Le projet induit ainsi l'atteinte de la capacité maximale de lits autorisés (100 lits d'HC, répartis sur une offre de SSR gériatrique, polyvalente et MPR et 26 places d'hôpital de jour). Là encore, ce projet, définitivement mis en place à horizon 2021, s'accompagne d'une optimisation des moyens humains et matériels lors de l'emménagement dans un nouveau bâtiment construit pour le projet. Ceci passe notamment par de nouveaux recrutements médicaux, permettant de faire baisser les dépenses d'intérim et également une baisse des ETP paramédicaux (-7,7 ETP).

Ensuite, le quatrième axe constitutif du CREF concerne les fonctions transversales aux soins et vise leur adaptation au nouveau périmètre d'activité de l'établissement. Tant les fonctions médico-techniques (imagerie, stérilisation...) qu'administratives et techniques (mise en place d'une direction unique des services techniques à l'échelle de la Direction commune) seront impactées.

Au total, l'ensemble de ces mesures permettent de générer des économies à hauteur de 2,9 millions d'€. Des coûts supplémentaires sont toutefois induits à hauteur de 780 000 € ainsi que des pertes de recettes à hauteur de 480 000 €. Aussi, l'impact total sur le déficit structurel (-5 millions d'€ début 2018) est de - 1,6 millions d'€, permettant ainsi de porter ce déficit en fin de période (2021) à -3,3 millions d'€. L'ensemble des mesures précitées sera bien évidemment suivi, étalé dans le temps et accompagné. L'impact final sur les effectifs rémunérés est de -45,5 ETP sur la période 2019-2021. Une série de mesures d'accompagnement sera mise en place par la DRH afin d'accompagner l'impact du CREF (aide à la mobilité, indemnité de départ volontaire, opportunités au sein de la direction commune et à l'échelle du GHT...).

Toutefois, dans le cadre du CREF, un dernier point a fait l'objet de questionnements : les soins critiques. En effet, au regard d'une démographie médicale très délétère, imposant un recours massif à l'intérim médical, coûteux et ne permettant pas toujours de garantir la continuité de l'accueil (certaines missions d'intérim restant infructueuses ou annulées *ex abrupto* par le professionnel), le maintien de la totalité des activités du SAU Angérien et son amplitude de fonctionnement a fortement posé question. C'est ainsi que les

discussions préparatoires à la contractualisation avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine ont fait surgir la question de la restructuration et de la transformation du service d'urgences de l'établissement en Centre de Soins Non Programmés. Ainsi, dans le cadre du dernier axe constitutif du CREF, l'ensemble de l'équipe de direction, en lien avec les professionnels de santé de l'hôpital a travaillé à la concrétisation de cette solution. Aussi, avant de mesurer la pertinence d'un tel projet au sein du CH de Saint Jean d'Angély, il convient au préalable de revenir sur la genèse des CSNP pour présenter leur modèle, leurs objectifs et les résultats escomptés.

### **1.3 Réorganisation et transformation des services d'urgences : la structuration et la prise en compte croissante de la réponse au besoin de soins non programmés de la population**

L'hypothèse de la transformation du SAU angérien en CSNP n'avait jusqu'alors jamais été travaillée avant que celle-ci ne soit soulevée par la tutelle dans le cadre des négociations portant sur le CREF. Dès lors, compte tenu de la tendance relativement récente de l'apparition de ces nouvelles structures, un premier travail de définition et d'identification des caractéristiques de ces modèles a donc été rendu nécessaire, permettant dans un second temps d'étudier la pertinence de leur transposition au CH de Saint Jean d'Angély.

#### ***1.3.1 Des modèles protéiformes qui ne sont pas toujours adaptés au Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély***

Ces dernières années sont marquées par une attention grandissante à l'égard de la problématique de la prise en charge des soins non programmés à l'échelle nationale. Par soins non programmés, il convient d'entendre « ceux devant 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 »<sup>27</sup>. Cette attention croissante et les réflexions associées sont développées dans le cadre décrit en introduction, à savoir une hausse importante et continue de la fréquentation des services d'urgences de nos établissements de santé depuis 20 ans (3,5% de hausse en moyenne par an). En outre, cette augmentation s'explique par de nombreux facteurs : vieillissement de la population et développement des maladies chroniques, « société du risque »<sup>28</sup> et désir d'immédiateté, démographie médicale (MG) en berne et écarts de répartition des professionnels de santé sur le territoire.

---

<sup>27</sup> MESNIER T. « Assurer le premier accès aux soins – Organiser les soins non programmés dans les territoires », Rapport parlementaire, 2018

<sup>28</sup> BECK U., « La Société du risque : Sur la voie d'une autre modernité, « Risikogesellschaft » Aubier, 2001, 521 p.

Dans ce contexte, face à l'inadéquation de la réponse apportée au besoin de soins non programmés, plusieurs types de réponses sont développés et structurés en France. Dans la majorité des cas, ces solutions relèvent d'initiatives individuelles voire isolées. Bien qu'accompagnées par les pouvoirs publics, les premières réponses apportées afin de répondre aux soins non programmés ont donc pu revêtir des visages très divers compte tenu des spécificités de chaque territoire et de chaque acteur à l'origine des réponses apportées. Aussi, les Centres de Soins Non Programmés *stricto sensu* ne sont pas les seules formes de structures à avoir été développées dans ce contexte. Force est donc de constater qu'aujourd'hui, la prise en charge des soins non programmés trouve des réponses protéiformes, répondant aux aspirations spécifiques de chaque territoire. Afin de présenter les différentes solutions possibles et existantes, il est possible d'établir un découpage selon le type d'acteur porteur de la réponse.

Aussi, en premier lieu, c'est l'exercice libéral traditionnel qui, conformément à son essence, apporte une réponse au besoin de soins non programmés. Les formes et modalités d'exercice de ces professionnels peuvent être diversifiées (exercice isolé ou regroupé, sur rendez-vous ou demi-journées consacrées aux demandes non prévues...), mais il n'en demeure pas moins la responsabilité essentielle de la médecine générale en la matière. A noter qu'afin d'apporter une réponse adaptée aux soins non programmés de la population, la tendance actuelle est plutôt au regroupement des professionnels de santé, comme en témoigne par exemple l'essor des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP).

Dans la continuité, le législateur a également mis en place un modèle de Centre de Santé<sup>29</sup>. Il s'agit de structures de proximité, visant à répondre au besoin de soins de premier recours et, le cas échéant de second recours. Les centres de santé permettent également une prise en charge pluriprofessionnelle dans le cadre d'activités de prévention, diagnostic et de soins. De telles structures apportent une réponse particulièrement adaptée aux personnes précaires compte tenu de l'offre proposée en secteur 1. La particularité pour les professionnels de santé exerçant dans ce type de structures, d'origine associative ou portées par des mutuelles ou collectivités territoriales, est qu'ils sont salariés. En outre, ils bénéficient de liens privilégiés avec les établissements de santé puisque « 68 % de centres pluri-professionnels ont signé une convention de partenariat avec au moins un établissement de santé ».

En second lieu, d'autres modes de réponse au besoin de soins non programmés peuvent être mis en place aux côtés de la médecine libérale ou pour pallier celle-ci. Ainsi, c'est

---

<sup>29</sup> Article L. 6323-1 du Code de la Santé Publique  
Adrien MOURA - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2018/2019

tout d'abord le rôle de SOS médecins qui doit être précisé. La mission de cette association est de prendre en charge les urgences médicales, de manière générale et continue. Si la présence de SOS médecin couvre près de « 60% du territoire national », il convient de préciser que la présence se réalise essentiellement en milieu urbain et péri-urbain. Aussi, cet acteur peut participer au désengorgement de la médecine libérale mais principalement dans ces zones peuplées, sa portée étant donc limitée dans les déserts médicaux et territoires ruraux. D'autres réponses peuvent donc s'organiser en la matière, et notamment les Maisons Médicales de Garde (MMG). Il s'agit là de « lieu fixe identifié de prestation de médecine générale, fonctionnant aux heures de la permanence des soins comme un cabinet libéral »<sup>30</sup>. Cette définition est de plus en plus amenée à évoluer puisque, pour venir compléter la réponse à la demande de soins non programmés, les MMG élargissent de plus en plus leurs horaires hors permanence des soins (en journée en semaine).

Enfin, ce sont les établissements de santé, tant publics que privés qui s'inscrivent de plus en plus dans la prise en charge des soins non programmés. En effet, les cliniques privées peuvent disposer de service d'urgence, voire de services de soins non programmés et ainsi apporter une réponse en la matière. La pertinence de la mise en place d'un service d'urgence privé, implanté non loin d'un établissement public disposant lui-même d'un service d'urgence peut poser question. A ce titre, la tutelle n'autorisera l'implantation de ce service que si la réponse aux besoins de la population est réellement avérée. Toutefois, une pertinence peut être trouvée dans l'installation de deux services publics et privés en proximité. En effet, si le service d'urgence public conserve sa qualité traditionnelle d'accueil des patients 24h/24h, 7j/7j, le service de soins non programmés privé peut quant à lui constituer un renfort en journée et en soirée pour l'accueil de patients plus légers, ne nécessitant pas une hospitalisation. Ce type de structure peut en outre venir augmenter l'attractivité médicale du territoire, avec des horaires d'activités moindres qu'au sein d'un service d'urgence public.

A l'instar des structures privées, les hôpitaux publics eux aussi se structurent de plus en plus de manière à pouvoir apporter une réponse aux soins non programmés. Deux tendances sont ici identifiables. En premier lieu, certains établissements, notamment de petite taille et installés en zone rurale, tels les hôpitaux de proximité, développent des liens de plus en plus forts avec la médecine de ville afin d'assurer une prise en charge des soins non programmés. Ainsi, dans ces hôpitaux, l'exercice mixte ville-hôpital, consistant pour des médecins libéraux en ville ou des médecins salariés de centres de santé à venir également exercer à l'hôpital, est de plus en plus encouragé. Cette modalité

---

<sup>30</sup> GRALL, J-Y., Rapport « Les maisons médicales de garde », 2006.

d'exercice permet ainsi de garantir une prise en charge globale et continue des patients. D'autres formes de partenariats entre les établissements publics et la médecine de ville se développent, tels que l'installation, dans les murs de certains hôpitaux de proximité, de maisons ou de centre santé. L'avantage d'une telle solution, outre la possibilité de mutualisation des moyens, est de pouvoir s'engager dans un projet médical commun, co-construit, et permettant ainsi de façonner une réponse qui soit la plus adaptée aux besoins de la population sur le territoire. C'est par exemple ce qui a été réalisé à l'hôpital de Houdan (78) qui propose des consultations non programmées de médecine générale en journée en semaine et le samedi matin, au sein de son centre de santé.

Enfin, les établissements publics (et parfois privés) de santé voient aujourd'hui apparaître l'émergence de Centres de Soins Non Programmés en leur sein, souvent au terme de la restructuration et de la transformation de leur service d'urgences.

Compte tenu du contexte et de la situation du CH de Saint Jean d'Angély, seule cette dernière modalité semble être adéquate. En effet, les solutions précédemment listées afin de venir répondre aux besoins de soins non programmés de la population ne peuvent être transposées. Concernant les solutions qui émanent de la médecine libérale, force est de constater sur le territoire de Saint Jean d'Angély la faiblesse de la démographie médicale en la matière, qui risque de s'accroître dans les années à venir. L'absence de SOS médecins et de structures privées sur ce même territoire empêche également toute solution de ce côté-là. Enfin, l'établissement n'étant pas un hôpital de proximité, les solutions émergentes venant de ce type de structure doivent également être écartées.

### ***1.3.2 Des expériences de restructuration et transformation de SAU en CSNP a priori transposables au projet angérien***

La prise en charge des soins non programmés par les établissements publics de santé se caractérise aujourd'hui par une tendance selon laquelle des centres hospitaliers, souvent en proie à des difficultés d'attractivité et de recrutements médicaux et donc confrontés à une pénurie d'urgentistes, restructurent et transforment leur service d'urgences « traditionnel » en Centre de Soins Non Programmés. Il s'agit là de structures de nouveau protéiformes, qui peuvent d'ailleurs revêtir des appellations très diverses<sup>31</sup> : service d'accueil et de soins, consultations non programmées, centre de soins immédiats, unité médico-chirurgicale, centre d'orientation médicale d'urgentistes, accueil médico-traumatiques... Ces CSNP sont bien souvent la résultante de la conversion des services d'urgences en proie à des difficultés : réduction d'activité, activité faible notamment de

---

<sup>31</sup> MESNIER T. « Assurer le premier accès aux soins – Organiser les soins non programmés dans les territoires », Rapport parlementaire, 2018

nuit, difficultés de recrutement, notamment d'urgentistes, contexte de regroupement hospitalier...

Les CSNP sont des lieux de consultation sans rendez-vous, qui présentent, dans leur mise en place, une souplesse importante. En effet, ils ne sont pas soumis aux autorisations et diverses normes qui s'attachent au fonctionnement d'un service d'urgences traditionnel (fonctionnement 24h/24H, 7j/7j, présence d'urgentistes...). L'intérêt de l'installation de telles structures est donc de pouvoir préserver un point d'accueil de consultation de médecine générale, tout en apportant de la souplesse dans la définition du modèle. En effet, il est possible de n'ouvrir le CSNP qu'en journée voire le week-end. Aussi, ils apparaissent comme une réponse adéquate dans les zones sous denses, et notamment dans les déserts médicaux là où la médecine de ville ne peut absorber l'ensemble de la demande de la population en consultations et soins non programmés. En outre, l'avantage de l'installation de telles structures au sein de l'hôpital est de pouvoir offrir à la population un accès direct au plateau technique de l'établissement. De manière plus générale, c'est là encore une mutualisation des moyens qui peut s'opérer, et ce notamment au niveau du personnel qui va être amené à prendre en charge les patients. Sur le plan du personnel médical, le CSNP ne répondant pas aux obligations classiques d'un service d'urgences, un médecin généraliste, notamment libéral peut être amené à exercer dans ce type de structure, en lieu et place de l'urgentiste indissociable du SAU.

La tendance à la transformation des SAU en CSNP est en outre souvent, si ce n'est promue au moins accompagnée par les ARS. Cet accompagnement va de pair avec une définition de la mission même du CSNP qui est dès lors très stricte, en lien avec les exigences moindres qui y sont associées. Aussi, les CSNP n'ont pas vocation à réaliser la prise en charge des urgences (CCMU 3 et au-delà). Cela se justifie d'une part par les normes de fonctionnement plus souples qui y sont associées mais également par le fait que l'établissement siège du CSNP ne dispose pas toujours en son sein des services permettant d'assurer la prise en charge adéquate des patients les plus lourds (UHCD, réanimation, chirurgie, voire hospitalisation d'aval). Dès lors, une distinction claire doit être faite entre les CSNP et les SAU.

Si le fonctionnement peut paraître proche et simplement assoupli, il convient cependant de souligner que la philosophie d'accueil et de prise en charge des patients est bien distincte. En effet, le CSNP apparaît comme une structure permettant un niveau de prise en charge de premier recours et inférieur à ce que pourrait réaliser un SAU classique. Dès lors, la restructuration d'un SAU et sa transformation en CSNP n'est pas neutre et devrait donc s'accompagner d'un besoin moindre sur le territoire pour la prise en charge des patients les plus lourds (CCMU 3 et plus).

Afin d'illustrer la réalité des CSNP aujourd'hui mis en place et parfois encore embryonnaires, il convient de s'appuyer sur un certain nombre d'exemple, d'abord à l'échelle nationale puis de manière plus centrée sur la région Nouvelle-Aquitaine afin d'essayer ensuite de transposer le modèle au CH angérien. En premier lieu, à l'échelle nationale, le Centre Hospitalier d'Aunay-sur-Odon (14) a mis en place, à compter de 2016, un CSNP en lieu et place de son SAU. Conformément aux pratiques décrites précédemment, cette transformation a été accompagnée par l'ARS Normandie. Cette restructuration a d'ailleurs été décidée face à la faible activité rencontrée par le SAU de l'établissement (7 000 passages annuels) et les problèmes de démographie médicale rencontrés. Pour cet exemple, le modèle retenu a été celui d'un lieu où sont dispensées des consultations de soins non programmés, 7j/7j, mais uniquement entre 8h et 20h.

Cet exemple étant aux prémices de l'installation des CSNP, des données médico-administratives sur le fonctionnement de cette structure sont déjà disponibles<sup>32</sup> et permettent ainsi une première évaluation. Au terme des deux premières années de fonctionnement, il en ressort une moyenne de 16,5 consultations par jour, ce qui traduit, en projection année pleine, un nombre de « passages » inférieur à ce qui été constaté vis-à-vis du SAU. En outre, la temporalité des consultations sur la journée semble assez concentrée sur la matinée et la fin d'après-midi. L'activité du CSNP n'apparaît donc pas lissée sur la journée, générant des creux et pics de consultations. Sur les examens complémentaires associés aux consultations, il convient de souligner le faible recours aux examens d'imagerie et d'autant plus à ceux de biologie. A noter que la proportion en imagerie est plus forte, les examens étant sans doute facilités par la présence sur site d'un plateau d'imagerie, ce qui n'est pas le cas pour la biologie. Si conformément à l'objet des CSNP la grande majorité des patients sont pris en charge pour de la traumatologie et des examens relevant de la médecine générale (plus de 80%), il est à noter que les patients se rendent quasiment exclusivement par leur propre moyen et selon leur propre initiative au CSNP. En effet, seuls 10% des patients consultent le CSNP après avis médical et moins de 1% sont orientés par le centre 15.

Si ces données peuvent interroger sur la question de l'adressage, de la visibilité de la nouvelle structure et de la complémentarité ville/hôpital, les premiers retours d'évaluation réalisés par l'ARS Normandie<sup>33</sup> semblent positifs. La tutelle souligne en effet notamment le niveau d'activité conforme aux prévisions réalisées, la réduction de la durée moyenne

---

<sup>32</sup> MESNIER T. « Assurer le premier accès aux soins – Organiser les soins non programmés dans les territoires », Rapport parlementaire, 2018

<sup>33</sup> ARS Normandie, Communiqué de Presse « Première évaluation positive des CSNP du CH public du Cotentin (site de Valognes) et du CH d'Aunay-sur-Odon », 14 novembre 2016

de prise en charge des patients et la pertinence des passages avec un très faible taux de réorientation vers un SAU.

Dans la continuité de cet exemple précurseurs, d'autres modèles de CSNP ont pu se développer sur le territoire, et notamment au nord de la région Nouvelle-Aquitaine. Deux exemples peuvent particulièrement être présentés car conseillés par la tutelle comme « modèle de référence » en vue de l'étude de la transformation du SAU angevin en CSNP. Tout d'abord, le CH Nord Deux-Sèvres (79) a transformé deux SAU de leurs trois sites en CSNP (Parthenay et Thouars) face à des difficultés de recrutements médicaux et une faible activité, notamment la nuit. Par ce biais-là, l'objectif était ainsi de pouvoir maintenir une réponse de proximité, avec un délai d'attente raisonnable pour les soins urgents de 1<sup>er</sup> niveau. Là encore, le fonctionnement des deux CSNP exclu donc toute prise en charge des urgences vitales qui sont directement redirigées vers le SAU du 3<sup>ème</sup> site, Faye l'Abbesse. Les modalités d'accueil ont ici été fixées avec une ouverture 24h/24h et 7j/7J, permettant ainsi de couvrir totalement les horaires de la PDSA. En revanche, si dans la journée les portes du CSNP sont ouvertes, elles demeurent fermées la nuit, notamment pour des raisons de sécurité. Les patients se présentant à la structure de nuit sont donc invités à décrocher le téléphone situé à l'entrée pour être directement mis en relation avec le SAMU - Centre 15, qui organisera l'accueil au CSNP ou les orientera vers un dispositif adapté. Dans la définition des modalités de fonctionnement, il a en effet été décidé que l'orientation et l'accueil des patients doivent systématiquement faire l'objet d'un premier filtre par le SAMU-Centre 15.

Ensuite, le CH de Loudun (86), aujourd'hui en direction commune avec le CH de Châtelleraut a lui aussi vu son SAU transformé en CSNP à compter d'août 2017. Les raisons ayant justifié ce choix sont de nouveau les difficultés de recrutement médical rencontrées par le SAU de l'établissement, accrues durant la période estivale, entraînant un risque de fermeture du service faute de médecin urgentiste disponible. En outre, l'activité du service n'était pas non plus suffisamment dynamique. A l'instar de ce qui a été réalisé au CH Nord Deux-Sèvres, le CNSP fonctionne 24h/24h et 7j/7j, tout comme le SMUR auquel il est adossé. L'accueil doit également se faire via le Centre 15. Le CSNP du CH de Loudun n'ayant vocation à accueillir que les « urgences » ne nécessitant pas d'hospitalisation, cela permet de maintenir un recrutement potentiel de 90% des passages anciennement réalisés au SAU de l'établissement.

Aussi, ces modèles de CSNP hospitaliers développés à l'échelle nationale et plus particulièrement en Nouvelle-Aquitaine semblent a priori et *in abstracto* transposables au contexte angevin. En effet, ils ont été mis en place suite à la faiblesse de l'activité du SAU préexistant et dans un cadre de difficultés de recrutements médicaux. En outre, les 2 établissements de l'ex-région Poitou-Charentes ayant mis en place ces nouvelles



structures se trouvent dans des zones assez rurales, peu denses. On y retrouve également un contexte hospitalier proche de celui du CH de Saint Jean d'Angély avec soit l'existence d'une direction commune (Loudun), soit d'un « groupe hospitalier » (Nord Deux Sèvres). Dès lors, il semble y avoir une pertinence de proposer la restructuration et la transformation du SAU angérien en CSNP. C'est pourquoi une étude a été menée permettant de mesurer l'impact d'un tel projet et de conclure sur la pertinence ou non de cette solution, à la lumière du CREF dans lequel elle s'inscrit.

## **2 Vers la transformation du SAU du Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély : étude de la pertinence d'une telle solution**

### **2.1 Analyse comparative de la situation du CH de Saint Jean d'Angély et des modèles de CSNP mis en place sous le prisme de l'activité et de la patientèle accueillie**

En premier lieu, afin de mesurer la pertinence de la restructuration et de la transformation du SAU angérien en CSNP, il a été nécessaire de mesurer l'adaptation de la nouvelle structure au territoire et à la population accueillie. Aussi, une analyse comparative de l'activité et des patients actuellement accueillis aux urgences de l'hôpital, par rapport à la situation d'autres établissements avant la mise en place de CSNP a été rendue nécessaire, posant les premiers jalons de la nécessité du maintien du SAU angérien sur le territoire.

#### **2.1.1 Analyse : exploitation des données d'activité de l'ORU-NA**

La présentation du cadre général de la transformation des SAU en CSNP a semblé révéler une pertinence de l'application de cette tendance au CH de Saint Jean d'Angély. En effet, un faisceau d'indices concordants est retrouvé dans les établissements ayant mis en place de tels projets et l'hôpital angérien : problèmes de démographie médicale, faiblesse de l'activité aux urgences, SAU d'autres établissements à proximité, territoires ruraux et isolés... Pour autant, une analyse plus poussée de l'activité du CH de Saint Jean d'Angély et des autres établissements ayant mis en place un CSNP doit être conduite afin d'objectiver ce ressenti. Pour ce faire, une exploitation des données des services d'urgences de ces établissements avant transformation en CSNP et de celles du SAU angérien actuel à l'appui des synthèses réalisées par l'ORU-NA<sup>34</sup> a été conduite. La première partie de l'analyse se concentre donc sur les données propres à l'activité des services : activité, typologie de patients, durées de passage, modes de sortie...

Tout d'abord, concernant l'activité générale du SAU angérien et celle des autres établissements de la région ayant procédé à la mise en place d'un CSNP, il ressort que le CH de Saint Jean d'Angély possédait en 2017 un nombre de passages parmi les plus importants des petits services d'urgences de la région. En effet, avec environ 11 700 passages, soit une moyenne quotidienne de 32 passages, l'hôpital de Saint Jean d'Angély dispose d'un nombre de passage largement supérieur à ceux des CH de Loudun et La Réole (respectivement + 4000 et + 8 000 passages) où ont été mis en place des restructurations du service d'urgences au profit de CSNP. En outre, il dispose également d'un nombre de passage supérieur à d'autres établissements de la région où n'ont pas

---

<sup>34</sup> ORUNA, Panorama de l'activité des structures d'urgences en Nouvelle-Aquitaine, 2016, 2017

encore été initiées de restructurations des SAU au profit de CSNP (CH de Barbezieux, Ruffec, Confolens...). Toutefois, l'établissement angérien dispose a contrario d'un nombre de passages inférieurs aux trois sites du GH Nord Deux-Sèvres où ont été restructurées les urgences (maintien d'un service d'urgence sur le site de Faye l'Abbesse possédant une activité élevée et stable avec 18 000 passages/an et mise en place de CSNP sur les sites de Parthenay et Thouars, avec 13 000 à 14 00 passages). Pour autant, il est à souligner la dynamique d'activité négative des deux sites où ont été implantés des CSNP (- 2% à -4% par rapport à l'année passée). Fort de ces éléments, il semble donc que ce soit la combinaison des variables nombres de passages et dynamique d'activité qui président au choix de la restructuration des services d'urgences. A ce titre, il convient de souligner la position singulière dans laquelle se trouvait le CH de Saint Jean d'Angély en 2017 avec une dynamique d'activité en berne (-6,7%), plus marquée que celle des autres établissements où ont été implantés des CSNP.

Aussi, pour l'établissement, un double constat peut être dressé :

- Un service d'urgences qui possède un nombre de passages qui tend à s'approcher des seuils
- Une dynamique de très forte diminution d'activité en 2017

En ce sens, la combinaison de ces deux facteurs pourrait, à terme, légitimer une restructuration. Toutefois, elle peut sembler prématurée à ce stade, au regard de la situation des autres établissements de la région dans une situation similaire et où il ne semble pas être pour l'heure question de la mise place d'un CSNP.

En outre, d'autres données viennent apporter un niveau d'analyse supplémentaire. Concernant en second lieu la typologie de patients accueillis, l'analyse de l'échantillon d'établissements proches du CH de Saint Jean d'Angély révèle qu'il est celui où la moyenne d'âge des patients admis au service d'urgences est la plus élevée (49 ans). Dans le détail des tranches d'âge des patients accueillis, il apparaît que l'hôpital angérien assure une prise en charge importante de patients de + de 75 ans (22%). L'établissement n'a accueilli en 2017 que 17% de moins de 18 ans, tandis que les CH de Loudun, Nord Deux-Sèvres et La Réole en ont accueilli une proportion bien plus importante (entre 21% et 31%). En conclusion de ces éléments, il apparaît que les établissements où ont été restructurés et transformés les services d'urgences en CSNP ne sont pas ceux avec les caractéristiques d'accueil de la population les plus proches de celles du CH de Saint Jean d'Angély. En effet, ces établissements accueillent en majorité des patients jeunes et adultes. Or, le CH de Saint Jean d'Angély assure quant à lui principalement l'accueil des personnes âgées, fragiles, pour lesquelles se posent généralement de vraies urgences et justifiant ainsi une prise en charge dans un service dédié. Ce constat est par ailleurs

confirmé par l'étude de la part des CCMU accueillies dans les différents services. Il apparaît ainsi que l'hôpital angérien accueille bien moins de CCMU 1 (4%) que les autres établissements échantillonnés, notamment ceux ayant mis en place un CSNP (entre 13 et 16%). A contrario, la part des CCMU 4 & 5 accueillies au CH de Saint Jean d'Angély (6%) est largement supérieure à l'ensemble des autres CH analysés (<1% à 1%), ce qui traduit bien la prise en charge de patients plus lourds dans l'établissement, et le besoin de soins urgents important sur le territoire.

Par ailleurs, l'analyse des données relatives à l'arrivée des patients révèle en premier lieu que le CH de Saint Jean d'Angély se caractérise par un taux d'arrivée de nuit (20h-8h) et en nuit profonde (00h-8h) supérieur à l'ensemble des établissements échantillonnés. Il en va de même pour le nombre de passages aux horaires de la PDS, bien que les écarts soient ici moins marqués avec ces établissements. Cette restriction des écarts est également à noter concernant la part des passages le week-end. Enfin, pour conclure sur l'arrivée des patients dans les services étudiés, il convient de souligner la part assez faible et inférieure aux autres établissements étudiés de patients arrivant par leurs propres moyens, au profit d'un taux plus élevés de patients arrivant par VSAV et ambulance. Un double constat peut ainsi être tiré de cette donnée. En premier lieu, cela traduit bien la prise en charge de malades plus lourds au SAU angérien, qui y arrivent par le biais de véhicules équipés pour la prise en charge de ces patients. En second lieu, cela peut également traduire les difficultés de locomotion des patients résidents sur le territoire. Compte tenu de la faiblesse des transports en commun et de l'âge de la population accueillie, les malades n'ont parfois pas d'autre choix que de se rendre à l'hôpital par le biais de ces transports sanitaires. Dès lors, en cas de fermeture du SAU angérien, ces patients n'emprunteraient certainement pas plus leur véhicule personnel pour se rendre au SAU du CH de Saintes (établissement de recours et le plus proche). Le volume de transports sanitaires serait donc accru, dans un contexte de réforme entraînant des coûts financiers importants pour les établissements de santé.

Enfin, une dernière analyse des données d'activité des différents services peut être pertinente au niveau des durées de passage et des modes de sortie des patients. Tout d'abord, avec un temps de passage moyen de 3h36, le CH de Saint Jean d'Angély se situe dans une position moyenne vis à vis des autres établissements similaires analysés. Cependant, en comparaison, les sites restructurés ont globalement un temps de passage inférieur à l'établissement (jusqu'à 1h de moins pour le CSNP de Loudun). Dans la continuité, l'hôpital angérien se caractérise par un pourcentage de prise en charge des patients en moins de 4h inférieur à ceux des autres établissements aujourd'hui dotés d'un CSNP. S'il est difficile de tirer des conclusions exactes de ce constat, cette donnée peut cependant alimenter le fait que l'allongement du temps de passage traduit la prise en

charge de patients plus lourds, plus complexes, et nécessitant donc un temps de prise en charge plus important. Pour conclure, concernant les modes de sortie des patients après leur passage aux urgences, plusieurs constats peuvent être dressés ici. Le CH de Saint Jean d'Angély présente :

- Un taux d'hospitalisation supérieur à tous les autres établissements étudiés
- Un taux de mutation interne supérieur à tous les autres établissements étudiés
- Un taux de retours à domicile nettement inférieur à tous les autres établissements étudiés

La différence est bien souvent autour de 10 points vis-à-vis des établissements ayant restructuré leur service d'urgences au profit d'un CSNP. L'analyse de ces taux témoigne bien là encore de la prise en charge de patients lourds, nécessitant une prise en charge complexe au Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély. En outre, ce constat d'un nombre important de passages (plus d'1/4) suivis d'une hospitalisation va à l'encontre de la philosophie même des CSNP, dont l'objectif est d'apporter une réponse rapide et en proximité aux patients relevant des CCMU 1 voire 2.

### ***2.1.2 Conclusions : des situations non identiques et non transposables***

En premier lieu, l'étude de la population accueillie au CH de Saint Jean d'Angély montre que le profil actuel de l'hôpital n'est pas superposable à celui de Loudun ou de Nord Deux-Sèvres avant la mise en place du CSNP. En effet, concernant le nombre de passages, l'hôpital angérien enregistre 3 185 passages de plus aujourd'hui qu'à Loudun en 2016 (date du choix de la mise en place du CSNP), soit 9 passages journaliers de plus en moyenne. La moyenne d'âge des patients accueillis est supérieure de 7 ans à Saint Jean d'Angély par rapport à Loudun et de 5 ans par rapport à Nord Deux-Sèvres, ce qui témoigne d'un accueil de patients plus âgés et plus lourds au sein de l'hôpital angérien.

Ce constat est d'ailleurs appuyé par l'accueil de 6 points de plus de personnes âgées de 75 ans et + à Saint Jean d'Angély par rapport à Loudun et de 3 points de plus par rapport à Nord Deux-Sèvres. L'hôpital présente une nécessité de réponse plus importante la nuit que ces établissements en comparaison (13 points de plus d'accueil de patients la nuit à Saint Jean d'Angély par rapport à Loudun et 6 points de plus en nuit profonde). L'analyse des CCMU accueillies aux urgences révèlent la encore une part plus grande de CCMU 4 et 5 que dans ces établissements, tandis que les passages pour traumatologie à Saint Jean d'Angély sont inférieurs de 6 points par rapport à Loudun alors même que ce type de prise en charge correspond à la philosophie des CSNP. Enfin, le taux d'hospitalisation au sein de l'hôpital angérien est largement supérieur à celui de Loudun (près de 20 points de plus). En outre, il découle davantage de mutations internes que de transferts de ces

hospitalisations. Logiquement, les retours à domicile sont nettement inférieurs à Saint Jean d'Angély par rapport à Loudun et Nord Deux-Sèvres.

En conclusion, il apparaît donc que CH de Saint Jean d'Angély se caractérise par des besoins plus importants vis-à-vis des situations critiques et des attentes de la population sur le territoire. Dès lors, ce constat entre en contradiction avec la mise en place d'un CSNP, dont la finalité est d'accueillir des patients légers, sur des créneaux horaires parfois restreints. En outre, l'activité actuelle du SAU du CH n'est pas comparable avec celle des établissements avant l'implantation du CSNP. Ainsi, les conclusions de l'étude centrée sur l'activité et la population accueillie ne sont, en l'état actuel des choses, pas favorables à la restructuration et à la transformation du SAU angérien en CSNP.

## **2.2 Analyse comparative des dimensions économiques et organisationnelles (RH)**

Puisque ce projet de transformation du SAU angérien en CSNP est apparu dans le cadre de la négociation du CREF de l'établissement, l'étude de sa pertinence devait également passer par une analyse sur les impacts organisationnels et financiers. En effet, une telle restructuration n'aurait de sens que si, en plus de répondre aux besoins de la population, elle permettait de générer des gains sur ces deux plans.

### ***2.2.1 Une transformation du SAU angérien en CSNP entraînant des impacts organisationnels importants***

Dans le cadre du projet de réorganisation des soins critiques attendant au CREF de l'établissement, un premier volet, faisant consensus, a été de réorganiser la surveillance continue de l'hôpital.

En effet, dans le contexte de difficulté démographique des spécialités de Réanimation-Anesthésie-Urgences, il est ainsi décidé de regrouper l'ensemble des lits de soins continus de la Direction commune sur le site de recours, afin d'optimiser les ressources médicales présentes pour la prise en charge des soins critiques. Aussi, le périmètre était avant la signature du CREF de 6 lits d'USC à Saint Jean d'Angély (avec un taux d'occupation d'environ 70%) et de 11 lits de réanimation et 6 d'USC à Saintes. Le projet vise ainsi à terme à supprimer l'ensemble des lits d'USC de l'hôpital angérien, au profit de l'ouverture de 3 lits de Post-Urgence en complément des 3 lits d'UHCD. En parallèle, le CH de Saintonge verrait lui ses lits de réanimation augmentés à 12, ceux d'USC à 8 ainsi que la mise en place de 4 lits de soins intensifs chirurgicaux.

Ceci constitue donc le socle de base de la réorganisation des soins critiques de l'établissement, auquel se sont ensuite ajoutés différents scénarios, dont celui de

transformation du SAU en CSNP. L'équipe des urgences dessert à Saint-Jean-d'Angély 3 activités :

- 1 SAU : 30 passages jour en moyenne / + 3 lits portes
- 1 SMUR : environ 400 sorties par an ; une centaine en période nocturne
- 1 USC

La maquette type de fonctionnement associée est bien dimensionnée par rapport au niveau de l'activité avec 3 postes de travail en journée, et le samedi matin et le dimanche matin, 3 médecins généralement présents (par tranche de 4h).

Afin de travailler l'hypothèse de la restructuration du SAU et de sa transformation en CSNP, la direction s'est appuyée sur le fonctionnement des modèles précédemment présentés et développés, et particulièrement sur celui du CH de Loudun (*Cahier des Charges – Annexe 6*). La structure ainsi retenue était donc celle d'un CSNP adossé à un SMUR fonctionnant 24h/24h. Les projections réalisées ont permis de démontrer que cette organisation nécessite une équipe médicale de 5,40 ETP et une équipe paramédicale de 11,63 ETP, décomposés comme suit :

- JOUR : 2 IDE en 12h (7h-19h) + 1 urgentiste + 1 conducteur ambulancier qui se détache des étages ;
- NUIT : 1 IDE en 12h (19h-7h) + 1 urgentiste + 1 AS qui ne sort pas avec le SMUR.  
Si sortie SMUR : Équipage de 2 (IDE + Urgentiste, dont l'un conducteur).

Aussi, le projet entraîne donc plusieurs conséquences d'un point de vue organisationnel. Tout d'abord, sur les effectifs médicaux, cette transformation entraîne une révision à la baisse de l'effectif-cible et donc une diminution des dépenses d'intérim. Côté personnel non médical, la transformation du SAU angérien en CSNP engendre la suppression de 11,02 ETP. La baisse des effectifs est conditionnée à un plan social, dont la mise en œuvre devrait être complexe du fait des possibilités de reclassement limitées sur le GHT de Saintonge. Ce contexte local impliquera notamment un échelonnement des effets financiers attendus (reclassement des titulaires et paiement d'ARE pour les contractuels).

En outre, un autre impact sur le versant organisationnel de la transformation du SAU en CSNP se traduit par un nécessaire report d'activité sur d'autres SAU, dont celui du site de recours du CH de Saintes. Or, d'une part une première crainte peut ici apparaître, concernant la bonne prise en charge des patients par le fait que ceux-ci sont insuffisamment dotés de lits d'aval permettant l'accueil de ces patients. D'autre part, la seconde crainte tient dans la multiplication des transports de patients dans un contexte déjà difficile d'accès aux transports sanitaires, notamment la nuit et le week-end, et de

transfert de la charge financière de ces transports de l'Assurance Maladie à l'établissement.

Ces impacts organisationnels sont d'autant plus importants que les autres scénarios développés concernant la réorganisation des soins continus (et aux côtés de la suppression de l'USC de l'hôpital) entraînent des impacts organisationnels moindres.

En premier lieu, le second scénario à avoir été travaillé par la direction en lien avec les équipes médicales a été celui du maintien du SAU et du maintien du SMUR mais uniquement en journée. Cette proposition s'appuie sur des études réalisées démontrant les impacts limités induits par la suppression du SMUR angérien (*Partie 3*). Si sur le plan organisationnel ce projet nécessiterait obligatoirement de réorganiser la couverture SMUR la nuit avec l'ensemble des SMUR de la zone de couverture actuelle de Saint Jean d'Angély (appui de Saintes, Niort, Cognac...), l'impact organisationnel sur les effectifs serait en revanche bien plus limité que celui de la transformation du SAU. En effet, si l'impact sur le personnel médical était identique, l'impact sur le personnel non médical serait quant à lui bien plus limité. La fermeture du SMUR la nuit entrainerait ainsi la suppression de 3,09 ETP, soit 7,93 ETP de moins que le projet de CSNP.

Enfin, le dernier scénario à avoir été travaillé est celui du maintien du SAU angérien et de la suppression totale du SMUR. Cette proposition, plus aboutie que la précédente, repose là encore sur les études réalisées démontrant de nouveau l'existence d'une zone blanche de faible périmètre et de faible densité démographique. Les impacts organisationnels découlant de cette solution peuvent être reconduits, sauf ceux sur le personnel non médical qui seraient de -8,93 ETP pour la fermeture totale du SMUR. Aussi, y compris cette solution entraîne un impact sur les effectifs plus limité (2,09 ETP préservés par rapport à la mise en place du CSNP).

En conclusion, les impacts organisationnels induits par la transformation du SAU angérien en CSNP sont particulièrement lourds, notamment sur le plan humain. Si ceci constitue un frein à cette restructuration, il ne s'agit pas pour autant d'un élément rédhibitoire, empêchant totalement la mise en place du projet. Pour autant, afin que celui-ci ne soit pas dénué de sens, il conviendrait que ces impacts importants soient contrebalancés par des gains sur d'autres plans, notamment en termes de prise en charge des patients, de qualité des soins ou financiers. Or, si les limites de cette transformation dans la prise en charge des patients ont pu être démontrées, les conclusions sur le plan financier viennent elles aussi limiter la pertinence de ce projet.



## **2.2.2 Une transformation du SAU angérien en CSNP engendrant des gains financiers limités**

L'analyse des conséquences sur le plan financier de la transformation du SAU du CH de Saint Jean d'Angély en CSNP est enfin nécessaire afin de pouvoir disposer d'éléments de réflexion globaux permettant de mesurer et de déterminer la pertinence ou non d'une telle restructuration. Cette dernière phase d'analyse apparaît d'autant plus importante dans le contexte financier dégradé que connaît l'établissement et au terme duquel est intervenu le projet de CSNP soulevé par la tutelle.

L'analyse des impacts financiers de la transformation du SAU en CSNP repose sur les éléments précédemment présentés. Il convient de rappeler que ce projet s'inscrit également aux côtés de la réorganisation des soins continus. L'impact du transfert des lits d'USC vers le CH de Saintes est ainsi estimé à – 400 séjours soit une perte de recettes de 1,25 millions d'€. Côté activité, la suppression du SAU engendrera nécessairement une suppression des séjours d'UHCD. En outre, un risque important pourrait se manifester concernant la baisse du volume des séjours en médecine, le recrutement d'une partie des patients dans le service se faisant par le biais des urgences.

En termes d'impacts humains, la restructuration du SAU angérien en CSNP entraînerait la suppression de 11,02 ETP soit une diminution des charges de personnel non médical d'environ 420 000€. Associé à la suppression de l'USC, c'est un total de 24,33 ETP qui serait menacé, pour une diminution totale des charges de personnel de 921 590,88 €. Si l'on rajoute à cela la diminution des dépenses d'intérim médical, la transformation du SAU angérien en CSNP couplée à la réorganisation des soins continus entraînerait une baisse totale des charges de personnel de 1,59 millions d'€ (Annexe 4 – *Figure 8*).

En outre, les projections réalisées par la direction des finances sur les titres 2 et 3 de la restructuration des urgences fait apparaître une diminution des charges à caractère médical de 149 496 € et des charges à caractère hôtelier et général d'environ 10 000€.

Ainsi, au total, la transformation du SAU angérien en CSNP, couplée au transfert des soins continus sur le site de recours permettrait de générer une diminution totale des charges de 2,07 millions d'€. Dès lors, ce projet semble a priori économique intéressant de par les gains qui peuvent être escomptés par la diminution des charges, notamment de personnel (Annexe 4 – *Figure 9*).

Cependant, l'analyse des impacts sur les produits de la transformation du SAU en CSNP vient atténuer la pertinence économique de ce projet sur le court en terme. En effet, une telle restructuration entraîne des pertes de recettes importantes. En premier lieu, la fermeture de l'USC induit une perte de 626 932€ sur 2019 et sur 2020. Cette perte de

recette est donc inhérente à l'ensemble des scénarios développés. En revanche, la mise en place d'un CSNP entraîne une perte de recettes liées aux structures d'urgences. En effet, dès lors qu'un SAU est transformé en une autre structure comme les CSNP, ceci entraîne la perte du versement des enveloppes qui sont attachées aux urgences. Dès lors, ce projet induit l'abandon des FAU à hauteur de 751 366€, des ATU à hauteur de 180 915€ et des GHS UHCD associés de 637 773€. Aussi, la transformation des urgences angériennes en CSNP entraîne une perte globale de produits d'un montant de 1,57 millions d'€. Si l'on ajoute en plus les pertes de recettes liées à la fermeture de l'USC, le projet entraîne une perte totale de produits de l'ordre de 2,82 millions d'€ (Annexe 4 – *Figure 10*).

Toutefois, face à la perte de recettes importante liée à la disparition des enveloppes attachées à l'existence d'un service d'urgences, les différents échanges menés avec l'ARS et les établissements ayant mis en œuvre un tel projet ont révélé que la tutelle pouvait venir apporter une aide exceptionnelle. Ainsi, à titre d'exemple, le CH Nord Deux-Sèvres a reçu une aide exceptionnelle par le biais du FIR de 400 000€ pour ses deux CSNP (Parthenay et Thouars). Dès lors, un montant exceptionnel de 200 000€ pourrait être attendu afin de renforcer la soutenabilité financière du projet, sans pour autant que ce montant ne soit certifié et assuré.

En conclusion, il apparaît donc que la transformation du SAU du CH de Saint Jean d'Angély en CSNP ne permet pas de générer de gains économiques. Au contraire, le projet induisant des pertes de recettes très importantes, non compensées par les gains générés au niveau des charges de personnel notamment. Dès lors, le projet creuserait encore un peu plus le déficit de l'établissement de 748 974 €. En outre, l'aide financière exceptionnelle de l'ARS de 200 000€ ne permettrait pas de couvrir le déficit du CSNP. Seule une aide comprise entre 700 000€ et 800 000 € permettrait d'assurer la viabilité et la pérennité financière de la structure. Or ces montants ne semblent pas réalistes dans le contexte actuel (Annexe 4 – *Figure 11*).

Dès lors, pris isolément, le volet financier du projet ne permet pas d'abonder dans le sens de la pertinence de la restructuration du SAU angérien en CSNP. En outre, la comparaison financière avec les autres solutions proposées à la tutelle vient accroître ce constat puisque les scénarios de maintien du SAU et de suppression du SMUR la nuit voire totalement permettent tous deux de générer des gains financiers. A noter que le scénario de maintien du SMUR en journée uniquement permet de générer gains supérieurs à la suppression totale du SMUR car ce scénario permet de conserver le versement d'une partie de la MIG SMUR (Annexe 4 – *Figure 12*).

Pour conclure, l'analyse financière du projet s'inscrit donc dans les mêmes conclusions que les analyses menées au niveau de l'activité et de la typologie de patients accueillis et de celle réalisée en matière organisationnelle. Il en découle donc une tendance qui se dirige vers une faible voire absence de pertinence de la transformation du SAU du CH de Saint Jean d'Angély en CSNP. L'analyse du poids du changement pour les différents acteurs et la subsistance d'imperfections non levées va finir par asseoir ce constat.

## **2.3 Le poids du changement pour les acteurs et des imperfections non levées : la réponse partielle apportée par le CSNP**

Outre les analyses précédemment réalisées au plan technique, d'autres paramètres relevant davantage de l'acceptation du projet par les différents acteurs concernés conduisent à réduire sa pertinence, qui ne permettrait pas de remédier aux difficultés structurelles de l'établissement.

### **2.3.1 « L'essence verticale » du projet et la difficulté à faire adhérer les différents acteurs**

Si l'analyse des éléments techniques concernant l'activité, la typologie des patients et les données organisationnelles et financières permettent de donner un premier éclairage, l'étude de la pertinence d'un tel projet ne peut s'arrêter à ce stade. Aussi, des éléments moins objectifs doivent aussi être pris en compte, comme l'acceptation de la disparition des urgences du CH de Saint Jean d'Angély par les différents acteurs concernés. L'ensemble des entretiens, réunions et instances conduits a permis de venir éclairer ce point.

En effet, il convient de rappeler le contexte dans lequel le projet de restructuration et de transformation du SAU angérien est apparu. Celui-ci a été suggéré par la tutelle dans le cadre des négociations portant sur le contenu du CREF de l'hôpital. Aussi, il s'agit donc d'une proposition « verticale » ou « descendante », venant de la tutelle et que les acteurs de terrain doivent ensuite travailler voire mettre en place. Ce mode de fonctionnement est en cohérence avec le rôle et les missions de l'ARS qui assure le pilotage de la politique de santé publique et la régulation de l'offre de soins sur le territoire. Pour autant, il s'agit là d'une demande qui s'opère dans le cadre d'un CREF, dont la définition des lignes directrices doit se faire dans un temps contraint. Aussi, l'élaboration d'un tel projet ne laisse que peu de temps à la direction de l'établissement d'une part pour en mesurer la pertinence, pour en définir les principales modalités de fonctionnement et d'organisation et d'autre part pour pouvoir faire adhérer l'ensemble des acteurs à ce projet.

La présentation du projet de transformation des urgences du CH de Saint Jean d'Angély a globalement fait l'objet d'un rejet de l'ensemble des parties prenantes. En premier lieu, la

communauté médicale de l'hôpital s'est montrée assez réfractaire à une telle restructuration. Cette position a émergé des CME organisées mais également des entretiens individuels conduits avec le Président de la CME et les différents chefs de pôle et de service concernés. Les différents personnels interrogés ont ainsi souligné le fait que les CSNP ne faisaient que de la « *bobologie* » et que dès lors, la transformation du SAU en une telle structure risquait de couper le moyen de recrutement « N°1 » pour le service de médecine. En outre, ceci risque de modifier la typologie de patients accueillis qui seraient alors moins lourds, moins aigus et moins complexes. Dès lors cela fait craindre une diminution de l'attractivité médicale du service (tant de médecine que du CSNP) et au-delà de l'établissement. Si des conséquences peuvent être craintes pour le service de médecine, il en va de même en matière de chirurgie. En effet, les professionnels de santé de l'établissement ont pu souligner l'incompatibilité entre le service de chirurgie (HPDD) et le CSNP, arguant là encore les pertes à craindre en matière de recrutement de patients. En conclusion, du point de vue de la communauté médicale, la mise en place d'un CSNP au CH de Saint Jean d'Angély signerait « *la mort de l'hôpital et de la médecine* ».

Ensuite, du point de vue du personnel non médical, la pertinence du projet a davantage été perçue au regard de l'impact engendré sur les effectifs. Seul le scénario final et retenu a été présenté aux instances et aux organisations syndicales. Pour autant, le scénario de la transformation du SAU et CSNP a pu être évoquée au cours d'échanges plus informels. Il convient de rappeler que le projet de mise en place d'un CSNP était celui qui avait des conséquences sociales les plus fortes, avec une réduction du nombre d'ETP paramédicaux plus important que les 2 autres scénarios (suppression du SMUR totale ou partielle) travaillés. Dès lors, les organisations syndicales se seraient montrées davantage défavorables à ce scénario, compte tenu des conséquences importantes qu'il emporte sur les effectifs.

En outre, la crainte d'une « mort de l'hôpital » a également pu ressortir des différents échanges avec le personnel soignant. La perte du label « urgences », à l'instar du personnel médical, pourrait entraîner une désaffection du personnel non médical pour le service. En effet, il a été souligné le fort sentiment d'appartenance des agents à leur service. Ce sentiment est d'autant plus fort dès lors qu'il s'agit des urgences, service traditionnellement caractérisé par une prise en charge de patients lourds, nécessitant rapidité et expertise. Ces éléments-là sont parfois déterminants dans la volonté du personnel non médical d'y être affecté. Or, l'objet des CSNP est généralement plus flou dans l'esprit des acteurs et l'activité qui y est réalisé nécessite des prises en charges plus légères. Un risque de perte d'attractivité pourrait donc là encore se réaliser, dans un contexte où les établissements du GHT commencent à rencontrer des difficultés de

recrutement sur le personnel non médical, particulièrement IDE et AS, une telle orientation pourrait accroître davantage ces difficultés.

Dans l'adhésion des différentes parties prenantes au projet de restructuration des urgences angériennes, il convient également de préciser que ce scénario n'est pas encore politiquement mûr. En effet, la transformation d'un service d'urgence n'est pas sans impact sur le territoire et a donc des conséquences au niveau politique, impliquant les élus locaux. La perte des urgences du CH de Saint Jean d'Angély interviendrait ici peu de temps après la disparition de la maternité angérienne. Si ceci avait fini par faire l'objet d'un consensus et être accepté par les élus, il n'est pas certain qu'un second démembrement important et rapproché de l'hôpital soit également facilement accepté. Or, compte tenu de la temporalité du projet imposé par le CREF, il n'aurait pas été possible pour la direction et la tutelle de pouvoir convaincre les élus locaux du bien-fondé de cette réorganisation en si peu de temps. En outre, la réalisation de ce projet viendrait s'inscrire dans un calendrier politique et électoral assez défavorable à la réalisation d'une telle restructuration.

Enfin, ce projet ne serait pas sans impact sur la population et sur la médecine de ville. Il existe à leur égard un risque important que cette restructuration et transformation ne fassent émerger l'image d'un établissement en perte de vitesse, en lieu et place du maintien d'une certaine forme de l'offre de soins et d'un point d'accueil de proximité sur le territoire.

En conclusion, ce projet entraîne globalement la défiance de l'ensemble des acteurs qui gravitent autour du fonctionnement des urgences angériennes. Dès lors, pour sa réalisation, la direction de l'établissement et la tutelle devraient faire preuve d'une conviction particulière afin d'y faire adhérer l'ensemble de ses acteurs. En outre, une association et une participation des parties prenantes à la définition de la nouvelle forme de CSNP aurait sans doute permis de renforcer l'acceptabilité du projet. Or, compte tenu du contexte et de la nécessité d'élaborer un scénario rapide permettant d'alimenter le contenu du CREF et de réorienter l'activité de l'établissement, une telle démarche participative n'a pas été possible. Aussi, tant les éléments objectifs en matière d'activité, organisationnels et financiers que l'acceptation du projet par les professionnels de l'établissement et les parties prenantes n'étaient pas réunis pour mener à bien le projet de restructuration et de transformation du SAU angérien en CSNP. Dès lors, ce scénario n'a pas été retenu et n'a pas été mis en œuvre, puisqu'il ne permettait pas de remédier aux difficultés structurelles de l'établissement.

### **2.3.2 La transformation du SAU angérien en CSNP ne remédierait pas aux difficultés structurelles de l'établissement**

En l'état actuel des choses, la restructuration et la transformation du SAU du CH de Saint Jean d'Angély en CSNP ne semble pas pertinente au regard de l'ensemble des éléments présentés. En effet, de nombreuses répercussions sont liées à ce projet, dont le risque d'un effet-rebond négatif sur le recrutement en HC médecine et l'opposition traditionnellement marquée de la population et des élus à la fermeture d'un SAU. En outre, sur le plan humain et organisationnel, la baisse des effectifs paramédicaux est conditionnée à un plan social, dont la mise en œuvre devrait être complexe du fait des possibilités de reclassement limitées à l'échelle du GHT de Saintonge. L'ensemble des établissements le composant se trouvent confrontés à des situations financières délicates, engendrant la mise en place de réorganisations. Aussi, l'ensemble des hôpitaux du GHT, eux aussi engagés dans la voie de la réduction de leurs effectifs ne pourront absorber une partie des effectifs impactés par ce projet.

Par ailleurs, ce contexte local impliquera un échelonnement des effets financiers attendus (reclassement des titulaires et paiement d'ARE pour les contractuels). Cette donnée, combinée à l'analyse financière prospective réalisée, qui laisse craindre un fonctionnement déficitaire du CSNP, nécessiterait un soutien financier marqué de l'ARS. Or, compte tenu des aides financières déjà importantes octroyées à l'établissement et la dynamique de retour à l'équilibre dans laquelle il s'engage, une aide financière à la hauteur attendue ne paraît pas envisageable.

De plus, un report d'activité sur d'autres SAU dont celui du CH de Saintonge, site de recours sera rendu nécessaire, alors même que certains de ces établissements sont insuffisamment dotés en lits d'aval pour pouvoir accueillir l'ensemble des malades qui seront déportés. En lien, ceci entraînera la multiplication des transports dans un contexte déjà difficile d'accès aux transporteurs sanitaires sur certaines périodes (nuit et week-end) et d'augmentation de la charge financière de ces transports avec l'entrée en vigueur de l'article 80 de la LFSS pour 2017. En outre, les travaux récemment menés par le Dr Christophe Fehlmann, chef de clinique aux urgences adultes des Hôpitaux universitaires de Genève ont montré que les transferts entre services d'urgences génèrent des examens redondants et inappropriés<sup>35</sup>.

Aussi, le projet de transformation du SAU angérien en CSNP ne permet pas de résoudre les difficultés structurelles de l'établissement. En effet, dans le diagnostic réalisé, le

---

<sup>35</sup> QUEGUINER T. « Les transferts entre services d'urgences génèrent des examens redondants et inappropriés », Hospimédia, 07 juin 2019

facteur majeur identifié, tant à l'échelle de l'établissement que de son service des urgences, est l'importance des postes médicaux vacants. L'établissement peine à se montrer attractif pour attirer de nouveaux médecins et ainsi pourvoir l'ensemble de ses lignes. Il est donc confronté à des problèmes de couverture médicale au sein de son SAU, sans qu'un redéploiement en interne ou à l'échelle de la direction commune ne soit possible et parfois sans réponse positive de l'intérim, nécessitant ainsi, par exception, la fermeture de la ligne SMUR primaire de l'hôpital. Dès lors, un problème structurel d'attractivité médicale se trouve posé. Or, la transformation du SAU en CSNP ne ferait qu'aggraver la situation. En effet, le SAU actuel garde encore certains éléments d'attractivité vis-à-vis des professionnels médicaux. Les gardes qui peuvent être réalisées en son sein constituent un élément d'attractivité, qui se situe sur le plan financier. En outre, il s'agit là d'un SAU qui rencontre un nombre de passages limités et qui, en ce sens, peut-être plus attractif vis-à-vis des médecins intérimaires notamment qu'un SAU ou l'activité serait plus soutenue. Or, la transformation en CSNP pourrait faire perdre l'élément d'attractivité lié aux gardes si son fonctionnement n'était pas organisé sur une ouverture 24h/24h. De plus, compte tenu des patients plus légers qui ont vocation d'être accueilli, les médecins de l'établissement actuellement affectés au SAU perdraient tout intérêt à y exercer. L'espoir de recruter de nouveaux médecins urgentistes disparaîtrait également avec cette transformation. Enfin, compte tenu des impacts du CSNP sur l'ensemble des autres services, de médecine et chirurgie notamment, c'est leur attractivité qui serait également questionnée au regard des patients potentiellement moins lourds admis. Plus largement, c'est toute l'attractivité et le devenir de l'établissement qui s'en trouverait ainsi questionnés.

Ainsi, il n'est pas apparu pertinent de mettre en place un CSNP à court terme au sein du CH de Saint Jean d'Angély. Le maintien du SAU angérien a donc été défendu par la direction de l'établissement et la communauté médicale vis-à-vis de l'ARS, qui l'a validé. Aussi, dans le cadre du CREF, la réorganisation des soins critiques finalement arrêtée s'est limitée au transfert de soins continus sur le CH de Saintonge. En effet, les discussions préparatoires à la contractualisation avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine ont permis d'assurer le maintien du SAU angérien et donc l'accueil 24h/24 des urgences ainsi que l'activité de SMUR, permettant de répondre au critère d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes. Seuls les lits de soins continus ont été transférés sur le site de recours, afin de sécuriser les prises en charge pour les patients nécessitant une hospitalisation en soins continus, d'optimiser l'utilisation des ressources humaines médicales et de permettre, en échange, l'ouverture de lits de post-urgences au CH de Saint Jean d'Angély. Pour autant, la tutelle a précisé ne pas s'interdire de réévaluer la pertinence de la restructuration à plus long terme, ce qui nécessite donc de réfléchir aux conditions de faisabilité et de réussite de la mise en place d'un CSNP pour le futur.

### **3 L'actuelle non-pertinence du projet angérien révèle la nécessité d'un modèle conforté et stabilisé : conditions de réussite**

#### **3.1 Les Centres de Soins Non Programmés : un modèle à conforter**

L'analyse de la transposition du modèle de CSNP au cas angérien a révélé des imperfections du modèle, qui doit donc être stabilisé et conforté. Cette conclusion peut être généralisée au regard des retours d'expérience des autres établissements ayant mis en place de telles structures. En outre, cela nécessite peut-être la mise en place d'un cadre clair et précis venant en définir et en poser les contours et permettant d'en arrêter le modèle.

##### **3.1.1 Évaluations et retours d'expérience des établissements ayant mis en place un CSNP**

L'étude de cas du Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély a permis de mettre en évidence le fait que le modèle des CSNP était perfectible et semblait donc devoir être conforté. L'évaluation, sur la base des retours d'expérience des établissements ayant expérimentés ces structures permet de venir confirmer cette position. En effet, si la restructuration et la transformation des services d'urgence en CSNP font parfois l'objet de satisfaction, suite au maintien d'un point d'accueil pour la prise en charge des patients du territoire, il n'en demeure pas moins que les premiers temps de fonctionnement sont parfois décevants.

En effet, les évaluations qui sont prévues dans le cadre du cahier des charges établi par la tutelle, imposant la rédaction d'un rapport d'activité à court terme, révèlent bien souvent les craintes qui ont ici été soulevées dans le cadre du CH de Saint Jean d'Angély. Au CH Nord Deux-Sèvres par exemple, « *les centres de soins non programmés ne font pas le plein* »<sup>36</sup>. Plusieurs problématiques subsistent malgré la mise en place du CSNP, notamment sur le plan de la présence des effectifs médicaux. En outre, en termes d'activité, les premiers constats sont mitigés. En effet, si la fréquentation des CSNP augmente peu à peu depuis leur ouverture, il n'en demeure pas moins que celle-ci reste inférieure d'une part au nombre de passages autrefois enregistrés dans les SAU et d'autre part par rapport aux prévisions. Le CSNP de Parthenay comptabilisait début 2019 une vingtaine de passages par jour et le CSNP de Thouars une douzaine. Or, c'est l'accueil d'une trentaine de personnes par jour qui avait été projeté, soit déjà 10 passages

---

<sup>36</sup> BUSSIERE S., « Les centres de soins non programmés ne font pas le plein », La Nouvelle République, 16 février 2019



de moins que l'activité précédemment réalisée aux urgences. A noter que l'activité a même été extrêmement faible au démarrage avec seulement une dizaine de passages en moyenne par jour sur le site de Parthenay (7 pour le site de Thouars) pour les 6 premiers mois de fonctionnement. Ceci s'explique certainement par le déficit de pédagogie réalisé en amont, auprès des différents acteurs, sur la définition, les missions et l'essence même de la nouvelle structure. Enfin, la pérennité financière de la nouvelle structure peut également être questionnée puisque le CRP 2019 des CSNP, construit sur une projection d'activité de 20 passages par jour, fait apparaître un résultat déficitaire de – 303 000 €, malgré l'aide ARS apportée.

Le CSNP du CH du Cotentin, implanté sur le site de Valognes, fait apparaître un constat similaire et tout autant mitigé<sup>37</sup>. En effet, les problématiques de recrutement médical et d'équilibre financier se trouvent également posées. Sur le plan de la démographie médicale, la mise en place d'un CSNP en lieu et place de l'ancien SAU n'a pas constitué un élément supplémentaire d'attractivité médicale. La crainte soulevée dans le cadre du projet angérien semble donc bel et bien se réaliser en pratique. En effet, le CSNP implanté sur le site de Valognes a enregistré le départ de son médecin principal, nécessitant ainsi un nouveau recours à de l'intérim médical. D'une part, cette modalité est venue renchérir le coût de fonctionnement de la structure et d'autre part, il arrive que l'intérim ne réponde pas aux missions proposées. Dès lors, le CSNP, censé ouvrir en semaine 5j/7j, pendant l'année scolaire et une semaine sur deux pendant les vacances scolaires et l'été, est parfois contraint à la fermeture. Tel a par exemple été le cas « pendant toutes les vacances de février et à celles de Pâques ». Ainsi, la structure se trouve contrainte d'enchaîner les fermetures temporaires.

Cette situation pose nécessairement question vis-à-vis de la réponse apportée à la population, qui n'apparaît donc pas pérenne. Au-delà, c'est toute la pertinence, le bien-fondé et la pérennité propre à la structure qui se trouvent questionnés. En outre, la mise en place de ce CSNP n'a pas été sans conséquences sur les établissements voisins. En effet, à l'instar de ce qui était craint dans la relation Saint Jean d'Angély – Saintes, l'ouverture du CSNP a eu des répercussions importantes sur le CH de Cherbourg. Aussi, suite à la restructuration et à la transformation du SAU de Valognes en CSNP, « les passages ont augmenté de 20% » au CH de Cherbourg. Or, l'établissement se trouve également dans une situation délicate sur le plan de son recrutement, avec seulement « 13 ETP pour 25 nécessaires ».

Enfin, les difficultés à équilibrer la structure sur le plan financier sont là encore retrouvées à Valognes puisque le modèle du CSNP implanté ne permet pas de couvrir les frais

---

<sup>37</sup> LAPOSTOLLE S., « Valognes : le centre de soins non programmés est utile mais reste à consolider », APM News, 15 mars 2019

d'énergie, de personnel et de matériel, et ce malgré un important soutien financier de l'ARS (415 000€ annuels).

« *Nous, nous avons été obligés de le faire mais cela peut aider aussi un service d'urgences d'avoir un centre, même côte à côte pour recibler les urgences* ». C'est en ces termes que conclut un médecin de l'établissement sur la mise en place du CSNP à Valognes. Aussi, au regard des évaluations et retours d'expérience présentés, les différents CSNP mis en œuvre sur le territoire semblent constituer un modèle encore imparfait. Dès lors, il apparaît nécessaire, pour assurer leur pérennité pour l'avenir et accroître leur développement, d'en définir un modèle et de l'inscrire dans un cadre précis.

### **3.1.2 Vers la nécessité de la définition d'un cadre et d'un modèle arrêtés ?**

« *Il apparaît que ces CNSP n'ont pas trouvé leur positionnement, et il n'est pas rare que leur modèle économique soit instable* ». C'est en ces termes que le rapport Mesnier<sup>38</sup> conclut son analyse sur les CSNP, confirmée en pratique dans le projet du CH de Saint Jean d'Angély. En effet, les recherches menées dans ce cadre ont permis de révéler l'existence de modèles de CSNP et de cadres de fonctionnement très divers. En effet, si ceux-ci sont tous constitués autour d'un socle commun qui semble clairement établi (mise en place suite à une faible activité, problématiques de recrutement d'urgentistes, préservation d'un point d'accueil de consultations de médecine générale pour la population, non prise en charge des urgences vitales...), il n'en demeure pas moins que derrière, leur organisation et les modalités pratiques de fonctionnement sont caractérisées par une très grande souplesse (ouverture 24h/24h ou fermeture la nuit, ouverture le week-end ou non, équipes mutualisées avec le SMUR...).

Cette souplesse constitue d'ailleurs bien souvent un élément d'attractivité du modèle de CSNP, par opposition au cadre très contraint et précisément défini par les dispositions du code de la santé publique des services d'urgences. En outre, elle permet également à chaque structure de se constituer en tenant compte des spécificités de chaque territoire, afin de répondre de la manière la plus adéquate et la plus pertinente possible aux besoins de la population. Toutefois, la souplesse et la diversité des modèles parfois mis en œuvre sur le territoire peuvent venir brouiller et obscurcir l'objet même des CSNP. En effet, si l'on revient à l'essence même de leur définition, il s'agit de structures qui ont pour objet de maintenir un point d'accueil pour des consultations de médecine générale dans les territoires. Cette définition écarte donc toute prise en charge des situations d'urgence, qui ont donc vocation à se reporter au sein d'autres structures, suffisamment dimensionnées pour pouvoir accueillir ces nouveaux flux.

---

<sup>38</sup> MESNIER T. « Assurer le premier accès aux soins – Organiser les soins non programmés dans les territoires », Rapport parlementaire, 2018

Dès lors, se pose ici la question de la pertinence de l'ouverture de telles structures dans des zones rurales qui souffrent de problématiques en matière de démographie médicale. En effet, si ces structures vont pouvoir permettre une meilleure prise en charge en matière de médecine générale, face à l'absence de réponse de la médecine de ville notamment, elles vont en revanche affaiblir la prise en charge réellement urgente de la population. A long terme, cette dynamique pourrait se révéler intéressante et porter ses fruits. En effet, la multiplication des CSNP permettrait de favoriser la prise en charge de la population en matière de médecine générale, pour des consultations relatives à des pathologies mineures. Dès lors, les CSNP pourraient être perçus comme des structures organisant une prise en charge préventive de la population. Par la prise en charge rapide de la population et à des stades peu avancés des pathologies, les CSNP permettraient de donner une réponse évitant ensuite des situations où les pathologies s'aggravent et nécessitent alors une réponse pour de l'urgence à proprement parler.

Toutefois, ce présupposé nécessite d'admettre que la restructuration et la transformation des services d'urgences en CSNP ne constituent pas un maintien « minimal » des urgences à l'hôpital, amalgame souvent réalisé au sein des établissements. Il s'agit donc bien là de la fermeture des urgences, en contrepartie de quoi une nouvelle offre de médecine générale avancée est ouverte à l'hôpital.

Finalement, dans cette perspective là, ce modèle semble particulièrement adapté aux zones très denses, urbaines et périurbaines, mais qui connaissent parfois des difficultés en matière de démographie médicale en ville. C'est d'ailleurs dans cette configuration que l'on retrouve la majorité des CSNP privés, soit adossés à des cliniques, soit créés par des urgentistes désireux d'exercer en libéral. Certains exemples, comme le Centre médical de soins immédiats du Grand Nancy, le CLEM de Montpellier ou le Centre de consultation d'urgences du Médipôle de Nanterre viennent illustrer cette tendance. Ces CSNP s'inscrivent donc dans des zones où plusieurs services d'urgences sont implantés, en proximité, facilement accessibles et bien desservis (par les transports en commun notamment). Dans ce cadre-là, les CSNP peuvent venir jouer un rôle dans le cadre de la graduation des soins en constituant un point d'accueil de premier recours, et en redirigeant éventuellement la population vers le service d'urgences en proximité directe. Ce modèle-là, qui vient alors pleinement s'inscrire dans la volonté de graduation des soins, pourrait être réalisé au sein de structures publiques. Tel est par exemple le choix retenu par le CH de Périgueux<sup>39</sup>, où la mise en place de consultations non programmées, assurées par des généralistes au sein du SAU a été étudiée. Ce projet avait pour objectif de réduire le délai de prise en charge des patients dont l'état ne justifie pas une prise en

---

<sup>39</sup> KASKAS G.A., « *Enquête préalable à la mise en place d'un dispositif de consultations non programmées au SAU du CH de Périgueux* », Thèse, 2017

charge immédiate et de libérer du temps pour que le personnel du SAU puisse davantage se consacrer aux personnes dont l'état de santé relève de leurs compétences. A terme, ceci doit permettre de désengorger le SAU au moment des pics d'affluence.

Ainsi, face à la souplesse attachée aux CSNP, et qu'il convient de préserver pour en faciliter le développement et encourager les initiatives locales, le risque émergent est de faire du CSNP une réponse à des problématiques très variées et parfois éloignées de son objet. En effet, derrière la restructuration et la transformation des SAU au profit de la mise en place de CSNP, différents objectifs ont pu être recherchés et sous tendus : gains économiques et financiers, résolution des problématiques de démographie médicale, amélioration des liens ville/hôpital, amélioration de la prise en charge de la population... Or, à rechercher un nombre trop important de gains, parfois éloignés de l'essence même de cette structure, elle en perd son sens et son intérêt.

Dès lors, un cadre et un modèle mieux définis pourraient être arrêtés par les pouvoirs publics afin de conserver toute la pertinence de ces structures. Les entretiens menés ont pu révéler l'importance du label « urgences » vis-à-vis des différents professionnels de santé et de la population. Dans cette perspective, il pourrait être intéressant de venir également labéliser les CSNP. Ceci permettrait d'une part de mieux les identifier, de renforcer leur visibilité auprès de l'ensemble de ces acteurs, mais également, pour les établissements désireux d'aller vers la mise en place de ce type de structures, de connaître avec plus de certitudes leurs modalités d'organisation et de fonctionnement. En outre, à terme, l'ensemble des CSNP labellisés pourrait créer une communauté favorisant le partage d'expérience, venant enrichir l'ensemble des acteurs concernés.

Enfin, associées à ce label, ce sont des modalités de financement claires et pérennes qui devraient être définies, permettant d'assurer à minima l'équilibre financier des CSNP<sup>40</sup>. Ainsi, ces structures pourront s'inscrire dans la durée et prendre pleinement place dans le cadre de projets médicaux et d'établissement mais également dans les SROS et PRS à plus long terme.

### **3.2 Mise en place d'un CSNP : la nécessité d'une démarche projet au cœur du métier de Directeur d'hôpital**

Les travaux menés dans le cadre de ce projet de mise en place d'un CSNP au CH de Saint Jean d'Angély sont venus conforter des éléments nécessaires à l'exercice du métier de directeur d'hôpital. En effet, l'étude de la pertinence de la restructuration et de la transformation du SAU angérien a démontré qu'il est indispensable de mettre en place

---

<sup>40</sup> « Le CH de Gérardmer craint d'être fragilisé par la fin du financement dérogatoire de ses soins non programmés », APM News, 20 juin 2019

une démarche de conduite de projet particulièrement fine pour que le projet aboutisse avec succès.

### ***3.2.1 La concertation, une étape indispensable à la réalisation d'un tel projet***

Un projet de restructuration et de transformation d'un SAU au profit de la mise en place d'un CSNP met nécessairement le DH face aux enjeux de la conduite du changement. Pour mettre en œuvre ce projet, une « démarche projet » est indispensable compte tenu des impacts importants pour l'ensemble des professionnels, des patients et du territoire qui sont induits. Au stade où il convient de s'interroger sur l'avenir du SAU de l'hôpital et des conditions de réussite d'un éventuel futur projet de mise en place d'un CSNP, il paraît incontournable de s'arrêter sur cette démarche. Plus particulièrement, un des fils rouges de cette démarche projet devrait être la concertation menée par la direction avec les différentes parties prenantes.

Par le terme de concertation, est entendu l'ensemble des pratiques consistant à faire précéder une décision d'une consultation des parties concernées. Ces consultations ont vocation à faire de la pédagogie vis-à-vis des différents acteurs, et ce sur plusieurs plans. En premier lieu, ce sont les raisons qui ont conduit à ce choix de création d'un CSNP au profit du SAU qui doivent être explicitées. En outre, une définition précise de ce qu'est un CSNP, de son organisation et de son mode de fonctionnement doivent faire l'objet d'une présentation particulière. Enfin, la phase de concertation devra également permettre aux différentes parties prenantes de mesurer l'impact d'une telle restructuration sur leur quotidien, notamment professionnel.

D'un point de vue pratique, cette concertation doit passer par l'organisation de réunions pluridisciplinaires mêlant les différentes catégories d'acteurs impliquées. Une vigilance particulière, relative à la conduite de réunion du DH portera sur le fait que les échanges devront se concentrer sur la définition et les impacts du changement induits par la nouvelle structure, et non sur son bien-fondé. En effet, les débats relatifs à la pertinence de sa mise en place relèvent principalement des échanges qui auront pu avoir lieu au préalable avec la tutelle. Les débats devront donc permettre de préparer en amont le fonctionnement du CSNP. Ils viseront à ce que chacun puisse exprimer son point de vue ou ses points de vigilance vis-à-vis de la future structure, mais également à ce que la direction puisse répondre à l'ensemble des questions des différents acteurs dans une logique d'accompagnement du changement, de soutien et de réassurance. Enfin, outre le recours à des formes « classiques » d'échange type réunions, d'autres techniques de communication et de marketing hospitalier ainsi que des modalités plus souples devront permettre la réalisation de ces concertations et l'acculturation des différents acteurs à la

nouvelle structure. Par exemple, des visites sur les lieux du nouveau CSNP, ou encore la diffusion de plaquettes de présentation pourront être réalisées (Annexe 7) .

En interne, compte tenu de la dimension très englobante du CSNP, les professionnels médicaux du SAU actuel et du futur CSNP mais également ceux des autres spécialités pouvant être impactées au niveau de leur recrutement interne (médecine, chirurgie dans une moindre mesure) devront être concertés. En outre, une attention particulière devra être portée vis-à-vis des professionnels paramédicaux du SAU et du futur CSNP, afin d'éviter les reproches encore trop souvent faits de « mise à l'écart » de ces professionnels. Cela passera donc par des échanges via les organisations syndicales mais il conviendra également de s'adresser directement aux agents en insistant sur les impacts pour leur quotidien afin que la nouvelle structure et son fonctionnement se mettent en place le plus naturellement possible.

Sur le plan des partenaires externes à l'hôpital, une concertation particulière devra premièrement avoir lieu avec les élus du territoire, principalement avec le maire de la commune mais parfois également avec les élus territoriaux voire le député de la circonscription selon les configurations. Cette mission relève davantage du chef d'établissement, en partenariat avec la tutelle. Une bonne compréhension et acceptation du projet et de ses impacts au niveau des élus peut ensuite faciliter les échanges et le fonctionnement de la structure avec les autres acteurs du territoire.

Par ailleurs, une des conditions clés du succès de la nouvelle structure relève de l'information et des échanges qui seront préalablement réalisés auprès des différents professionnels de santé du territoire. En premier lieu, une concertation d'importance devra être conduite avec la médecine de ville et les médecins libéraux. Ceci a d'ailleurs été identifié comme une étape clé du succès des CSNP mis en place aux CH Nord Deux-Sèvres et de Loudun notamment. En effet, cette étape préalable à l'ouverture de la nouvelle structure n'avait pas assez été anticipée et travaillée et explique en partie le peu de succès rencontré par le CSNP lors de son ouverture et l'activité bien inférieure aux prévisions. Comme démontré dans le cadre des échanges réalisés pour le projet angevin, le risque identifié d'un défaut de communication vis-à-vis de ces acteurs est que la restructuration du SAU en CSNP ne soit perçue que sous le seul prisme de l'affaiblissement de l'hôpital et de l'offre de soins du territoire. Dès lors, il risque d'en résulter une absence de liens ville/hôpital. Or, afin de cultiver et de développer les filières d'adressage entre ces deux partenaires, il convient au préalable de rencontrer les médecins libéraux en ville pour leur présenter l'impact et l'intérêt du nouveau dispositif mis en place à l'hôpital, en insistant notamment sur les gains qui peuvent être espérés par les libéraux de ville. Cette étape réalisée tardivement sur le site de Parthenay a d'ailleurs

fait émerger un projet de rapprochement entre le centre de santé de ville et le CSNP afin de créer davantage de complémentarités et d'économies d'échelle.

Au-delà de la médecine de ville, une information devra être réalisée à l'encontre de l'ensemble des professionnels médicaux et para-médicaux du territoire, y compris les officines pharmaceutiques ou encore les cabinets d'infirmiers libéraux. En effet, là encore ceci aura pour objectif de valoriser la nouvelle structure et d'éviter que des préjugés négatifs ne se développent et se propagent et d'autre part, de garantir l'activité du CSNP tout en favorisant la pertinence de l'adressage des patients en fonction de leur pathologie.

Cette phase de concertation vis-à-vis des différents acteurs, relevant pleinement de la mission du DH dans le cadre de la conduite d'un tel projet doit par ailleurs être complétée par une information réalisée à destination de la population, condition de la confiance ou de la défiance qui sera émise à l'égard du nouveau modèle.

### ***3.2.2 L'information à la population, un préalable garantissant le succès du projet***

Dans le cadre de la mise en œuvre d'un tel projet et de la démarche projet associée, un second élément paraît indispensable et intimement lié au métier de DH. Si la concertation va permettre de mieux faire connaître et accepter le nouveau modèle de CSNP auprès des différents acteurs, qui pourront dès lors favoriser l'orientation de leur patientèle vers la nouvelle structure, il n'en demeure pas moins que pour cela, il faut également que la population dispose d'une confiance dans le nouveau dispositif. Dès lors, l'information à la population sur des éléments de la restructuration et de la transformation du SAU en CSNP est un préalable indispensable permettant de garantir le succès du projet.

A l'instar de l'analyse qui a pu être conduite pour les différents acteurs institutionnels qui gravitent autour d'un projet de mise en place d'un CSNP au profit d'un SAU (professionnels de santé de l'établissement, de la ville, élus...), la population attache aujourd'hui une confiance très forte dans le label associé aux services d'urgences<sup>41</sup>. Dès lors, la fermeture du SAU peut entraîner un sentiment de défiance de la population vis-à-vis de l'établissement en général, ainsi qu'une fuite de la patientèle vers d'autres établissements de santé du territoire, voire une renonciation aux soins. L'ouverture d'une nouvelle structure tel qu'un CSNP en lieu et place du SAU peut ne pas parvenir à endiguer ce phénomène si elle n'est pas accompagnée d'une politique de communication particulièrement développée. En effet, le terme de « centre de soins non programmés » est assez peu parlant pour le grand public. En outre, il s'agit de modèles récents, encore

---

<sup>41</sup> DANET F., « La médecine d'urgence : de la dégradation à la démocratisation de l'hôpital », Communication et organisation, 29, 2006

peu popularisés et peu médiatisés. Ainsi, il existe un risque de fracture entre l'ouverture de ces nouvelles structures et l'incompréhension manifestée par la population à leur égard.

Ce phénomène s'est d'ailleurs réalisé à peu près partout où des CSNP ont vu le jour en lieu et place des anciens SAU des établissements, sans que le projet ne soit accompagné, dès le départ, d'une politique de communication adéquate. Les échanges conduits avec le CH Nord Deux-Sèvres ont mis à jour le fait que la faiblesse de l'activité à l'ouverture des CSNP des sites de Parthenay et de Thouars s'expliquait en partie par la faible communication qui avait été mise en place à destination de la population. Dans ce cadre-là, les malades ont davantage retenu la donnée « fermeture du SAU », largement relayée dans la presse locale<sup>42</sup>, sans retenir la nouvelle donnée « ouverture d'un CSNP ». Faute de communication et d'acculturation suffisante, « les CSNP ne sont pas encore entrés dans les habitudes de la population ». Le chef de service des urgences du CH Nord Deux-Sèvres a ainsi pu reconnaître qu'il y a « une méconnaissance du système » par la population, consécutive à l'absence de « communication adéquate » à l'ouverture de la nouvelle structure. Toutefois, la direction a rapidement pris la mesure de l'importance de cette donnée et a donc entrepris des mesures correctives en matière de communication, visant à familiariser la population avec les CSNP et leur fonctionnement. Des réunions d'information, l'édition de flyers de présentation (Annexe 7) et une communication par le biais de la presse locale<sup>43</sup> ont notamment permis de faire davantage connaître le CSNP auprès du grand public. En outre, l'information a eu également pour objectif de faire de la pédagogie auprès de la population du territoire, notamment sur le fonctionnement du CSNP. En effet, l'accueil des malades doit en principe toujours être le fruit d'une orientation par le centre 15, qui doit donc être préalablement appelé. Les malades n'ont pas vocation à se rendre d'eux même vers la nouvelle structure. Celle-ci voit ses portes fermées la nuit, qui ne seront ouvertes qu'après contact du centre 15, ce qui peut être désarçonnant pour les patients non coutumiers de ce fonctionnement. Cette politique de communication mise en œuvre a posteriori semble cependant commencer à porter ses fruits aujourd'hui, comme en témoigne l'activité qui augmente, se rapprochant davantage du seuil d'activité projeté dans le cadre du projet initial.

Au CH de Loudun en revanche, la partie communication de la conduite de projet, à destination de la population, a davantage été anticipée et mise en œuvre avant même l'ouverture du CSNP. En effet, des réunions publiques visant à informer la population du

---

<sup>42</sup> « Parthenay : La fin des urgences et le début d'une grève », Le courrier de l'Ouest, 11 juin 2018

<sup>43</sup> « Thouars : Oui, un centre de soins non programmés existe ! », Le courrier de l'Ouest, 13 avril 2019



territoire de la restructuration et de la transformation du SAU en CSNP ont par exemple été organisées. Le recours à la presse locale a également été utilisé pour informer la population sur le mode de fonctionnement et d'entrée au CSNP<sup>44</sup>. Cet effort de pédagogie et d'information vis-à-vis de la population a porté ses fruits puisque le CSNP de Loudun a maintenu son activité, observant même une légère croissance de la population accueillie par rapport aux passages réalisés au sein de l'ancien SAU (+ 0,3% de passages entre 2017 et 2018<sup>45</sup>).

Les échanges menés avec les patients rencontrés au CH de Saint Jean d'Angély dans le cadre de l'analyse de la pertinence du projet angérien de transformation du SAU en CSNP ont démontré la méconnaissance de la population à l'égard de ces nouvelles structures. Dès lors, un plan de communication clairement établi à leur rencontre doit être mis en œuvre par le DH dans le cadre de la conduite d'un tel projet. Il s'agit là d'une des clés du succès de la mise en œuvre de ces structures, ayant vocation à maintenir voire accroître leur activité. Le cahier des charges relatif au fonctionnement des CSNP en Nouvelle-Aquitaine contient une partie relative à « l'organisation de l'information grand public, préalable au lancement du projet ». Si celle-ci mentionne de manière exhaustive le public visé, il conviendrait certainement d'étoffer les moyens pratiques de communication qui devront être mis en œuvre à destination du grand public.

Aussi, dans cette perspective, divers moyens et méthodes pourront être mis en place afin de sensibiliser et d'informer la population. Il s'agit là de mettre en place des stratégies qui permettent à la fois de toucher largement l'ensemble de la population et en même temps d'être adaptées au territoire sur lequel va être installé le CSNP. Pour ce faire, des réunions publiques d'information, organisées par la direction de l'établissement, peuvent constituer un mode de communication adapté. Cela permet à la direction de véhiculer un message hors les murs de l'hôpital, en se rendant dans un lieu public et au contact direct de la population. Dans cette même perspective, des méthodes visant à se rendre sur des lieux publics fortement fréquentés et sièges du tissu social comme les marchés permettent d'atteindre ce même objectif. Outre la pédagogie et la communication orale qui peut y être réalisée, la distribution de plaquettes synthétiques d'information (*flyers*) peut également être opportune, permettant à la population de conserver une trace écrite de l'information dispensée. Enfin, les relais par la presse locale permettent également de toucher un large public et d'y dispenser de nombreuses informations sur les origines du projet, ses attendus et les caractéristiques de fonctionnement de la nouvelle structure.

---

<sup>44</sup> « Service d'urgences de l'hôpital : le 15 n'est pas obligatoire », La Nouvelle République, 15 septembre 2017

<sup>45</sup> Activité des structures d'urgences, Panorama de la région Nouvelle-Aquitaine, ORUNA, 2018  
Adrien MOURA - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2018/2019

Ainsi, concertation des différents acteurs impliqués dans un projet de transformation d'un SAU en CSNP, pédagogie et information à la population sont des facteurs clés de réussite qui devront être mis en œuvre dans le cadre de la conduite de projet réalisée par la direction. Plus largement, il s'agit là d'éléments prépondérants de la conduite du changement qui, s'ils ne sont pas bien anticipés, peuvent nuire au succès du projet. Ces éléments pourront par ailleurs également être développés si d'autres solutions alternatives étaient retenues.

### **3.3 La pérennité et la réussite du SAU angérien peuvent résider dans la mise en place de solutions alternatives au CSNP**

Si le projet de mise en place d'un CSNP au CH de Saint Jean d'Angély en lieu et place de son SAU n'est pas apparu pertinent à l'heure actuelle, il n'en demeure pas moins que l'avenir du service reste posé. En effet, les problèmes de démographie médicale, d'activité et d'équilibre économique viennent questionner la pérennité des urgences dans le temps. Dès lors, des propositions peuvent être faites à court et à plus long terme pour apporter des solutions en la matière.

#### ***3.3.1 A court terme, les autres propositions réalisées dans le cadre du CREF auraient pu apporter une réponse aux difficultés du SAU angérien***

La direction, en lien avec les équipes médicales de l'établissement notamment, a pu formuler des propositions afin de répondre aux difficultés du SAU angérien à court terme. En effet, dans le cadre du CREF, c'est la suppression du SMUR du CH de Saint Jean d'Angély qui a été proposée. Une telle solution aurait permis de recentrer les équipes sur l'activité du service d'urgences, afin de le renforcer et d'améliorer la qualité des prises en charge. Cette solution aurait eu un impact sur le territoire, mais qui aurait été circonscrit et limité.

En effet, dans cette optique, deux scénarios ont été proposés par l'établissement à la tutelle : la suppression totale du SMUR angérien ou son maintien en journée uniquement. Ces deux propositions sont nées du constat de l'insuffisance de médecins afin d'assurer à la fois la ligne SMUR et la prise en charge au sein du SAU. Malgré le recours important à l'intérim, il arrive que des problèmes de couverture médicale sont posés au sein du SAU de l'hôpital, sans que l'intérim ou un redéploiement de praticiens en interne voire à l'échelle de la direction commune ne puisse venir pallier cette difficulté. Dans ces conditions, la ligne de SMUR primaire du CH de Saint Jean d'Angély s'en trouve temporairement fermée, le SMUR du CH de Saintonge prenant alors le relais avec l'appui des SMUR environnants. Ces difficultés sont particulièrement marquées durant la période

estivale. Cette situation ne semble pas isolée et d'autres établissements sont de plus en plus confrontés à ces mêmes difficultés, comme en témoigne par exemple les problématiques actuellement rencontrées par le CH de Condom (32)<sup>46</sup>.

Puisque cette situation se réalise déjà en pratique, et que des solutions ne sont trouvées que dans l'urgence sans pouvoir faire l'objet d'une anticipation suffisante, l'objectif serait plutôt d'institutionnaliser et de venir poser un cadre à cet état de fait. En effet, cela permettrait d'une part de sécuriser et de renforcer la présence médicale au sein du SAU de l'hôpital et d'autre part de travailler en amont des solutions avec la régulation et le SMUR des autres établissements voisins afin de garantir la bonne prise en charge des patients sur le territoire. A ce titre, des projections ont été réalisées par le DIM des deux établissements de Saintes et de Saint Jean d'Angély afin de mesurer les conséquences de la suppression du SMUR de l'hôpital la nuit et totalement. Sur la suppression du SMUR la nuit, les études réalisées à l'appui de cartes isochrones ont ainsi permis de conclure qu'il ne demeurerait qu'une « zone blanche » de faible périmètre et de faible densité démographique (Annexe 5 - *Figure 13 – zone hachurée*). Cette zone est principalement organisée autour de la commune de Néré (17), composée en 2016 de 734 habitants. Les autres codes postaux composant cette zone sont notamment Chives, Cressé, La Villedieu, Contré, Villers Couture..., constituant une population totale installée dans la zone blanche d'environ 2210 habitants. Pour autant, la population qui y réside est essentiellement âgée et les exigences attachées au service public (continuité et égalité notamment) nécessitent d'y porter une attention particulière.

Pour l'année 2018, l'étude réalisée montre que seulement 44 sorties de nuit sont concernées pour cette zone. Le délai d'intervention maximal y est de 44 minutes, soit 14 minutes de plus que la limite des 30 minutes aujourd'hui imposée. La moyenne des délais d'intervention est quant à elle de 36 minutes, soit seulement 6 minutes de plus que la norme fixée. A noter que ces délais d'intervention ont été calculés dans des conditions de circulation respectant les limitations de vitesse. Il est donc probable que le temps d'intervention du SMUR en urgence et en condition réelle soit revu à la baisse en pratique. La suppression totale du SMUR concernerait quant à elle 136 sorties sur cette même zone. En outre, l'analyse des motifs d'intervention a également permis de révéler un nombre restreint de sorties nécessitant une prise charge rapide pour éviter toute perte de chance au patient (AVC, douleur thoracique, détresse respiratoire, arrêt cardio circulatoire...).

---

<sup>46</sup> LABAUNE, S., « Gers : le Smur du CH de Condom sera rétabli en fonctionnement 24h/24 d'ici septembre (ARS) », Dépêche APM News, 10 mai 2019  
Adrien MOURA - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2018/2019

Ainsi, la suppression du SMUR du CH de Saint Jean d'Angély, à minima la nuit, aurait un impact limité pour la prise en charge de la population sur le territoire. A contrario, elle permettrait de renforcer la présence médicale au SAU de l'établissement, et donc d'accroître la qualité de prise en charge des patients qui s'y rendent. Cette solution implique toutefois l'apparition d'une zone blanche, territoire non desservi par un SMUR dans un délai de 30 minutes. L'analyse des cartes isochrones des SMUR des différents établissements de l'ex-région Poitou Charentes (Saintes, Saint Jean d'Angély, Rochefort, La Rochelle, Niort, Angoulême, Cognac, Poitiers) laisse d'ores et déjà apparaître une zone blanche en pratique, sur un territoire à cheval entre les Deux-Sèvres et la Charente (autour de Chef Boutonne – *Zone non colorée sur la carte*). Dès lors, la suppression du SMUR angérien pourrait être l'opportunité d'ouvrir une réflexion globale à l'échelle de l'ancienne région afin de mettre en place une répartition permettant de desservir l'ensemble des territoires de manière équitable.

Deux solutions semblent envisageables en la matière. D'une part, l'exigence d'une intervention dans un délai de 30 minutes pourrait être assouplie, afin d'éviter les effets de seuil. D'autre part, le concours d'autres acteurs pourrait être mis en place. En effet, dans des territoires ruraux et reculés comme celui concerné ici, des initiatives se développent afin de pouvoir garantir une meilleure prise en charge de la population dans les territoires. Aussi, en Ardèche par exemple, une expérimentation a été mise en place, organisée autour d'une permanence d'infirmiers sapeurs-pompiers formés aux protocoles de soins d'urgence<sup>47</sup>. Cette initiative vise à permettre de "renforcer la prise en charge en soins urgents des habitants situés à plus de 30 minutes d'un SMUR terrestre". L'intervention des sapeurs-pompiers, disposant du matériel nécessaire, "sera réalisée dans des situations prédéterminées et sous la forme de protocoles autorisés par le médecin-chef du service de santé et de secours médical du SDIS et sur demande du médecin du Samu". En outre, cette expérimentation s'inscrit pleinement dans la dynamique de développement de la télé-médecine qui pourrait être utilisée ici. Ce type de projet a déjà reçu le soutien de l'ARS, qui a par exemple ici apporté une aide forfaitaire annuelle de 50 000€ dans le cadre du FIR.

Toutefois, si ce type de réponse peut être admissible à court terme, cette démarche ne pourrait « se substituer à la réponse médicale ». En outre, la tutelle est pour l'heure réticente à revenir sur le seuil d'intervention de 30 minutes des SMUR. Aussi, à plus long terme, d'autres solutions doivent être anticipées.

---

<sup>47</sup> « Urgences : une permanence d'infirmiers sapeurs-pompiers expérimentée pendant un an dans des secteurs de l'Ardèche », APM News, 03 avril 2019

### **3.3.2 A moyen terme, une politique dynamique d'attractivité médicale doit être menée pour accompagner l'activité du service**

Compte tenu des réserves associées aux solutions proposées à court terme visant à assurer la pérennité du SAU angevin, d'autres solutions, qui s'inscrivent dans une temporalité plus longue, peuvent être suggérées. Si l'on en revient aux causes des difficultés structurelles rencontrées par les urgences du CH de Saint Jean d'Angély, c'est principalement la démographie médicale du service qui est en cause. En effet, si l'établissement parvenait à stabiliser les effectifs médicaux du SAU et moyennant une activité stable du service, alors la pertinence globale du maintien de cette offre serait assurée.

C'est ainsi que la direction, en lien avec la communauté médicale et notamment avec la présidence de la CME, s'est saisie de cette question afin de mettre en œuvre une politique visant à modifier l'organisation médicale du service (et plus largement de l'établissement) à plus long terme. Les objectifs de cette politique sont de limiter le plus possible le recours à l'intérim médical tout en assurant la soutenabilité financière du portefeuille d'activité de l'établissement à moyen terme, notamment en médecine, en maintenant le SAU.

Pour parvenir à ces objectifs, l'établissement propose ainsi de réorganiser l'activité actuelle de ses urgences, en incluant notamment comme nouveauté un poste d'interne en 24h à compter de mai 2019. La politique ainsi conduite repose donc, comme facteur clé de succès, sur le retour des internes au CH de Saint Jean d'Angély. Ceci suppose à la fois pour l'établissement d'obtenir les agréments nécessaires mais encore que les internes choisissent ce terrain de stage lors de l'adéquation. Afin d'installer cette garde d'internes aux urgences, l'hôpital s'est ainsi engagé à déposer un dossier d'agrément en médecine générale pour le SAU mais également un dossier de DES de médecine d'urgence pour ce même SAU. Enfin, parallèlement au SAU, dans le cadre d'une politique globale à l'échelle de l'ensemble de l'hôpital, l'établissement s'engage à déposer un dossier d'agrément en DES de gériatrie et en médecine générale au sein de l'unité associant médecine générale hospitalière, médecine interne et médecine gériatrique.

Afin de renforcer leur attractivité pour les internes, il est envisagé que ces stages proposés soient transversaux entre les deux SAU des CH de Saintes et de Saint Jean d'Angély. En outre, en guise d'élément d'attractivité supplémentaire, la direction souhaite s'engager, en partenariat étroit avec la ville de Saint Jean d'Angély, dans un projet de création d'un « internat rural partagé » dédié aux internes affectés à l'hôpital. Cet internat sera également ouvert aux internes de médecine générale en stage chez les tuteurs de

médecine générale en ville. Cet élément permettra d'amorcer une passerelle supplémentaire dans la construction du lien ville/hôpital, encore trop faible aujourd'hui. Pour le compléter, le tour de garde hospitalier des internes aux urgences serait donc, dans cette hypothèse, complété par les internes en stage chez le médecin généraliste de ville afin d'associer la médecine générale au fonctionnement du SAU.

Ainsi, par le biais de la dynamique engagée et de la politique qui souhaite être menée par la direction, c'est la pénurie médicale de l'établissement et plus spécifique de son SAU qui va être combattue. Ceci passe par davantage d'ouverture de la structure aux jeunes professionnels, avec l'espoir que ceux-ci puissent ensuite y rester pour y exercer durant une partie de leur carrière. En outre, la présence d'internes au sein du SAU présente le double effet positif de soulager les professionnels actuellement en place mais également de renforcer l'attractivité de leur poste par l'ajout d'une dimension pédagogique souvent recherchée et enrichissante.

Si par le biais de cette politique volontariste sur le plan du recrutement médical la pérennité du SAU pouvait être assurée, reste enfin la variable relative à l'activité qui doit également être au rendez-vous. A ce titre, l'analyse des dernières données disponibles de l'ORU Nouvelle-Aquitaine relative à l'activité des services d'urgence entre 2017 et 2018 peut venir nous donner de premières indications. Entre les 2 années, le nombre de passages a augmenté de 2,2%, mettant ainsi fin à la chute observée précédemment. Le nombre de passages annuels reste ainsi conséquent avec près de 12 000 passages par an, soit plus d'une trentaine par jour. En outre, l'analyse des données 2018 révèle que les données d'activité et la typologie de patients accueillis qui ont permis de justifier le besoin particulier d'un SAU sur le territoire de Saint Jean d'Angély pour prendre en charge une population qui en a besoin se confirment. En effet, la moyenne d'âge de la population accueillie est même en recul à 49,3 ans. La proportion de personnes âgées (+ 75 ans) et fragiles accueillies est également stable. Seule la part de CCMU 4 et 5 accueillie diminue légèrement (4%). Dès lors, cette analyse révèle l'absence de bouleversements dans l'activité et la typologie de patients accueillis au SAU. Si cette analyse peut être reconduite sur plusieurs années successives, alors elle pourra asseoir la pertinence du maintien du SAU du CH de Saint Jean d'Angély.

## Conclusion

L'analyse de la pertinence de la restructuration et de la transformation du service des urgences du Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély en Centre de Soins Non Programmés, dans toutes ses composantes (impacts sur l'activité, organisationnels, financiers, sur l'offre de soins et la réponse apportée à la population) n'a pas permis de conclure à la pertinence d'une telle solution. En effet, les CSNP doivent être bien identifiés comme des structures maintenant un point d'accueil pour la population dans les territoires, mais organisant une prise en charge bien différente de celle réalisée au sein d'un SAU. Or, les diagnostics territorial, populationnel et stratégique réalisés ont démontré la pertinence du maintien d'une réponse aux besoins de la population en matière d'urgence.

Néanmoins, l'étude menée dans un tel cadre a permis de tirer des enseignements à différents niveaux. Tout d'abord, concernant le modèle même des Centres de Soins Non Programmés, il est apparu qu'il s'agit d'un modèle encore balbutiant et peu développé. Les différents exemples analysés présentent des caractéristiques communes, mais se définissent également par une grande liberté dans leurs modes d'organisation et de fonctionnement. Si ceci peut constituer un élément d'attractivité pour les structures hospitalières souvent habituées à des cadres très contraints, il n'en demeure pas moins que des risques peuvent y être attachés. En effet, les CSNP gagneraient à être davantage structurés dans un cadre mieux défini. En ce sens, l'établissement d'un « label » permettrait de démocratiser ce type de structures, tant auprès des établissements de santé que des professionnels libéraux et de la population, qui sont jusqu'alors peu au clair avec ces nouveaux modèles.

Ces éléments ont pu questionner les conditions de réussite de la mise en place d'un CSNP. Dans ce cadre-là, une attention particulière doit être portée sur la communication qui est réalisée autour de l'ouverture de ces structures et de la fermeture des SAU. Cet aspect est une clé de réussite essentielle et les exemples analysés ont pu mettre en lumière l'impact négatif d'une sous-estimation de cet élément au cœur du métier de DH.

Si le maintien du SAU du CH de Saint Jean d'Angély est assuré sur le court terme, l'évolution de la structure de son activité en déterminera grandement l'avenir sur le long terme. Des solutions alternatives à la mise en place d'un CSNP ont pu être proposées, mais seront plus largement liées à l'avenir de l'établissement. En effet, les difficultés qu'il rencontre aujourd'hui, notamment sur le plan financier, justifieront peut-être son inscription dans la nouvelle définition des hôpitaux de proximité actuellement à l'étude.





---

# Bibliographie

---

## **TEXTES LEGISLATIFS & REGLEMENTAIRES**

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

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

Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Décret n° 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique

Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique

Décrets n°2006-576 et 2006-577 du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence

Décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves de recours à l'emprunt par les EPS

Arrêté du 12 juillet 2006 fixant le seuil d'activité de médecine d'urgence mentionné à l'article R. 6123-9 du code de la santé publique

Circulaire DH/DGS - 90.326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration de l'accueil des urgences

Circulaire DH4B/DGS/3E n° 91/34 du 14 mai 1991 relative à l'organisation et au fonctionnement du service d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale

Circulaire DHOS/O1 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

Circulaire DHOS/O1 no 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences

## **RAPPORTS & ETUDES**

BERTRAND, F., « Un bref historique de la médecine d'urgence », COPACAMU, 2014

Conseil Économique et Social, Avis 1989-08, « L'urgence à l'Hôpital », 12 avril 1989

Cour des Comptes, Rapport Public Annuel, Tome II, « Les urgences hospitalières », 2019, p212 à 240

COHEN, L., GÉNISSON, C., SAVARY, R.P, « Rapport d'information sur les urgences hospitalières, Commission des affaires sociales du Sénat, 2017

GRALL, J-Y., « Rapport - Les maisons médicales de garde », 2006

GRALL, J-Y, « Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences », 2015

MESNIER, T. « Assurer le premier accès aux soins – Organiser les soins non programmés dans les territoires », Rapport parlementaire, 2018

SAMU-Urgences de France, « Référentiel : Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence (Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD) », 2011

STEG, A., « Rapport sur la médicalisation des urgences », 1993

## **MEMOIRES & THÈSES**

BAROT, F., « La médecine d'urgence : Évolution du concept, de l'antiquité au SAMU », Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, 1998

FAURE-GEORS H., « Les centres de soins de premier recours en Rhône-Alpes – De la modélisation d'une alternative aux services d'urgences aux conditions de déploiement en zones rurales », Mémoire de l'EHESP, 2015

LE QUELLEC F., « Histoire des urgences à paris de 1770 à nos jours », Thèse pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine, 2000

LORENDEAU JP., « Enquête préalable à la mise en place d'un dispositif de consultations non programmées au SAU du Centre Hospitalier de Périgueux », Thèse pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine, 2017

## **OUVRAGES, REVUES & PERIODIQUES**

BECK U., « La Société du risque : Sur la voie d'une autre modernité, « Risikogesellschaft », Aubier, 2001, 521 p.

BERGOIGNAN ESPER C., DUPONT M., « Droit hospitalier », Dalloz, 9<sup>ème</sup> édition, 2014

DANET F., « La médecine d'urgence : de la dégradation à la démocratisation de l'hôpital », Communication et organisation, n°29, 2006

EMMANUELLI X., « Au secours de la vie, la médecine d'urgence », Gallimard, 1996

PENEFF J., « Les malades des urgences : une forme de consommation médicale », Ed. Métailié, Paris, 2000, 190 p.

VASSY, C., « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », La Découverte, « Mouvements », 2004/2, n° 32, p. 67 à 74

## **SITES INTERNET & RESSOURCES EN LIGNE**

JACOT M., « Petite histoire et nouvelle définition des urgences », Le Monde, 24 septembre 2003

BUSSIERE S., « Les centres de soins non programmés ne font pas le plein », La Nouvelle République, 16 février 2019

QUEGUINER T., « Le solide tissu des urgences nécessite des ajustements pour coller aux besoins des patients », Hospimédia, 11 mars 2019

« Valognes (Manche): le centre de soins non programmés est utile mais reste à consolider », Dépêche APM News, 15 mars 2019

« Gers: l'ARS réaffirme son souhait de maintenir un Smur 24h/24 au CH de Condom », Dépêche APM News, 26 mars 2019

« L'ARS Nouvelle-Aquitaine a lancé une enquête après le décès d'un homme dans la Creuse », Dépêche APM News, 01 avril 2019

« Urgences: une permanence d'infirmiers sapeurs-pompiers expérimentée pendant un an dans des secteurs de l'Ardèche », Dépêche APM News, 03 avril 2019

« Urgences à l'AP-HP: des propositions pour améliorer la prise en charge », Dépêche APM News, 05 avril 2019

« Effectifs aux urgences : une situation "explosive" (enquête Samu-Urgences de France et SNPHAR-E) », Dépêche APM News, 17 avril 2019

« NOUVELLE-AQUITAINE: Urgences: 40% des néo-Aquitains s'y sont rendus "pour des raisons inadéquates" en 2018 (FHF) », Dépêche APM News, 19 avril 2019

« Urgences : le mouvement de grève lancé à l'AP-HP s'étend à plusieurs régions », Dépêche APM News, 30 avril 2019

LABAUNE, S., « Gers: le Smur du CH de Condom sera rétabli en fonctionnement 24h/24 d'ici septembre (ARS) », Dépêche APM News, 10 mai 2019

« Le centre de soins non programmé de Valognes fermé cette semaine faute de médecin », France Bleu Manche, 21 mai 2019

« Le Conseil de l'ordre des médecins appelle à une concertation nationale sur les urgences », Dépêche APM News, 05 juin 2019

QUEGUINER T., « Le contour des futures "antennes de médecine d'urgence" se précise », Hospimédia, 06 juin 2019

NEULAT-ISARD S., « Deux GHT participent pour la première fois au congrès Urgences afin de favoriser leurs recrutements », Dépêche APM News, 07 juin 2019

QUEGUINER T. « Les transferts entre services d'urgences génèrent des examens redondants et inappropriés », Hospimédia, 07 juin 2019

« Le CH de Gérardmer craint d'être fragilisé par la fin du financement dérogatoire de ses soins non programmés », APM News, 20 juin 2019

NAYRAC, C. « Les urgences du CH de Loudun se transforment en centre de soins non programmés », Hospimédia, 12 juillet 2017

LABAUNE, S. « PACA : faute de médecins, les urgences de l'hôpital de Sisteron restent fermées la nuit », APM News, 28 août 2019

DOUIFI, L. « "On a le temps de mourir" : à Sainte-Foy-la-Grande (33), des nuits d'août sans urgences », Sud-Ouest, 29 août 2019

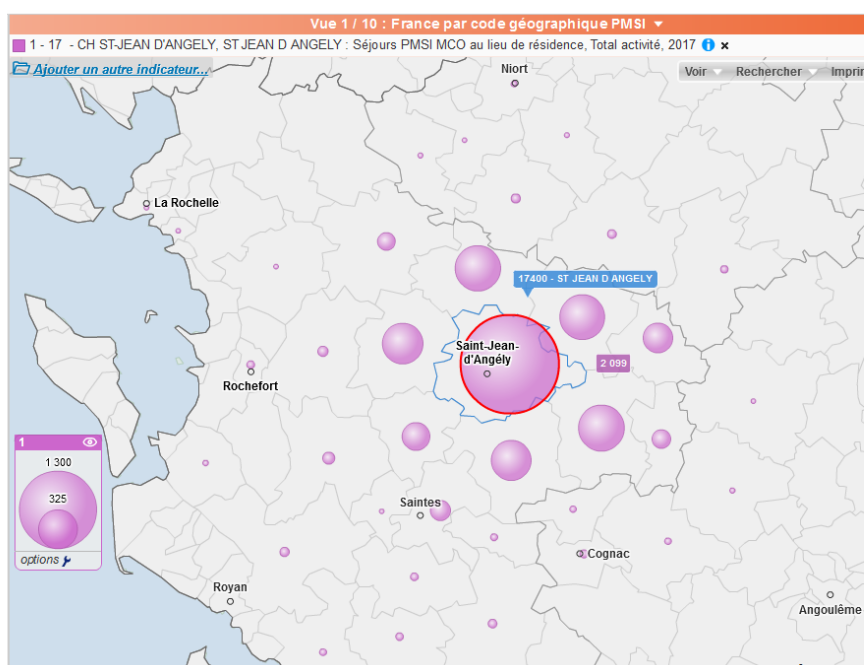
---

# Liste des annexes

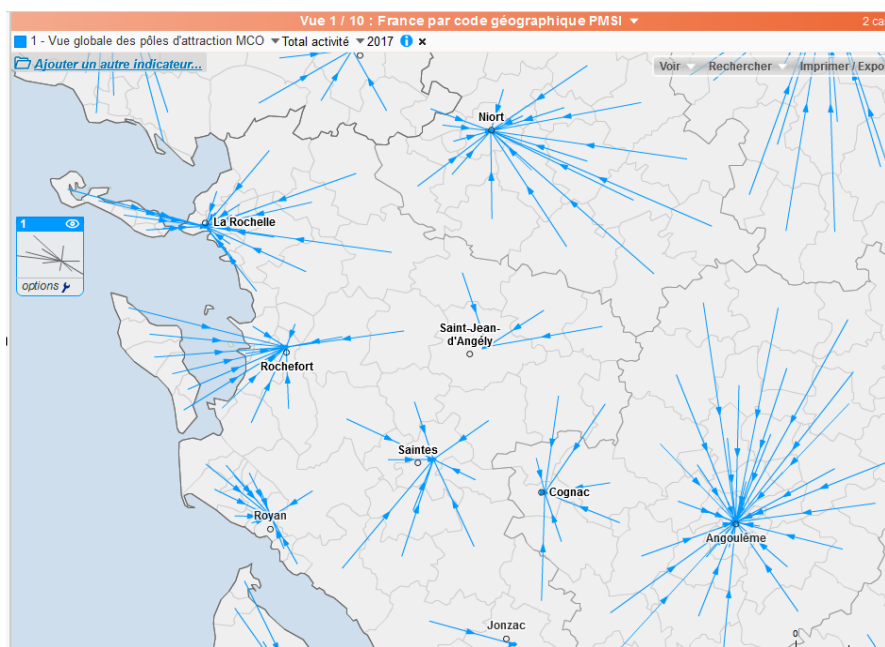
---

## ANNEXE 1 : Diagnostic stratégique

**Figure 1** : Provenance géographique des patients pour l'activité MCO du CH de Saint Jean d'Angély - Scan Santé



**Figure 2** : Zone d'attractivité du CH de Saint Jean d'Angély - Pôles d'attraction MCO 2017 - ScanSanté



**Figure 3 : Parts de marché du CH de Saint Jean d'Angély sur sa zone de recrutement – 2017 & 2018 – ScanSanté**

Part de marché sur la zone de recrutement :

			Séjours des habitants de la zone		Part de marché	
	Finess	Raison sociale	2018	2017	2018	2017
1	170780167	CH DE SAINT-JEAN-D'ANGELY	3 960	4 332	26,5 %	29,3 %
2	170780175	CH DE SAINTES	3 123	2 831	20,9 %	19,2 %
3	170780647	SA CLINIQUE RICHELIEU	1 143	1 094	7,7 %	7,4 %
4	160014411	CHIC DU PAYS DE COGNAC	745	708	5,0 %	4,8 %
5	160000279	CLINIQUE DE COGNAC	743	792	5,0 %	5,4 %
6	790000012	CH DE NIORT	735	718	4,9 %	4,9 %
7	170780225	CH ROCHEFORT-SUR-MER	716	664	4,8 %	4,5 %
8	170024194	GROUPEMENT HOSPITALIER DE LA ROCHELLE-RE-AUNIS	563	568	3,8 %	3,8 %
9	860014208	CHR DE POITIERS	537	488	3,6 %	3,3 %
10	330781196	CHU DE BORDEAUX	474	464	3,2 %	3,1 %

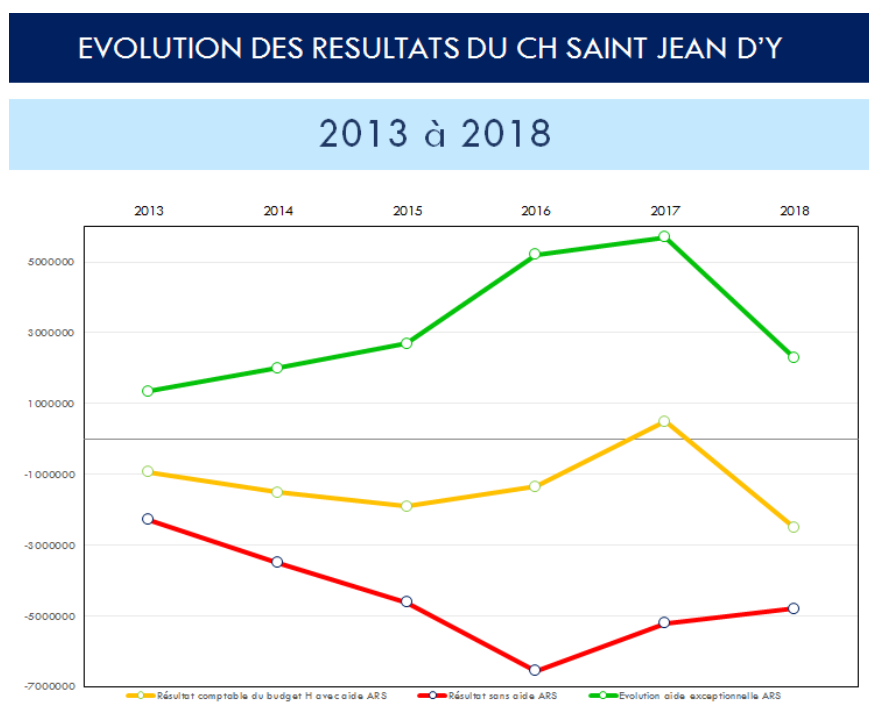
**Figure 4 : Parts de marché MCO du CH de Saint Jean d'Angély sur le territoire de santé de la Charente-Maritime Sud - 2017**

Part de marché sur le territoire de santé :

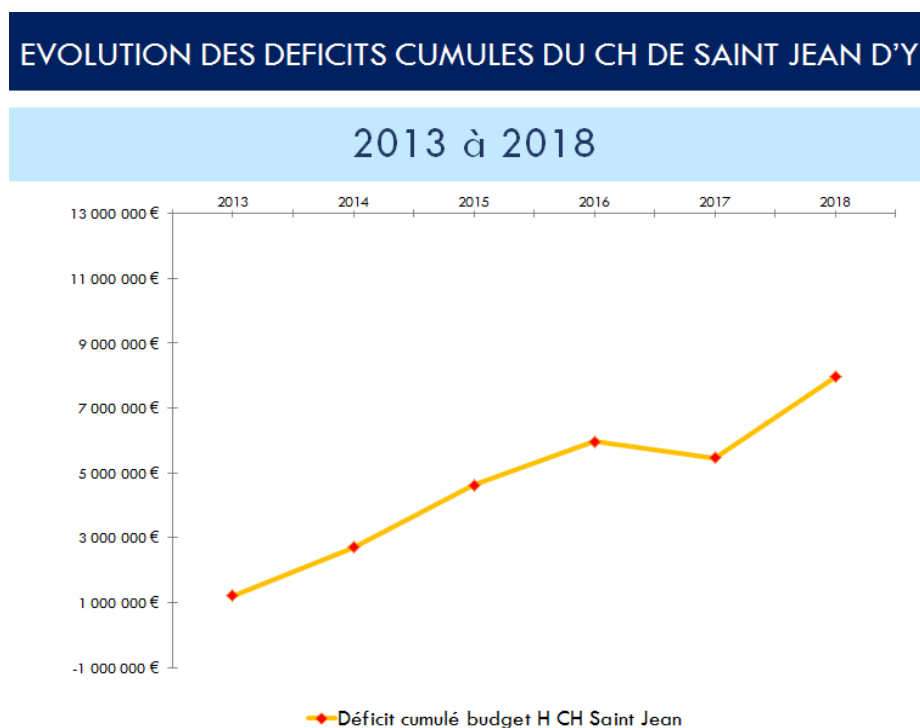
			Séjours des habitants de la zone		Part de marché	
	Finess	Raison sociale	2017	2016	2017	2016
1	170780175	CH DE SAINTES	20 712	20 369	22,7 %	22,3 %
2	170780563	CLINIQUE PASTEUR	9 057	8 867	9,9 %	9,7 %
3	170780647	SA CLINIQUE RICHELIEU	7 397	7 655	8,1 %	8,4 %
4	170780050	CH DE JONZAC	6 352	6 082	7,0 %	6,7 %
5	170780191	CH DE ROYAN	5 632	5 679	6,2 %	6,2 %
6	170780621	POLYCLINIQUE SAINT-GEORGES	5 592	5 541	6,1 %	6,1 %
7	330781196	CHU DE BORDEAUX	5 502	5 653	6,0 %	6,2 %
8	170780167	CH DE SAINT-JEAN-D'ANGELY	4 824	5 584	5,3 %	6,1 %

## ANNEXE 2 : Diagnostic financier de l'établissement

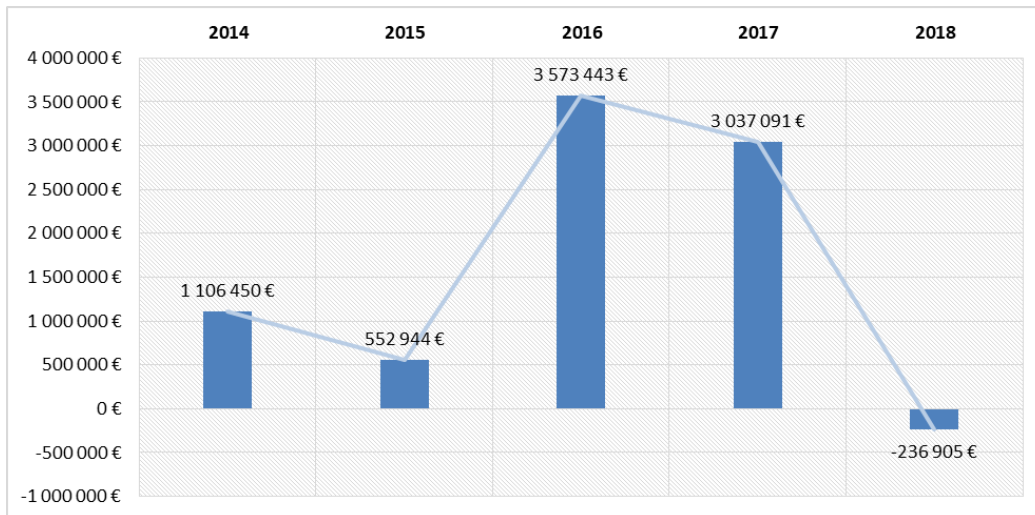
**Figure 5** : Évolution des résultats du CH de Saint Jean d'Angély de 2013 à 2018



**Figure 6** : Évolution des déficits cumulés du CH de Saint Jean d'Angély entre 2013 et 2018



**Figure 7: Évolution de la CAF sur la période 2014-2018**





# ANNEXE 3 : Exemple de Fiche Action CREF – ARS Nouvelle-Aquitaine



<b>FICHE ACTION</b>
---------------------

Pilote(s) :

Avancement :

**Description et organisation**

Date de début :

Date de fin :

Durée :

Description de la fiche action et des objectifs

--

Points de vigilance

--

Calendrier de mise en œuvre

	Date de début	Date de fin

**Impact de l'action**

Impact organisationnel sur les capacités :	
Impact organisationnel sur les effectifs :	
Sur le volume d'activité :	
Autres impacts :	

### Evaluation de l'impact sur les charges

#### Valorisation des économies générées (A)

	2018	2019	2020	2021
Titre 1 - charges de personnel				
En ETP				
En €				
Titre 2 - charges à caractère médical				
Titre 3 - charges à caractère hôtelier et général				
<b>Total annuel</b>	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<b>Total cumulé période</b>	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

#### Valorisation des coûts nouveaux (B)

	2018	2019	2020	2021
Titre 1 - charges de personnel				
En ETP				
En €				
Titre 2 - charges à caractère médical				
Titre 3 - charges à caractère hôtelier et général				
<b>Total annuel</b>	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<b>Total cumulé période</b>	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

#### Synthèse charges (B-A)

		2018	2019	2020	2021
Total annuel	En ETP	0,00	0,00	0,00	0,00
	en €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Total période	Cumul ETP	0,00	0,00	0,00	0,00
	Cumul €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

### Evaluation de l'impact sur les produits

	2018	2019	2020	2021
Recettes supplémentaires liées à l'activité				
Recettes supplémentaires autres				
Total annuel	0,00	0,00	0,00	0,00
Total cumulé	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

### Synthèse financière

	2018	2019	2020	2021
Synthèse annuelle	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Synthèse cumulée	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

**Eléments de suivi**

Indicateurs de suivi

	2018	2019	2020	2021
Obj.				
Réal.				
Obj.				
Réal.				
Obj.				
Réal.				
Obj.				
Réal.				
Obj.				
Réal.				

Eléments d'analyse

---

---

## **ANNEXE 4 : Impacts financiers de la mise en place d'un Centre de Soins Non Programmés au CH de Saint Jean d'Angély**

**Figure 8 : Évaluation de l'impact financier sur les charges de personnel**

Évaluation de l'impact sur le personnel						
nb ETP	2018	2019	2020	2021	2022	Total
PNM		-6,65	-17,68			-24,33
PM						0,00
€PNM		-254 120,81 €	-667 470,07 €			-921 590,88 €
€PM		-4 376,00 €	-929 950,47 €			-934 326,47 €

**Figure 9 : Évaluation de l'impact de la transformation du SAU en CSNP sur les  
charges**

Evaluation de l'impact sur les charges					
Valorisation des économies générées (A)					
	2018	2019	2020	2021	2022
Titre 1 - charges de personnel					
En ETP		6,65	17,68		
En €		258 496,81 €	1 597 420,54 €		
Titre 2 - charges à caractère médical		49 496,00 €	149 496,00 €		
Titre 3 - charges à caractère hôtelier et général		10 017,00 €	10 017,00 €	0,00 €	0,00 €
<b>Total annuel</b>	0,00 €	318 009,81 €	1 756 933,54 €	0,00 €	0,00 €
<b>Total cumulé période</b>	0,00 €	318 009,81 €	2 074 943,35 €	2 074 943,35 €	2 074 943,35 €

**Figure 10 : Évaluation de l'impact de la transformation du SAU en CSNP sur les  
produits**

Evaluation de l'impact sur les produits					
	2018	2019	2020	2021	2022
Recettes supplémentaires liées à l'activité		-626 932,00 €	-2 196 986,00 €		
Recettes supplémentaires autres					
Total annuel	0,00	-626 932,00 €	-2 196 986,00 €	0,00	0,00
Total cumulé	0,00 €	-626 932,00 €	-2 823 918,00 €	-2 823 918,00 €	-2 823 918,00 €

**Figure 11 : Synthèse financière globale de l'impact de la transformation du SAU en CSNP**

Synthèse financière					
	2018	2019	2020	2021	2022
Synthèse annuelle	0,00 €	-308 922,19 €	-440 052,46 €	0,00 €	0,00 €
Synthèse cumulée	0,00 €	-308 922,19 €	-748 974,65 €	-748 974,65 €	-748 974,65 €

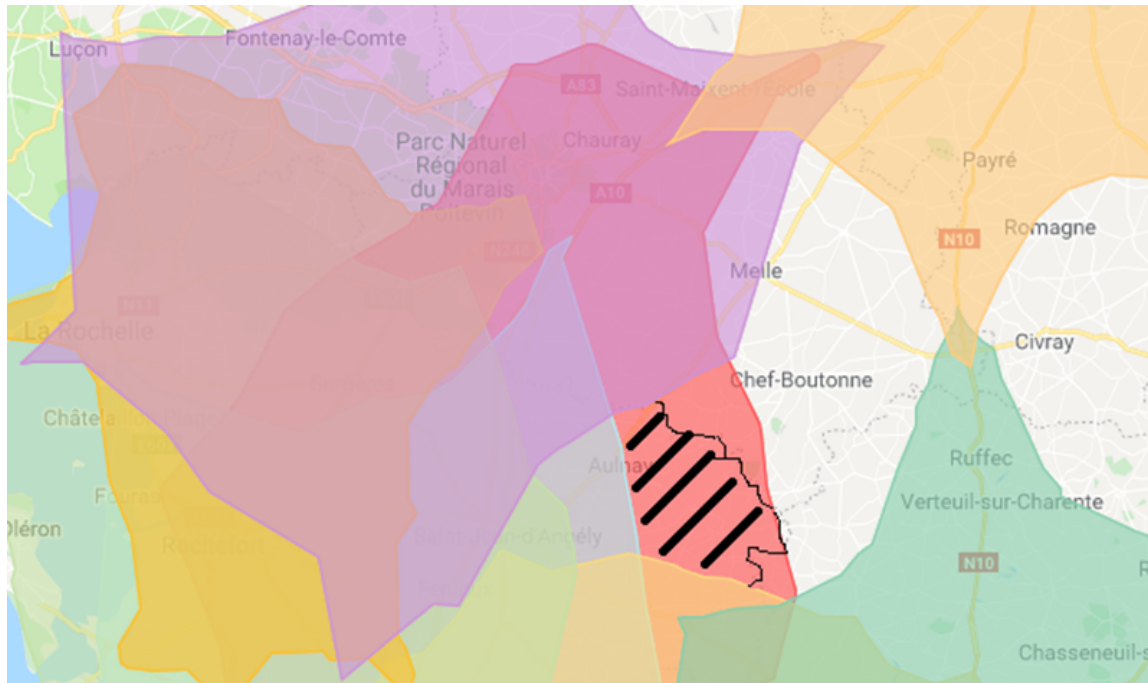
**Figure 12 : En comparaison, impact financier des scénarios de maintien du SAU avec suppression du SMUR totale ou que la nuit**

Synthèse financière - SMUR JOUR					
	2018	2019	2020	2021	2022
Synthèse cumulée	0,00 €	-345 588,69 €	270 803,77 €	238 249,77 €	238 249,77 €

Synthèse financière - SANS SMUR					
	2018	2019	2020	2021	2022
Synthèse cumulée	0,00 €	-96 746,69 €	87 474,78 €	87 474,78 €	87 474,78 €

## **ANNEXE 5 : Impacts de l'arrêt du SMUR de Saint Jean d'Angély**


**Figure 13:** Carte isochrone – Impact de la suppression du SMUR angérien 20h-08h



*Zone blanche hachurée*

# **ANNEXE 6 : Cahier des charges du Centres de Soins Non Programmés du CH de Loudun**

## *Extraits*



**1. Objectifs du centre de soins non programmés**

La mise en place de ce dispositif innovant a pour objectifs principaux :

- de mailler le territoire nord deux-sévrien en soins d'urgence, en proposant une offre graduée en soins urgents (centre de soins non-programmés adossés à des antennes SMUR en proximité à Thouars et Parthenay, service d'urgence, UHCD et SMUR à Faye-L'Abbesse en recours et proximité, service d'urgence et SAMU<sup>3</sup>/SMUR de Niort et/ou Poitiers en recours) pour assurer une réponse au plus près de la population
- de garantir une meilleure attractivité de l'exercice médical sur les territoires de la Gâtine et du Thouarsais

Compte tenu du caractère novateur de ce projet, les centres de soins non programmés bénéficie d'un accompagnement spécifique de l'ARS et sera évalué à 6 mois puis annuellement.

**2. Missions des sites de Thouars et Parthenay dans la filière des urgences**

Les deux sites prennent en charge des urgences médicales dans le respect des filières de soins.

- Centre de soins non programmés :  
Les patients régulés par le Centre-15, principalement des malades CCMU<sup>6</sup> 1 et 2.  
Compte tenu de l'intégration du centre de soins non programmés dans la filière de soins graduée, l'accès des patients par la régulation médicale du CRRAS<sup>5</sup>-Centre 15 doit être privilégié. Toutefois, le CSNP pourra également accueillir des patients se présentant de façon spontanée ou orientés par un professionnel de santé ou le SDIS<sup>7</sup>.
- Antenne SMUR :  
Un équipage SMUR est positionné sur le site. Il assure le transfert des patients graves vers un plateau technique environnant (Faye-L'Abbesse, Niort, Poitiers) après régulation du centre-15 et selon la gravité de l'état de santé du patient.

## **Organisation de la prise en charge**

### **Accueil**

Le Centre 15 contacte téléphoniquement le CSNP pour annoncer l'admission d'un patient.

Les patients sont accueillis par un(e) médecin ou un(e) IDE « urgentiste », c'est-à-dire formé à l'accueil et au tri.

Il ou elle sera formée à la prise en charge des urgences vitales sur protocole et avec télé-prescription lui permettant de préserver le pronostic fonctionnel et vital en cas de sortie de l'antenne SMUR en attendant l'urgentiste.

Au terme de la consultation médicale d'urgence, le patient devrait repartir à domicile. Si le diagnostic posé nécessite une prise en charge spécialisée (fracture distale chirurgicale, besoin de traitement ou de surveillance en MCO...), il est transféré vers les services d'urgence environnants (Faye-L'Abbesse, Niort, Poitiers).

### **Prise en charge médicale**

De 9h à 21h, les patients sont pris en charge médicalement par le médecin de l'antenne du SMUR s'il est présent et/ou le médecin formé à la médecine d'urgence.

De 21h à 9h, si le médecin de l'antenne SMUR est sur place, il prend en charge les patients adressés par le centre 15 ou qui se présenteraient spontanément et les réadresse à un autre établissement si besoin.

### **Prise en charge paramédicale**

Si le médecin de l'antenne SMUR est en intervention et que le patient se présente spontanément au CSNP entre 21h et 9h, l'accès au CSNP doit être confirmé par la régulation (l'entrée est fermée, le patient est invité à d'abord appeler le 15). Ensuite, il est accueilli par l'IDE urgentiste qui évalue la gravité du patient et rappelle éventuellement (en fonction de critères objectifs) le SAMU :

- Si le médecin régulateur estime que le patient peut attendre le retour de l'antenne SMUR,
  - le patient est admis dans le CSNP et installé en salle d'attente ou salle d'examen. Une admission administrative est faite. L'IDE peut appliquer les protocoles « douleur » et « radiographies anticipés ».  
Le médecin régulateur prescrit le cas échéant des soins, des médicaments ou des examens à l'IDE en attendant le retour de l'antenne SMUR.
- Si le médecin régulateur estime que l'état clinique du patient ne peut pas attendre le retour de l'antenne SMUR,
  - le centre 15 déclenche les moyens qu'il juge adapté. Dans ces situations rares (urgences vitales), en accord avec le médecin régulateur et selon les protocoles prédéfinis, l'IDE peut être amené dans le cadre de son décret de compétence à accomplir les soins adaptés conformément aux dispositions des articles R-4311-5, R-4311-6, R-4311-7 et R-4311-14 du code de la santé publique.



#### b. Effectifs médicaux et paramédicaux et qualifications requises :

Le CSNP adossé à une antenne SMUR comprend :

- Un équipage SMUR complet (présence 24h/24) financé de façon pérenne par la MIG<sup>9</sup> SMUR soit :
  - un(e) médecin urgentiste
  - un(e) infirmier(e) (IDE<sup>10</sup>) « urgentiste »<sup>11</sup>
  - un(e) aide-soignant(e) ambulancier(e) SMUR
- un(e) IDE « urgentiste » H24, sa présence en continu se justifie si l'antenne SMUR est en intervention la nuit, mutualisations à envisager avec les consultations avancées et/ou les services restant à Thouars et Parthenay (SSR<sup>12</sup>, USLD<sup>13</sup>, PSY<sup>14</sup>)
- un(e) 2<sup>ème</sup> médecin formé(e) à la médecine d'urgence, de 9h à 21h, 7j/7 (médecin généraliste libéral formé MCS<sup>15</sup> ou médecin salarié)
- un(e) manipulateur(trice) en électroradiologie médicale de 9h à 21h (pas de radiologie en CSNP la nuit),

De plus, il faudra :

- organiser l'accueil médico-administratif de 9h à 17h, notamment par mutualisation avec les consultations avancées et/ou les services restant à Thouars et Parthenay (SSR, USLD, PSY)
- prévoir une maintenance et les contrôles qualités du matériel (laboratoire délocalisé, radiologie) pour les deux CSNP.

La présence de médecins urgentistes sur les CSNP pourra être assurée par l'ensemble des effectifs de l'équipe territoriale d'urgentistes du GHT<sup>16</sup> des Deux-Sèvres une fois que celle-ci sera constituée.

Les professionnels médicaux et non-médicaux devront bénéficier de formations initiales et continues assurées par le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) sur la prise en charge des urgences vitales et sur l'orientation des patients en fonction de leurs besoins de santé et des priorités de soins.

Le CSNP est sous la responsabilité médicale du responsable du service d'accueil des urgences de Faye-L'Abbesse et la responsabilité hiérarchique du directeur du Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres.

Les ressources humaines salariées du CH Nord Deux-Sèvres ou les volontaires libéraux peuvent ponctuellement être insuffisants pour couvrir tous les plannings des CSNP (hors SMUR). Dans ces situations, il sera donné priorité au planning d'activité du site de Faye-L'Abbesse (plateau technique et service d'urgence).

**ANNEXE 7 : Plaquette de présentation du fonctionnement  
des Centres de Soins Non Programmés du CH Nord  
Deux-Sèvres**

**Centre Hospitalier  
Nord Deux-Sèvres**  
« La proximité au service de votre santé »

**CENTRE DE SOINS  
NON PROGRAMMÉS  
(CSNP)**

**CENTRE  
HOSPITALIER  
NORD DEUX-SEVRES**

*Sites hospitaliers de Thouars et Parthenay*

	PAGES
■ <b>PRÉSENTATION</b>	<b>1</b>
■ <b>MODALITÉS D'ACCUEIL</b>	<b>1</b>
■ <b>PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET SOIGNANTE</b>	<b>2</b>
■ <b>PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE</b>	<b>3</b>

Communication CHNDS 07.2018



## PRESENTATION

**Le Centre de Soins Non Programmés est un dispositif qui permet :**

- une réponse de proximité

- temps global de prise en charge inférieur à une heure



■ la prise en charge de soins urgents de 1er niveau (hors urgences vitales et nécessité d'examen complexes et/ou d'une hospitalisation)  
*Exemples : sutures, examens ORL, petits traumatismes, pathologies vitales et saisonnières...*

Il fonctionne en réseau avec le SAMU - Centre 15\*, les services d'urgences de proximité et la médecine de ville.

\* Le SAMU - Centre 15 est un centre de régulation médicale qui a pour mission de recevoir et traiter les appels d'urgences médicales. Il est basé à Niort.



**TOUTE URGENCE VITALE DOIT FAIRE L'OBJET D'UN APPEL AU 15**

## MODALITÉS D'ACCUEIL

**1** OUVERTS 24H/24 ET 7J/7

■ Pour une bonne orientation au regard des symptômes décrits, il est recommandé d'appeler le SAMU - Centre 15 avant de venir.

PAGE - 1



## ☀ La Journée

**Les portes sont ouvertes (sauf cas exceptionnels).**

☾ La Nuit

**Les portes sont fermées** pour des raisons de sécurité. Vous êtes invité à décrocher le téléphone situé à l'entrée.  
Vous serez directement mis en relation avec le SAMU - Centre 15, qui organisera votre accueil au CSNP ou vous orientera vers le dispositif adapté.

## PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET SOIGNANTE



■ Vous êtes pris en charge par l'équipe du SMUR\* 24h/24.

\* Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation comporte un équipage composé d'un médecin, d'un infirmier et d'un ambulancier ainsi que d'un véhicule équipé de tout le matériel garantissant la prise en charge de l'urgence vitale. Il y en a un à Thouars, un à Parthenay, un à Faye-L'Abbesse.

■ En journée, un second infirmier et un second médecin peuvent venir renforcer l'équipe du SMUR.

■ Le CSNP dispose de **radiologie** conventionnelle et de **biologie (examens sanguins)**

PAGE - 2

## **ANNEXE 8 : Grille d'entretiens**

Dans le cadre de la réalisation de ce mémoire, plusieurs personnes ont été interrogées, afin de venir enrichir son contenu de points de vue de terrain et de retours d'expérience.

Outre les réunions avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine (DD17 et Siège – Bordeaux) et les échanges informels qui ont pu être entretenus, des entretiens ont notamment été réalisés avec :

- Marianne SIMON, Directrice Adjointe au CH Nord Deux-Sèvres
- Jean Jacques GICQUEL, Président de la CME de Saint Jean d'Angély
- Benoit KUCHLY, Chef du Pôle Médecines Polyvalente et Gériatrique - Urgences - USC : Unité de surveillance continue du CH de Saint Jean d'Angély

Ces entretiens ont été conduits selon la trame suivante. Cette grille a vocation à présenter les thèmes et questions qui ont été abordés durant les différents entretiens. Ces derniers ont été semi-directifs, laissant ainsi la possibilité aux personnes interrogées d'approfondir les thématiques et enjeux qu'ils jugent centraux.

### **1. Présentation de l'interlocuteur**

- Présentation personnelle (formation, parcours...)
- Présentation au sein de la structure (fonctions, rôles, implications...)

### **2. Territoire et population**

- Pouvez-vous décrire le territoire sur lequel est implanté votre établissement ?
- Quelles en sont, selon vous, les principales caractéristiques ?

### **3. Démographie médicale**

- Quelle est la situation de la démographie médicale du territoire ?
- Quelles en ont été les évolutions ? (Regards actuel et historique)
- Quelle analyse portez-vous sur cette situation ? (Identification des causes et éventuelles solutions – attractivité)
  - A l'échelle des médecins généralistes libéraux
  - A l'échelle des médecins spécialistes libéraux
  - A l'échelle des médecins hospitaliers

### **4. Centre de soins non programmés**

- Qu'est-ce qu'un centre de soins non programmés ? Pouvez-vous en formaliser une définition ?
- Comment s'organise un centre de soins non programmés ? Quelles en sont les principales caractéristiques ?
- Avez-vous connaissance de centres de soins non programmés déjà mis en place au sein de la région Nouvelle-Aquitaine ? A l'échelle nationale ?

- Quelles sont les forces attachées à ces structures ? Quelles en sont les faiblesses ?
- Êtes-vous favorables au développement d'un tel modèle/à sa mise en place au CH de Saint Jean d'Angély ? Pourquoi ?
- Quelles sont les précautions préalables indispensables à la restructuration et à la transformation d'un SAU en CSNP ?
- Quels doivent être les liens entre les CSNP et la médecine de ville ? Et avec les autres établissements du territoire ?
- Quel serait selon vous le modèle « idéal » de CSNP ? Dans quelle situation ce modèle a-t-il vocation à se développer ?
- Quel est selon vous le ressenti de la population vis-à-vis de telles structures ?
- Quels sont les risques attachés à la transformation des services d'urgences en CSNP (recrutement interne, attractivité...) ?
- Quel regard portez-vous sur la méthode relative à leur implantation : descendante, suggérée par l'ARS ?
- Que pensez-vous de l'alternative SAU/ligne SMUR ?
- Quel regard portez-vous sur l'avenir à long terme du SAU de Saint Jean d'Angély ?



MOURA

Adrien

Octobre 2019

## FILIÈRE DIRECTEUR D'HÔPITAL

Promotion 2018/2019

### **Restructurations et transformations des services d'urgence dans un cadre budgétaire contraint : Opportunités et limites** *L'exemple du Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély*

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP

#### **Résumé :**

Ces dernières années sont marquées par une attention grandissante portée à l'égard de la problématique de la prise en charge des soins non programmés à l'échelle nationale. Par soins non programmés, il convient d'entendre « ceux devant 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 ». Cette attention croissante et les réflexions associées sont développées dans le cadre d'une hausse importante et continue de la fréquentation des services d'urgences des établissements de santé depuis 20 ans. En outre, cette augmentation s'explique également par le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques ou les écarts répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire.

Dans ce cadre-là, les Centres de Soins Non Programmés (CSNP) apparaissent comme une réponse permettant de maintenir un point d'accueil pour la population dans les territoires. Ces nouvelles structures sont généralement implantées suite à la restructuration et la transformation de services d'urgences qui font face à une faible activité et en proie à des problèmes de recrutement médical.

Le Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély (17) s'inscrit dans cette dernière situation. C'est dans le cadre de la conclusion d'un Contrat de Retour à l'Équilibre Financier (CREF) que l'hypothèse de la mise en place d'un CSNP en lieu et place de son service d'urgences a été suggérée par l'ARS. Ce mémoire retrace l'ensemble de l'analyse de l'opportunité d'un tel projet, insistant sur ses conditions de réussite et les enseignements qui peuvent en être tirés pour l'exercice du métier de Directeur d'hôpital.

#### **Mots clés :**

Urgences hospitalières, centres de soins non programmés, soins non programmés, CREF, médecine de ville, attractivité médicale, hôpitaux de proximité, restructurations et transformations, démarche projet, conduite du changement, offre de soins

*L'École des Hautes Études 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.*