



EHESP

Directrice d'hôpital

Promotion : **2018 - 2019**

Date du Jury : **octobre 2019**

L'hôpital et la ville face à la rareté de la ressource médicale et à la demande de soins non programmés

*Le centre de santé hospitalier comme outil de gestion de la ressource médicale et de
régulation de la demande de soins non programmés : exemple du partenariat entre le
CHI de Villeneuve-Saint-Georges et la commune de Montgeron*

Audrenn ASSELINEAU

Remerciements

Je tiens à adresser mes plus sincères remerciements à mon maître de stage M. Stéphane Pardoux, pour la confiance qu'il m'a témoignée en me confiant ce projet de création d'un centre de santé dans le cadre de mon stage de direction.

Pour leur aide dans ma réflexion et dans la rédaction de ce mémoire je remercie M. Eric Véchard, Délégué Départemental de l'ARS 94, Mme Sandra Lyannaz ma référente pour ce travail de recherche, directrice au CHI de Poissy Saint Germain en Laye, Mme Bernadette Dureau, directrice à l'hôpital Saint Joseph.

Pour leur effort de relecture salutaire et leurs conseils, je remercie mon collègue et ami M. Théo Bourrelier et mes parents.

« Il va falloir que les hospitaliers sortent de leurs bureaux. »

Eric Véchard, Délégué Départemental de l'ARS 94

Sommaire

Introduction	1
1. L'hôpital face au défi des flux de soins non programmés	1
2. L'hôpital face à la rareté de la ressource médicale	2
3. L'hôpital et la ville face aux mêmes problématiques de croissance de la demande et d'insuffisance de l'offre.....	3
1. FACE À LA RARETÉ MÉDICALE ET À LA CROISSANCE DE LA DEMANDE DE SOINS, LA RÉPONSE HOSPITALIÈRE SE STRUCTURE PROGRESSIVEMENT	7
1.1. En Ile-de-France, l'écart entre l'offre de soins et la demande se creuse	7
1.1.1. Insuffisance, baisse et inégalité de l'offre : démographie médicale, temps consacré à l'exercice médical, secteur d'installation	7
1.1.2. Croissance de la demande de soins non programmés.....	10
1.2. Le premier recours de ville peine à répondre à la demande, induisant un recours croissant aux soins non programmés.....	11
1.2.1. Une Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) inégale et insatisfaisante.....	11
1.2.2. Le déport d'une partie de l'activité de ville sur les SAU	13
1.2.3. La démocratisation du recours aux SAMI, MMG et SAMU-SMUR	14
1.3. Face à la croissance de la demande de soins non programmés, la ville et l'hôpital structurent leur réponse	16
1.3.1. Les structures d'exercice coordonné de ville sont en essor, soutenues par les évolutions du cadre réglementaire.....	16
1.3.2. Des structures originales sont expérimentées par certains hôpitaux franciliens....	23
2. LA CRÉATION D'UNE STRUCTURE DE SOINS DE VILLE PAR LE CHI DE VILLE-NEUVE-SAINT-GEORGES : UN OUTIL DE RÉPONSE UNIQUE À DES ENJEUX CROISÉS VILLE-HOPITAL	26
2.1. L'implantation d'une structure de soins non programmés répondrait à des enjeux forts du territoire et des enjeux stratégiques pour l'hôpital	26
2.1.1. L'accès aux soins : un enjeu fort en nord Essonne.....	26
2.1.2. La gestion d'une structure de soins non programmés : outil stratégique d'implantation territoriale pour le CHIV et de lissage des flux de patients.....	29
2.1.3. La gestion d'une structure de soins non programmés : une réponse à l'impossible attractivité médicale pour le CHIV.....	30
2.2. Les conditions juridiques et financières nécessitent une analyse fine par le porteur hospitalier via différents scénarii	34
2.2.1. Un projet volontairement souple et ouvert	34

2.2.2. Étude de différents scénarii juridiques de structuration de l'offre de soins non programmés : création d'une MSP ou d'un CDS.....	35
2.2.3. Les conditions non évidentes d'un exercice médical partagé entre la ville et l'hôpital pour les médecins du CHIV.....	38
3. CONDITIONS DE RÉUSSITE ET LIMITES DU PROJET DE CENTRE DE CONSULTATIONS DU CHIV À MONTGERON	41
3.1. La nécessaire définition d'un projet « gagnant-gagnant » entre la ville de Montgeron, l'hôpital et la communauté médicale.....	41
3.1.1. Construction d'un projet ville-hôpital	41
3.1.2. Un modèle juridique à dessiner.....	42
3.1.3. Une équation économique délicate	44
3.2. Limites déjà perceptibles d'une expérimentation par étapes	50
3.3. Les prérequis à la pérennisation du modèle et à son extension	52
Conclusion	54
Bibliographie	1
Liste des annexes	3

Liste des sigles utilisés

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
ARS : Agence Régionale de Santé
AMA : Assistante Médico Administrative
AMUF : Association des Médecins Urgentistes de France
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CCSU : Centre de Consultations et de Soins Urgents
CCUA : Centre de Consultations et d'Urgences Adultes
CDS : Centre de Santé
CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
CHIPS : Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint Germain
CHIV : Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CCMU1 : Classification Clinique des Malades d'Urgences modifiée
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
COPERMO : Comité interministériel de Performance et de Modernisation
CPTS : Communauté de Professionnels de Santé du Territoire
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CA : Consultation Avancée
CAIM : Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins
COSCOM : Contrat de Stabilisation et de Coordination des Médecins
CEL : Contrat d'Exercice Libéral
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
ETP : Équivalent Temps Plein
EPS : Etablissement Public de Santé
FFI : Faisant Fonction d'Interne
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GHNE : Groupement Hospitalier Nord Essonne
IGH : Immeuble de Grande Hauteur
IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation
IDE : Infirmier Diplômé d'État
MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle
MMG : Maison Médicale de Garde
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PDS : Permanence des Soins
PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires
PMR : Personne à Mobilité Réduite
PH : Praticien Hospitalier
PHC : Praticien Hospitalier Contractuel
PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale
PTMA : Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire
ROI : Retour sur Investissement
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SAMI : Service d'Accueil Médical Initial
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoire
SAS : Société par Actions Simplifiée
SAE : Statistique Annuelle des Etablissements de Santé
SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée
ZIP : Zone d'intervention prioritaire
ZUS : Zone Urbaine Sensible

Introduction

1. L'hôpital face au défi des flux de soins non programmés

« Claude Oinard est décédé le 3 février, la veille de ses 79 ans, aux urgences de l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges (Val-de-Marne). Cet homme détestait les blouses blanches, il les a fuies toute sa vie. Admis à l'hôpital le 2 février dans la matinée, en raison d'une grande fatigue associée à une perte de poids, il est mort quelques heures plus tard, le lendemain à 7 heures 55 du matin, seul ». Ainsi débute un article de quatre pages paru dans le journal *Médiapart* le 4 juin 2019 intitulé *Aux urgences, les personnes âgées meurent d'attendre*, illustrant, dans un contexte de grève dans la plupart des services d'urgences franciliens, la tension forte qui pèse aujourd'hui sur les Services d'Accueil d'Urgences (SAU), notamment celui de l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges, confrontés à un afflux toujours plus important de patients et à une ressource médicale toujours plus rare.

L'hôpital moderne est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un « *Établissement desservi de façon permanente par au moins un médecin et assurant aux malades, outre l'hébergement, les soins médicaux et infirmiers* ». L'hôpital a donc un rôle central en tant que structure dans la permanence des soins et d'accueil des patients pour des soins non programmés qui s'illustre significativement dans le rôle des SAU.

L'hôpital en tant que structure est aujourd'hui soumis à des pressions exogènes très importantes pouvant affecter le cadre de réalisation de sa mission de soigner les malades et de leur garantir l'accès aux soins. Schématiquement l'hôpital accueille deux types de flux de patients : le flux des patients programmés (qui ont pris rendez-vous) et le flux de patients non programmés (sans rendez-vous, venue spontanée ou adressée). La tendance depuis une vingtaine d'années est à la croissance forte du flux de patients non programmés, particulièrement sensible dans les SAU des Établissements Publics de Santé (EPS) qui met à rude épreuve les structures hospitalières. Les images de patients qui attendent de nombreuses heures dans les salles d'attente des SAU ou qui attendent un examen ou un lit d'hospitalisation sur un brancard pendant les pics de fréquentation hivernaux sont ancrées dans l'imaginaire collectif et tendent à se banaliser comme la réalité hospitalière. Ces pics de fréquentation laissent des séquelles dans les organisations hospitalières et dans le fonctionnement des équipes soignantes. Peu à peu se répand l'idée qu'il est impossible de proposer une réponse qualitative aux demandes de soins, que la sous dotation en lits et en personnels est planifiée par les directions hospitalières. Du côté des directions, ces pics de fréquentation ne laissent pas non plus indemnes, on renonce à mener des projets de performance des services, d'adaptation de l'offre et du capacitaire à l'activité normale, par peur de ne pas être en mesure de gérer les épisodes de crises. On arrive à des services mal dimensionnés : adaptés ni à une suractivité ni à une activité normale par peur d'un afflux de patient imprévu.

Les hôpitaux publics doivent-ils se résoudre à attendre les flux de patients pour dimensionner leur réponse dans la précipitation et toujours avec un temps de retard ? N'est-il pas aujourd'hui possible d'agir en amont de la fréquentation pour lisser les flux d'activité non programmés et augmenter la part de programmé dans l'activité hospitalière ?

L'an dernier, le Président de l'Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF) – le Dr Patrick Pelloux – déclarait dans un entretien « *en vingt ans d'existence l'AMUF a vu le nombre de passages grimper de 7 à 8 millions en 1998 à plus de 21 millions l'an dernier* »¹. Les pics de fréquentation non programmée conduisent à une injonction à la modularité des espaces, des services, des lits d'hospitalisation, des équipes soignantes et médicales, des flux logistiques. Au-delà de cette première contrainte des flux d'activité difficilement prédictibles et encore moins contrôlables, survient une deuxième contrainte majeure dans la mission de soigner : la rareté médicale.

2. L'hôpital face à la rareté de la ressource médicale

La rareté médicale s'entend comme une demande de médecins supérieure à l'offre, en termes de démographie médicale, d'inégalité de répartition, de coût d'accès (secteur d'installation), de qualité de la ressource médicale (nombre d'individus par spécialité, niveau de qualification) et de temps consacré à l'exercice de la médecine ou encore du nombre d'actes réalisés en moyenne par praticien (à l'échelle d'une vie souvent plus important chez les hommes que chez les femmes, ou variable selon les régions, selon les préférences individuelles). La France compte aujourd'hui 3,3 médecins pour 1 000 habitants contre 3,6 en moyenne européenne². En outre, la moitié des médecins français sont âgés de plus de 55 ans et 10% des médecins exerçant en France ont été formés à l'étranger. Ces 10% de médecins formés à l'étranger attestent de la rareté médicale : l'offre médicale garantie en théorie par un *numerus clausus* national ne suffit plus à répondre à la demande.

Cette rareté de la ressource médicale induit des mécanismes de concurrence plus ou moins loyale pour capter et conserver cette ressource dans les structures offeuses de soins. Les offreurs de soins privés disposent de l'avantage comparatif d'une rémunération bien plus attrayante que dans les EPS, quand les CHU jouissent de l'avantage comparatif de la recherche et du statut universitaire à proposer à leurs praticiens. Les EPS périphériques, entre l'offre privée et l'offre CHU rencontrent les plus grandes difficultés à capter, entretenir et conserver leur ressource médicale. Quelles sont aujourd'hui les marges de manœuvre des hôpitaux publics périphériques pour capter la ressource médicale quand ils n'ont à offrir ni une carrière universitaire, ni des salaires compétitifs ?

¹ 18 mars 2018, entretien de Patrick Pelloux au média en ligne *Brut*.

² Organisation de Coopération et de Développement Économique, Panorama de la santé 2017, 23 novembre 2017.

3. L'hôpital et la ville face aux mêmes problématiques de croissance de la demande et d'insuffisance de l'offre

On entend par « ville », « offre de soins de ville », « médecine de ville » toute l'offre de soins qui ne relève pas d'un contexte hospitalier. Il s'agit de l'ensemble des praticiens installés en libéral en cabinet ou structure d'exercice coordonné (type Maison de santé) et par extension, les médecins salariés qui exercent en centre de santé. À titre principal l'offre de médecine de ville peut s'apprécier par l'étude des données relatives à la démographie des médecins libéraux généralistes comme spécialistes mais ce n'est pas le seul critère à prendre en compte. Le niveau d'activité des médecins en exercice (nombre d'actes, temps consacré à l'exercice de la médecine), la répartition géographique des installations de médecins (inégalités entre territoires, distance au premier médecin, nombre de patients pour un praticien...) sont autant de critères d'appréciation de la qualité de l'offre de soins. L'Atlas 2018 de la démographie médicale réalisé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)³ nous éclaire sur la situation de la médecine de ville, très proche des problématiques rencontrées par l'hôpital. Au 1^{er} janvier 2018, le CNOM enregistrait une hausse de 1,9% de médecins inscrits à l'Ordre depuis 2017 (environ 6 000 médecins). Les médecins inscrits à l'Ordre sont néanmoins pour 21% des praticiens retraités non actifs, auxquels il convient d'ajouter 6% de médecins retraités qui conservent temporairement une activité. Derrière les 1,9% de hausse des médecins inscrits à l'Ordre, l'information principale est donc que plus du quart d'entre eux n'est plus en exercice ou sur le point de cesser son activité. On constate donc bien en réalité une érosion importante de la démographie médicale des praticiens en exercice, et partant, de l'offre de soins.

Tous modes d'exercice confondus, le nombre de médecins généralistes en exercice a diminué de 7% entre 2010 et 2018. Selon l'étude annuelle du CNOM, la tendance va se poursuivre jusqu'en 2025 pour atteindre 81 804 praticiens généralistes sur le territoire national soit 7% de moins qu'en 2018.

On constate par ailleurs que cette raréfaction de la ressource médicale se traduit également par un creusement des inégalités territoriales en matière de répartition de l'offre de soins avec des écarts entre déciles de plus en plus importants dans la cartographie des installations en libéral par départements de médecins spécialistes comme généralistes. On ne compte plus les interventions médiatisées de maires de communes rurales qui appellent les médecins à s'installer sur le territoire de leur commune moyennant des conditions très avantageuses, mais le phénomène ne touche plus exclusivement les communes rurales.

La raréfaction de la ressource est particulièrement sensible dans l'organisation de la Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) avec plus de trois quarts (77%) des départements non couverts en nuit profonde.

³ Conseil National de l'Ordre des médecins, *Atlas 2018 de la démographie médicale en France*, situation au 1^{er} janvier 2018.

« En 2018, 18 % des secteurs de permanence des soins se sont retrouvés avec moins de cinq médecins de garde, alerte le Dr Jean-Yves Bureau, président de la commission PDSA au CNOM. Cette situation ne fait qu'empirer car nombre de ces territoires sont couverts par des praticiens vieillissants qui, à leur départ en retraite, ne seront pas remplacés. »⁴. Une des principales raisons serait la raréfaction de la ressource médicale et la surcharge de travail subséquente pour les médecins en exercice, pour qui il est impossible de concilier journées intenses et nuits de garde tout en conservant une vie familiale. Du côté de l'hôpital, en l'absence de réelle prise de conscience de la raréfaction de la ressource médicale pour les hôpitaux non CHU, non ESPIC, le recrutement médical est devenu un domaine extrêmement concurrentiel. Un certain nombre d'EPS sont aujourd'hui en situation de fragilité pour le recrutement de praticiens du fait des contraintes de la démographie médicale. Cette situation conduit à de la surenchère voire à de la concurrence plus ou moins délibérée, plus ou moins loyale, entre les hôpitaux d'un même territoire et génère des surcoûts importants (la progression des charges de personnel médical est de + 3% par an en moyenne), en raison notamment du recours à de l'intérim ou à des vacataires. Un décret et un arrêté publiés le 24 novembre 2017⁵ et entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2018 visent à cet égard à encadrer le recours à l'intérim médical dans les établissements de santé pour d'une part s'assurer de la qualité du service (vérification des diplômes, facultés physiques et mentales, absence d'incompatibilités statutaires) et d'autre part pour limiter l'inflation des dépenses d'intérim médical (rémunération des missions dotées d'un plafond dégressif). Un véritable marché de l'intérim médical s'est en effet aujourd'hui implanté dans la réalité hospitalière. Parallèlement au recours à l'intérim médical qui échappe largement au cadre légal d'emploi hospitalier, le recrutement de médecins à diplôme étranger (FFI) est passé de variable d'ajustement à enjeu stratégique des hôpitaux pour maintenir les services en activité. Nombre de médecins à diplôme étranger parviennent aujourd'hui à se faire recruter par les hôpitaux publics sur des grilles très avantageuses, sans nécessairement de projet de validation de PAE.

Les déterminants à l'installation des jeunes médecins se résument-ils exclusivement à des prétentions salariales ou une carrière universitaire ? N'est-il pas possible en tenant compte des nouvelles attentes des jeunes médecins de proposer de nouveaux modes d'exercice sur-mesure qui les attireraient là où ils font défaut aujourd'hui ?

L'hôpital et la ville font donc face aujourd'hui à des contraintes exogènes fortes de raréfaction de la ressource médicale et de croissance de la demande de soins qui les conduisent à envisager ensemble des réponses conjointes aux problématiques territoriales d'accès aux soins. Depuis une dizaine d'années les pouvoirs publics ont mis en place un certain nombre de dispositifs d'aide individuelle à l'installation ou au maintien en

⁴ Conseil National de l'Ordre des médecins, *Atlas 2018 de la démographie médicale en France*, situation au 1^{er} janvier 2018

⁵ Décret n°2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé ; arrêté du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire.

activité des médecins libéraux, ciblés sur les Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP), qui n'ont toutefois pas produit les effets escomptés en matière de réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins. Prenant acte de l'échec relatif des mesures individuelles d'accompagnement à l'exercice médical des professionnels de santé libéraux sur les territoires déshérités, les évolutions réglementaires récentes s'orientent vers un soutien aux structures d'exercice coordonné. Il peut s'agir de coordination entre professionnels de santé libéraux : médecins comme autres professions de santé, ou entre la ville et l'hôpital. Ainsi, le cadre juridique applicable aux centres de santé a été assoupli pour notamment étendre le spectre des porteurs de projet potentiels (aux EPS). En outre, des dispositifs d'accompagnement technique au portage de projets ont été mis en place par les ARS, ainsi que des modèles de financement plus incitatifs (Accord Conventionnel Interprofessionnel : ACI) pour les structures d'exercice coordonné comme les Centres de Santé (CDS) ou les Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP), dont le nombre croît sensiblement. « Ma Santé 2022 » relève d'ailleurs l'objectif national de maisons de santé sur le territoire de 800 en 2015 à 2 000 d'ici 2022. Également, la création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) a elle-aussi vocation à structurer une offre de soins coordonnée entre la ville et l'hôpital pour répondre aux besoins de santé des populations. Plus largement, la mise en place des GHT s'inscrit dans une logique territoriale et conjointe ville-hôpital de réponse aux besoins de santé.

Ces dispositifs qui continuent d'entretenir une division très française entre l'exercice médical salarié et libéral, et entre l'installation secteur 1 et secteur 2, répondent-ils complètement aux enjeux des territoires ? Aux attentes des médecins ?

Parallèlement, la réponse hospitalière se structure également sous la forme d'expérimentations organisationnelles ou de structures nouvelles. En termes d'expérimentations organisationnelles on peut citer dans le cadre des GHT la mise en commun de ressources médicales qui commence à voir le jour avec les équipes médicales de territoire, impulsées par les ARS. Concernant les expérimentations en termes de structures, certaines structures hybrides voient le jour notamment en Ile-de-France avec des centres de consultations de type « mini-plateau » d'urgence sur de larges amplitudes horaires mais qui ne sont pas des SAU à proprement parler. Ces structures ont vu le jour notamment au sein CHI de Poissy Saint Germain (CHIPS) et du Groupement Hospitalier Nord Essonne (GHNE) dans un contexte de fermeture de sites hospitaliers dans le cadre d'un projet de regroupement, pour maintenir une permanence des soins territoriale pour les patients. Au-delà des modèles du Centre de Consultation et de Soins Urgents (CCSU) du GHNE et du Centre de Consultations Urgentes Adultes (CCUA) du CHIPS qui ont vu le jour dans un contexte spécifique de fermeture programmée de site hospitalier, et qui ont dès lors été conçus comme des palliatifs à une réduction programmée de l'offre de soins ; les EPS périphériques, font aujourd'hui face avec des difficultés inédites à la croissance de la demande de soins non programmés et à la raréfaction de la ressource médicale. Quels modèles peuvent-ils expérimenter pour agir sur ces tensions majeures sur leur mission de soigner ? Autrement dit, en dehors d'un contexte de fermeture de site hospitalier, les hôpi-

taux ont-ils aujourd'hui un intérêt à expérimenter des structures hybrides de réponse ville-hôpital à la demande de soins non programmés ? Avec quels moyens ? Avec quels médecins ?

Le CHI de Villeneuve Saint-Georges (CHIV) s'inscrit parfaitement dans ce contexte de tensions exogènes fortes sur sa mission de soigner les malades et expérimente une solution originale pour répondre à cet effet ciseaux de croissance de la demande de soins non programmés et de raréfaction de l'offre médicale qui n'épargne pas son territoire d'implantation. Sollicité par la mairie de la commune voisine de Montgeron, le CHIV s'est engagé dans la modélisation d'un centre de santé hospitalier qui réponde aux enjeux croisés ville-hôpital dans un contexte différent de l'anticipation d'une fermeture de site. Il s'agit d'abord, dans une approche prospective, de se doter d'un outil de lissage des flux de patients non programmés, et de réponse aux attentes des jeunes médecins quant à leurs conditions d'exercice médical, à défaut de pouvoir concurrencer les CHU sur les opportunités de carrière ou de recherche ou encore les établissements privés dans les niveaux de rémunération.

Dans le cadre de mon intérim de directrice déléguée de pôle au sein du CHIV, le Directeur Général m'a chargée de réfléchir à l'opportunité pour l'hôpital de faire suite à la demande de la mairie, en dessinant le projet de sorte qu'il réponde au mieux aux problématiques du territoire et de l'hôpital. Le modèle mixte proposé dans ce mémoire n'existant pas à proprement parler à l'heure actuelle, il a fallu composer avec le cadre juridique existant pour coller au plus près des enjeux identifiés pour tous les acteurs (hôpital, ville, médecins, patients) avec un modèle de financement assez peu incitatif, dans le cadre budgétaire et financier très contraint d'un établissement en COPERMO Investissement pour la rénovation de son Immeuble de Grande Hauteur (IGH).

Ainsi, ce mémoire s'attachera à déterminer à quelles conditions le Centre de Santé hospitalier peut-il être un outil pertinent de lissage des flux de patients non programmés et de gestion de la rareté médicale dans le cadre d'un partenariat Hôpital-médecine de ville ?

Nous verrons dans un premier temps de contextualisation que face à la raréfaction de la ressource médicale et à la croissance de la demande de soins non programmés la réponse hospitalière se structure progressivement (I). Dans ce contexte, l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges a engagé une réflexion sur les avantages stratégiques à retirer de la création d'un centre de consultations de ville et aux modalités d'un tel projet (II). La pertinence du modèle du centre de santé hospitalier comme outil généralisable de gestion des flux de patients et de la rareté médicale dépend aujourd'hui largement d'une évolution du cadre réglementaire pour favoriser ce type d'initiatives (III).

1. FACE À LA RARETÉ MÉDICALE ET À LA CROISSANCE DE LA DEMANDE DE SOINS, LA RÉPONSE HOSPITALIÈRE SE STRUCTURE PROGRESSIVEMENT

1.1. En Ile-de-France, l'écart entre l'offre de soins et la demande se creuse

1.1.1. Insuffisance, baisse et inégalité de l'offre : démographie médicale, temps consacré à l'exercice médical, secteur d'installation

- D'importantes disparités dans la répartition des médecins libéraux franciliens

La densité médicale de la région Ile de France s'établit à 192 médecins libéraux pour 100 000 habitants, légèrement supérieure à la moyenne nationale. Elle compte en moyenne 1 médecin libéral pour 152 habitants. Paris est le département le plus densément peuplé avec 390 médecins libéraux pour 100 000 habitants. Cette bonne moyenne masque néanmoins des inégalités fortes entre les départements franciliens : le département de la Seine Saint Denis ou encore l'Essonne ont une densité médicale bien inférieure à Paris, aux Hauts de Seine ou encore aux Yvelines avec une densité médicale respectivement inférieure à 120 médecins pour 100 000 habitants et entre 120 et 160 médecins pour 100 000 habitants contre plus de 600 médecins à Paris et dans les Hauts de Seine pour 100 000 habitants et entre 160 et 200 médecins pour 100 000 habitants dans les Yvelines.



Densité Médicale par région au 1er juillet 2018, Source : CARMF 2019

- Un moindre accès aux médecins spécialistes majoritairement installés en secteur 2

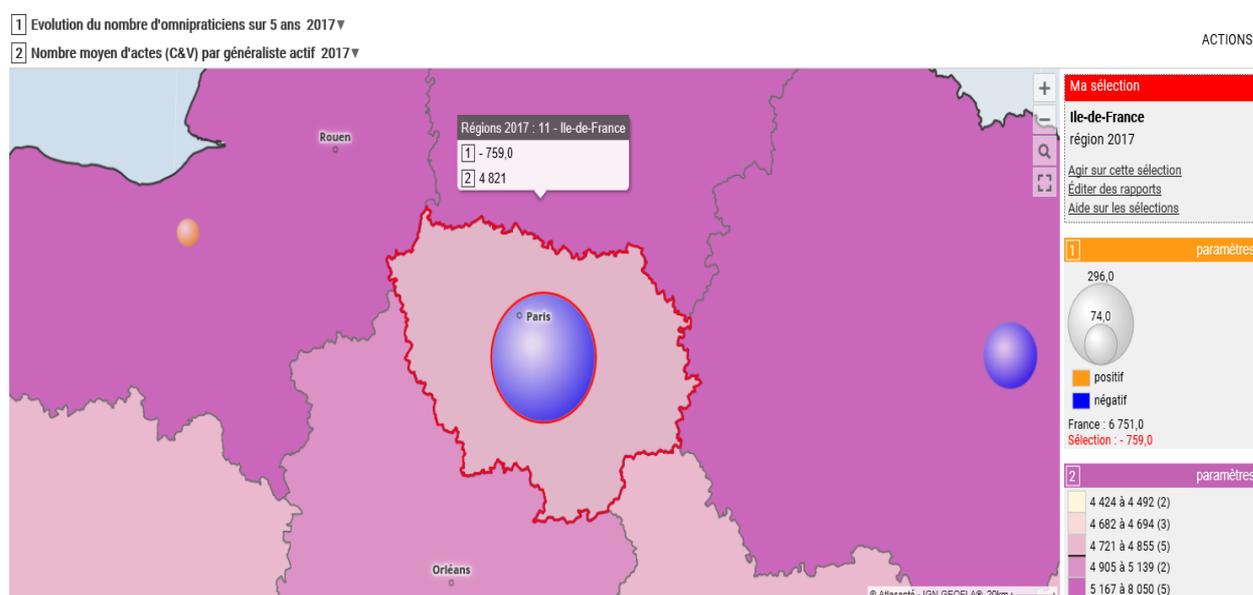
La sectorisation des médecins spécialistes est une donnée importante à prendre en considération dans la question de l'accès aux soins sur un territoire donné. En effet, outre les barrières géographiques de distance, et temporelle pour les délais de rendez-vous, la barrière tarifaire n'est pas négligeable dans la question de l'accès aux soins. Alors que les médecins installés en secteur 1 appliquent les tarifs de l'Assurance maladie, les médecins installés en secteur 2 ont la possibilité d'appliquer des dépassements d'honoraire, de nature à renchérir le coût d'accès aux soins et à décourager certains patients de consulter les spécialistes installés en secteur 2. Or, en juin 2019, on constate qu'en Ile de France, l'installation des médecins spécialistes (hors omnipraticiens) en secteur 2 est prédominante à 68% (seuls 32% des médecins spécialistes sont installés en secteur 1 toutes spécialités confondues). Le ratio d'installation en secteur 1 atteint des records préoccupants dans certaines spécialités en Ile de France : seuls 26% des rhumatologues franciliens sont installés en secteur 1, 25% des endocrinologues, 21% pour les ORL et ophtalmologues, 15% pour les gynécologues-obstétriciens et 9% pour les chirurgiens. On remarque en outre une polarisation des installations en secteur 2 dans Paris (75) où l'installation en secteur 2 toutes spécialités (hors omnipraticiens) atteint 78% contre 48% seulement en Seine-Saint-Denis (93)

Spécialité médicale	Part des cabinets conventionnés SECTEUR1 sur le nombre total de cabinets conventionnés SECTEUR1 & 2								
	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile-de-France
ALLERGOLOGIE	20,0%	50,0%	83,3%	33,3%	42,9%	50,0%	33,3%	0,0%	41,7%
ANATOMO-CYTO-PATHOLOGIE	63,6%	80,0%	71,4%	50,0%	46,7%	100,0%	0,0%	50,0%	62,4%
ANESTHESIE-REANIMATION	29,1%	53,7%	29,8%	47,7%	23,3%	50,8%	31,1%	56,0%	35,6%
BIOLOGIE	100,0%	100,0%	95,7%	100,0%	97,3%	100,0%	100,0%	100,0%	99,3%
CHIRURGIE	6,9%	12,8%	9,5%	15,7%	6,2%	16,7%	6,5%	16,0%	9,3%
DERMATO-VENEREOLOGIE	17,2%	50,0%	38,6%	50,0%	37,2%	50,0%	45,5%	44,7%	31,1%
ENDOCRINOLOGIE & METABOLISME	11,3%	27,3%	12,5%	33,3%	43,2%	59,1%	31,6%	33,3%	25,4%
GASTRO-ENTEROLOGIE & HEPATOLOGIE	23,2%	38,5%	31,8%	44,1%	23,5%	57,1%	30,0%	41,2%	31,3%
GERIATRIE	21,4%	0,0%	33,3%	100,0%	50,0%	100,0%	100,0%	100,0%	59,0%
GYNECOLOGIE & OBSTETRIQUE	8,9%	26,7%	6,5%	27,6%	17,2%	37,4%	19,2%	22,1%	15,6%
MEDECINE CARDIO-VASCULAIRE	38,6%	56,5%	49,7%	66,5%	44,7%	75,5%	57,9%	67,8%	52,5%
MEDECINE INTERNE	20,0%	60,0%	64,3%	76,5%	25,6%	60,0%	55,6%	84,2%	42,1%
MEDECINE PHYSIQUE & READAPTATION	8,6%	100,0%	20,0%	0,0%	9,1%	0,0%	100,0%	33,3%	13,6%
NEPHROLOGIE	79,2%	100,0%	100,0%	81,0%	81,0%	100,0%	100,0%	100,0%	92,4%
NEUROLOGIE	24,6%	45,5%	24,0%	40,0%	16,7%	60,0%	31,8%	47,1%	30,2%
OMNIPRATICIENS	71,3%	84,4%	83,4%	86,5%	78,0%	92,8%	88,2%	88,6%	82,0%
OPHTALMOLOGIE	10,0%	34,0%	29,9%	31,7%	21,7%	31,5%	27,5%	28,6%	21,2%
OTORHINOLARYNGOLOGIE	8,0%	41,3%	18,2%	36,4%	17,2%	45,5%	22,4%	23,9%	21,1%
PEDIATRIE	27,4%	40,7%	42,5%	60,3%	30,6%	47,5%	49,4%	64,8%	39,8%
PNEUMOLOGIE	37,7%	48,0%	45,8%	81,0%	30,0%	63,2%	77,8%	70,6%	52,2%
PSYCHIATRIE & NEUROPSYCHIATRIE	35,4%	45,0%	41,4%	48,7%	40,8%	80,8%	44,7%	45,0%	39,6%
RADIOLOGIE	25,1%	42,8%	50,2%	38,0%	32,5%	52,3%	42,3%	56,5%	38,6%
RHUMATOLOGIE	13,2%	56,5%	12,5%	47,6%	28,6%	60,9%	30,0%	38,9%	26,4%
SANTE PUBLIQUE	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
STOMATOLOGIE	41,2%	61,9%	22,5%	29,6%	33,3%	61,1%	56,3%	44,4%	41,2%
TOUTE SPECIALITE (SAUF OMNIPRATICIENS)	22,6%	41,5%	33,8%	44,0%	28,6%	52,1%	37,7%	45,3%	32,6%
TOUTESPECIALITE	35,1%	59,8%	52,5%	61,0%	44,1%	68,9%	56,4%	63,3%	49,3%

Part des cabinets conventionnés secteur 1 relativement à l'offre totale secteur 1 et secteur 2 en Ile de France, source : Source : SNIIRAM/SNDS DA_PRA_R (Juin 2019), produit par : DCGDR Île-de-France.

- Une offre de médecine générale en baisse et insuffisante

Le nombre de médecins généralistes en exercice pour 10 000 habitants en Ile de France est de 7,6, en dessous de la moyenne nationale à 8,6⁶. Il accuse au reste une forte baisse sur 5 ans avec un solde déficitaire de -759 praticiens en activité en 2017 sur le territoire. En outre, le nombre moyen d'acte (consultations et visites) par praticien est inférieur à la moyenne nationale à 4 821 par an contre 4 905 en moyenne nationale, allant jusqu'à 8 050 à Mayotte. On constate donc que l'offre de médecine générale en termes de population médicale et en termes de nombre d'actes par médecin en exercice est insuffisante et en baisse sur le territoire francilien.



Evolution du nombre d'omnipraticiens sur 5 ans et nombre moyen d'acte par généraliste actif en Ile de France en 2017, source : Carto Santé, juillet 2019

Outre la baisse de l'offre, certains indicateurs permettent d'appréhender son insuffisance pour répondre à la demande régionale. Ainsi, la part des bénéficiaires d'actes généralistes dans la population, qui s'établit à 76,8% est inférieure en Ile de France de 7 points à la moyenne nationale qui s'élève à 83%. Le nombre moyen d'actes généraliste par bénéficiaire est également inférieur à la moyenne nationale à 3,8 en Ile de France contre 4,5 en moyenne nationale. Ces deux indicateurs suggèrent une sous consommation de soins de ville par la population francilienne. On ne peut postuler que cet écart s'explique par les seules caractéristiques de la population francilienne, notamment sa jeunesse, puisque précisément la part des bénéficiaires d'actes généralistes de moins de 15 ans y est supérieure à la moyenne nationale. On constate donc que l'offre de médecine générale est

⁶ Source CartoSanté :
[\[http://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&f=0&i=gene_popage.eft&s=2017&view=map6\]](http://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&f=0&i=gene_popage.eft&s=2017&view=map6)

insuffisante en Ile de France pour répondre à la demande au vu de l'écart existant entre la consommation de soins par francilien par rapport au reste du pays.

Le double constat de la baisse et de l'insuffisance de l'offre de soins tant généraliste que de spécialités pour répondre à la demande de la population se traduit notamment par une hausse tendancielle du recours aux soins dits non programmés.

1.1.2. Croissance de la demande de soins non programmés

- Fréquentation des services d'accueil d'urgence (SAU) en forte augmentation

La croissance de la demande adressée aux structures de soins non programmés se traduit premièrement dans les chiffres de fréquentation des services d'urgence : 3,9 millions de passages en 2014 ; 4 millions en 2015 ; 4,2 millions en 2016 ; 4,4 millions en 2017 ; 4,5 millions de passages en 2018 soit une hausse de +15% en quatre ans⁷.

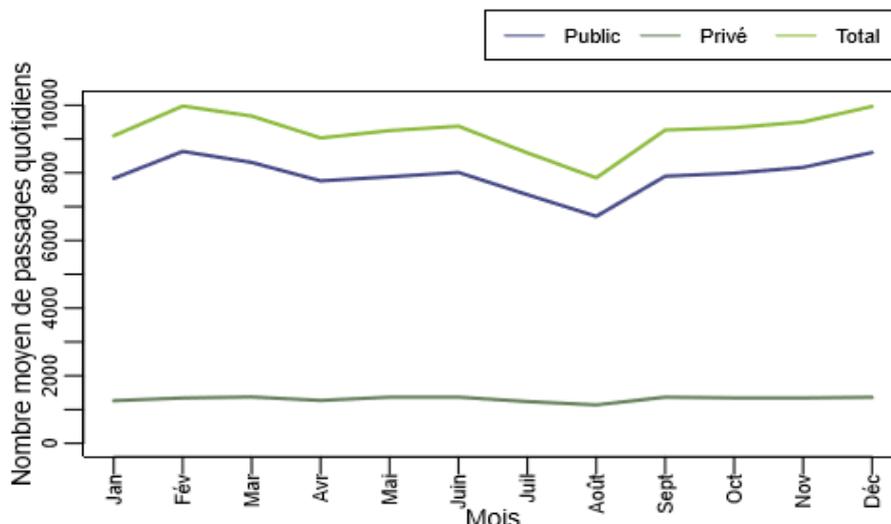
L'activité de 20h à 8h du matin, soit la tranche horaire de la PDS, représente toujours un tiers de l'activité, dont plus de la moitié avant minuit. 30% de l'activité hebdomadaire est réalisée sur les deux jours du week-end, confirmant le fait que ces jours sont devenus « ordinaires » pour le travail des personnels et non plus des jours de fléchissement de l'activité. Face à cet afflux de passage aux urgences, on constate un phénomène d'engorgement qui résulte d'un double mouvement de hausse du nombre de venues en constante augmentation depuis 20 ans, et d'accumulation des patients dans les services d'urgence par défaut de lits d'hospitalisation en nombre suffisant ; phénomène principalement lié à des épisodes épidémiques saisonniers, mais qui tend à se banaliser.

L'engorgement des urgences est un phénomène qui touche presque exclusivement les EPS, le secteur privé ne représentant qu'une part de marché très faible dans le nombre quotidien de passages. En effet, l'offre de SAU est principalement portée par le secteur public en Ile de France qui comporte 96 SAU publics contre 28 SAU privés⁸.

Face à ce recours croissant aux soins non programmés, la question d'un éventuel déport de l'activité qui pourraient ou devraient être prise en charge par le secteur de ville, sur les structures hospitalières, et plus particulièrement les services d'urgence, peut utilement être posée. En d'autres termes, la carence dans la structuration et l'organisation actuelles des soins de villes est-elle un des facteurs explicatifs de la hausse constante du nombre de passages aux urgences dans les EPS ?

⁷ ARS Ile de France, *Rapport d'activité établissements de Santé 2018*, p.6

⁸ Commission Régionale d'Experts Urgence, *Activité des services d'urgence d'Ile de France*, rapport ARS Ile de France, 2017, p. 67.



Passage moyen journalier par SAU en Ile de France, source : ARS-IF 2017

1.2. Le premier recours de ville peine à répondre à la demande, induisant un recours croissant aux soins non programmés

1.2.1. Une Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) inégale et insatisfaisante

La continuité des soins en secteur ambulatoire concerne la tranche horaire de 8 h à 20 h du lundi au samedi midi, alors que la permanence des soins définie par loi dans ses horaires, dans son fonctionnement régulier et dans sa mission de service public couvre la nuit, les dimanches et les jours fériés.

Parmi les médecins ayant pris part à la PDSA la moyenne constatée est de 31 gardes sur l'année 2018. La PDSA concerne principalement les médecins généralistes installés en libéral et exerçant en cabinet. En 2018, ils représentaient 93% des médecins assurant la PDSA. Les médecins salariés exerçant dans des centres de santé sont quant-à eux très minoritaires dans la PDSA : ils constituent environ 1% des effectifs, soit moins que les médecins remplaçants (5%).

Selon les données fournies par les conseils départementaux, le taux de participation des médecins généralistes à la PDSA en 2018 variait fortement d'un département à l'autre, allant de moins de 10% pour certains à 100% pour d'autres. Ce taux étant déclaratif et les bases de calcul n'étant pas nécessairement identiques, cela peut conduire à des résultats hétérogènes et non comparables d'un département à l'autre. Ils permettent cependant d'établir, d'une année sur l'autre, les tendances tenant à l'évolution de la participation des médecins libéraux à la PDS au sein d'un même département. Ainsi, selon ces données, entre 2017 et 2018, 19% des départements ont connu une hausse de leur taux de participation (c'était notamment le cas des départements de la Corrèze, de l'Indre ou du Jura).

Pour les autres départements, il est resté majoritairement stable (36%) ou a diminué (32%).

La baisse du taux de participation peut être liée à des facteurs conjoncturels tenant à la démographie médicale ainsi qu'à des facteurs structurels tenant à l'organisation de la PDSA. La tendance à la réduction du nombre de territoires de garde peut conduire à une baisse du nombre de médecins y participant, comme cela a notamment été relevé en Indre-et-Loire⁹.

Dans certains secteurs de garde, la démographie est particulièrement fragile. Ainsi, 36% des secteurs de garde sont aujourd'hui couverts par moins de dix médecins volontaires, et 18% par moins de cinq médecins volontaires.

Dans sa 16^{ème} enquête annuelle sur la permanence des soins ambulatoire en 2018¹⁰, le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) fait état de nombreux changements dans l'organisation de la PDS sur l'année écoulée, notamment en lien avec la création des nouvelles grandes régions. Ce sont ainsi 60% des départements qui ont connu des changements organisationnels concernant leur PDS, certains ont élaboré un cahier des charges commun pour aboutir à un document unique cadrant l'organisation de la PDS sur le territoire, initiative encore loin d'être généralisée. Le nombre de secteurs de PDS est en diminution constante quelles que soient les plages horaires concernées. Le nombre de secteurs de PDS est passé de 1 579 à 1 442 en soirée, de 1 644 à 1 485 les week-ends et jours fériés et de 423 à 387 en nuits profondes depuis la dernière enquête. Comme seulement 6% des actes de PDSA sont réalisés en nuit profonde, la CNAM considère que l'offre correspond aux besoins constatés. La baisse du nombre de territoires concernés ne résulte toutefois pas toujours d'une baisse constatée des besoins, ce qui conduit les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM) à regretter ces re-sectorisations qui sont décorréliées de besoins de la population, mais liées à une volonté de la tutelle de réduire le nombre de gardes.

« En dehors d'un regroupement physique ou virtuel avec d'autres confrères, on voit mal comment un médecin pourrait assurer seul la continuité des soins 64 heures par semaine tout au long de l'année. Aujourd'hui, des organisations médicales informelles fonctionnent sur ce modèle, il conviendrait de les formaliser. Ces organisations doivent s'inscrire dans une coopération entre les acteurs : libéraux de premier et de second recours, établissements publics et privés et autres professionnels de santé. À défaut d'une telle organisation, il est difficile d'envisager de faire reposer la continuité des soins sur une régulation médicale telle que prônée par certains. C'est dans ce contexte que pourront s'intégrer les pistes avancées par les uns et les autres : proposer des créneaux de soins non pro-

⁹ Conseil national de l'ordre des médecins, Bilan de la permanence des soins 2018, lundi 25 mars 2019.

¹⁰ Conseil national de l'ordre des médecins, Bilan de la permanence des soins 2018, lundi 25 mars 2019.

grammés, favoriser des moyens de transport vers les médecins, généraliser le DMP [Dossier Médical Partagé], recruter des assistants médicaux, développer la télémédecine, favoriser l'exercice en lieux multiples... »

Dr François Simon président de la section exercice professionnel au CNOM

1.2.2. Le déport d'une partie de l'activité de ville sur les SAU

L'activité des urgences est une activité de proximité et les patients consultent généralement dans leur département à l'exception notable de Paris qui reçoit des patients de l'ensemble des départements d'Ile-de-France (et à un degré moindre le Val-de-Marne qui reçoit des patients du 93 et du 77). A contrario, les patients du 93 consultent davantage à l'extérieur du département qu'à l'intérieur. Globalement les CCMU1 (patients qui n'ont pas eu besoin du plateau technique) représentent 23 % de l'activité. Il existe cependant une différence majeure entre la pédiatrie (où les CCMU1 représentent de 32 % à 43% de l'activité pour les moins de 10 ans) avec l'activité adulte où la part de CCMU1 diminue avec l'âge des patients dès 45 ans, mettant à mal le mythe de la « bobologie » comme seul facteur explicatif de la très forte croissance des passages aux urgences. Néanmoins, on peut penser que ce sont plus de 20% des actes qui relèvent davantage de la consultation de ville que du service d'urgence en raison de l'absence de tout examen complémentaire (23% d'actes CCMU 1). Dès lors il y aurait un effet de substituabilité entre l'offre de soins de ville et l'accès aux services de soins non programmés.

Cette hypothèse est par ailleurs renforcée par des taux d'hospitalisation à l'issue d'un passage aux urgences qui restent faibles, bien en-deçà du quart des passages si l'on exclut les personnes âgées : de 9 à 13% pour les enfants et les adultes. Ils sont proches de 50 % pour les personnes âgées en revanche¹¹. Cet élément souligne davantage la spécificité de la prise en charge des personnes âgées que la défaillance des SAU en général.

Par ailleurs, il est fort probable que l'estimation de 20% de passages aux urgences qui relèveraient d'une consultation de ville soit sous-estimée : cette estimation repose sur la part relative des CCMU 1 (23%) notamment par rapport à la catégorie des CCMU 2 (69%)¹². Lors d'une consultation aux urgences, contrairement à une consultation généraliste de ville, l'objectif est d'éliminer le diagnostic grave par le recours aux examens complémentaires réalisés à l'aide du plateau technique, il y a donc probablement un biais inflationniste sur les examens complémentaires comparativement à une consultation en ville où le médecin, pour éliminer le diagnostic de gravité, a tendance à fixer un délai au-delà duquel, si les symptômes persistent, il conviendra de revenir le consulter, ou de

¹¹ Commission Régionale d'Experts Urgence, *Activité des services d'urgence d'Ile de France*, rapport ARS Ile de France, 2017, p. 3.

¹² Commission Régionale d'Experts Urgence, *Activité des services d'urgence d'Ile de France*, rapport ARS Ile de France, 2017, p. 51.

prescrire des examens complémentaires, de consulter un spécialiste, voire de se rendre aux urgences en dernier recours. Il en résulterait une surévaluation de la part des CCMU 2 au détriment des CCMU 1, difficile à chiffrer. Dès lors, la part des passages aux urgences qui relèveraient davantage d'une consultation de ville serait supérieure à 23%.

Au reste, plus d'un tiers des passages dans les SAU franciliens sont enregistrés entre 20h et 8h du matin, tranche horaire de la PDS qui relevait jusqu'en 2002 de la responsabilité des médecins installés en ville. La réforme du Code de déontologie médicale en 2002 a conduit de nombreux médecins libéraux de ville à se détourner de la permanence des soins car elle ne constitue plus pour eux une obligation¹³. Cette réforme a eu pour effet de reporter la charge de cette PDS de la ville sur les SAU hospitaliers en soirée et nuit entre 20h et 8h, ainsi que pendant les week-ends et jours fériés, devenus des périodes d'activité normale ce qui n'était pas le cas auparavant. Par ailleurs, parmi les médecins de ville participant à la PDSA, seuls 35% jugent que la coordination avec les SAU est satisfaisante¹⁴.

« C'est le plus souvent en semaine, dans la journée, que les patients rencontrent des difficultés d'accès à un médecin. À court de solution, ils font généralement le choix de se rendre aux urgences hospitalières, qu'ils contribuent à encombrer. L'enjeu majeur est d'améliorer l'offre à travers une meilleure organisation des professionnels et une meilleure information des patients, conditions indispensables pour répondre aux problématiques actuelles : désencombrement des urgences, maintien à domicile, réhabilitation rapide après chirurgie... »

Dr François Simon président de la section exercice professionnel au CNOM

1.2.3. La démocratisation du recours aux SAMI, MMG et SAMU-SMUR

Les Services d'Accueil Médical Initial ou SAMI, encore appelés Maisons Médicales de Garde (MMG), sont issus de la loi du 21 juillet 2009 et codifiés à l'article L6314-1 du Code de la Santé Publique. Les Maisons Médicales de Garde ont été dénommées SAMI en référence au SAMU.

En cas d'urgence de santé, en l'absence de médecin traitant, le soir, la nuit, le samedi après-midi ou les dimanche et jours fériés, les patients appellent le 15. Si l'état de santé du patient lui permet de se déplacer, les médecins l'orientent vers le SAMI le plus proche ou vers une structure de soins spécialisée. Si le patient est dans l'impossibilité de se déplacer, le centre 15 envoie un médecin au domicile ou organise une prise en charge glo-

¹³ Article R.4127-77 du code de la santé publique : « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent »

¹⁴ Conseil national de l'ordre des médecins, Bilan de la permanence des soins 2018, lundi 25 mars 2019.

bale (SAMU). L'objectif des SAMI est d'assurer les soins en dehors des heures normales d'ouverture des cabinets médicaux sans que le patient se rende aux urgences hospitalières. Cela permet également aux médecins d'assurer leurs obligations de permanence des soins dans des conditions de confort et de sécurité. Le patient est ainsi pris en charge par le médecin de garde du SAMI ce qui a pour conséquence immédiate de réduire le temps d'attente aux urgences. La Sécurité Sociale paye les médecins (rémunérés à l'acte par le SAMI, qui est remboursé par l'assurance maladie) et l'ARS rémunère les astreintes le cas échéant.

Le projet de création des SAMI a été présenté au début des années 2000 à l'ensemble des parties prenantes que sont le Conseil National de l'Ordre des Médecins, la CPAM, le Conseil Général. Le premier SAMI a ouvert à Vincennes le 1^{er} avril 2002. On dénombre aujourd'hui douze SAMI sur le territoire francilien.

On dénombre sur le seul Val de Marne environ 80 000 consultations par an dans les SAMI, avec une hausse de l'ordre de 3 à 5% par an du nombre de passages, comparable à celle de la fréquentation des SAU¹⁵. Au reste, il semble que les MMG soient perçues comme un facteur facilitant l'organisation de la PDSA du point de vue des médecins. Dans la dernière enquête du CNOM sur la PDSA en 2018, 67% des 4 973 répondants estimaient que les maisons médicales de garde facilitent l'organisation de la PDS (75% parmi les médecins exerçant dans des agglomérations de plus de 100 000 habitants), et 66% qu'elles facilitent l'exercice médical (75% également parmi les médecins exerçant dans des agglomérations de plus de 100 000 habitants). La même enquête conclut que placer des maisons médicales de garde à proximité des urgences permettrait de mieux gérer le flux des patients selon 74% des répondants. 65% des médecins estiment en outre que créer davantage de points fixes de PDS, en y associant un système de transport dédié pour le patient quand cela est nécessaire, seraient deux mesures efficaces¹⁶.

- Croissance du recours aux SAMU-SMUR

Le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) est un service hospitalier qui organise le traitement des urgences en dehors de l'hôpital. Le SAMU comprend le centre qui reçoit les appels effectués au « 15 » ou au « 112 » qu'il traite, c'est-à-dire qu'il régule les appels pour les transmettre au médecin régulateur afin qu'il apprécie la gravité de la situation pour préconiser un type de prise en charge. Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) est composé d'une équipe médicale, d'un véhicule et de matériel. Il est chargé d'intervenir à la demande du SAMU. Le SMUR peut intervenir en cas d'urgence vitale au domicile du patient, dans la rue, des espaces publics, etc. On parlera alors de « trans-

¹⁵ Source : entretien avec M. Eric Véchard, Délégué départemental de l'ARS 94, 30 juillet 2019.

¹⁶ Conseil national de l'Ordre des médecins, *Enquête du CNOM sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018*, 25 mars 2019, 66 p.

port primaire ». Il peut également être sollicité pour organiser le transfert médicalisé d'un patient d'un établissement de santé vers un autre établissement de santé. En matière de croissance du recours de la population aux soins non-programmés, les SAMU-SMUR ne sont pas en reste.

	2013	2014	2015	2016	2017	évolution
Nb sorties	107208	745299	109880	110834	110022	3%
Nb appels reçus	4198881	26488046	4289913	4703427	4547367	8%
Nb dossiers régulation médicale	1999097	14190345	2466121	2554872	2489158	20%

Évolution 2013-2017 de l'activité des SAMU-SMUR en Ile-de-France, source : SAE

En Ile de France, toutes bases confondues, mise à part une baisse en 2014, le nombre de sorties SMUR est en hausse constante depuis 2013 (premier jeu de données disponible dans la SAE) passant de 107 208 sorties SMUR en 2013 (aériennes comme terrestres) à 110 022 en 2017 (dernier jeu de données disponible dans la SAE) soit une hausse de 3% sur la période considérée. Le nombre d'appels reçus par les régulations SAMU connaît une hausse plus forte et constante depuis 2013, mis à part un creux d'activité en 2014 : le nombre d'appels reçus est ainsi passé de 4 198 881 en 2013 à 4 547 367 en 2017 soit une hausse de 8% sur la période 2013-2017. La hausse d'activité la plus forte des SAMU-SMUR concerne toutefois leur rôle de régulation médicale : le nombre de dossiers de régulation médicale ouverts est ainsi passé de 1 999 097 en 2013 à 2 489 158 en 2017 soit une hausse de 20% en 5 ans.

L'activité qui connaît la plus forte hausse est de façon très nette celle d'ouverture de dossiers de régulation médicale. C'est donc la mission de « médecin conseil de permanence » qui émerge comme le besoin de la population qui connaît la plus forte hausse. En revanche, il n'y a pas de hausse forte des sorties SMUR en transport primaire qui révéleraient une croissance des urgences vitales sur la période.

1.3. Face à la croissance de la demande de soins non programmés, la ville et l'hôpital structurent leur réponse

1.3.1. Les structures d'exercice coordonné de ville sont en essor, soutenues par les évolutions du cadre réglementaire

- Les dispositifs individuels d'aide à l'installation

Pour pallier ce creusement des écarts entre l'offre de soins qui se raréfie, et la demande de soins qui tend à croître, de nombreux dispositifs d'incitation individuels à l'installation ou au maintien d'une offre de soins ont vu le jour ces dernières années au profit d'un exercice dans les zones les plus déshéritées : le dispositif de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG) ; de Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire (PTMA) ; les

exonérations fiscales au titre de la PDSA (impôt sur le revenu, impôt sur les sociétés, contribution foncière des entreprises) ; divers dispositifs conventionnels comme le CAIM : contrat d'aide à l'installation des médecins dans des zones d'intervention prioritaire (ZIP) ; le COTRAM : contrat de transition pour prolonger l'activité des médecins en fin de carrière ; les COSCOM : contrats de stabilisation et de coordination pour inciter les médecins en ZIP à maintenir leur activité dans ces territoires ; les Contrats d'engagement de service public (CESP) pour les étudiants en médecine... Ce panel de dispositifs ne suffit pourtant pas à endiguer la polarisation des installations de médecins autour de grands centres, non plus que l'écart croissant entre demande de soins et offre.

- Essor des Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP)

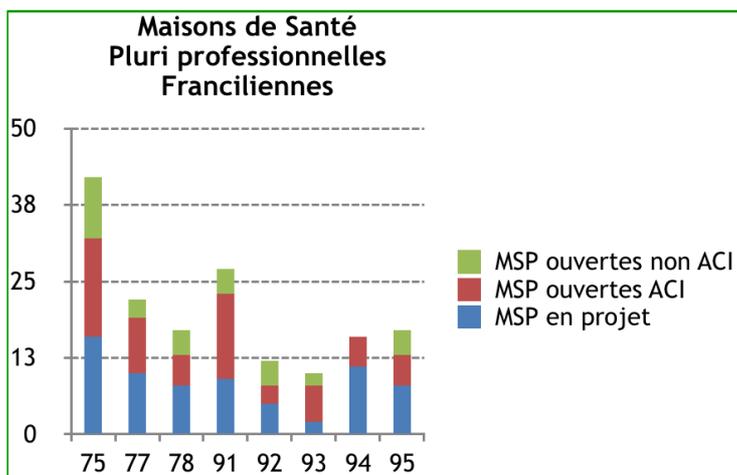
Les maisons de santé ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007¹⁷ pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif. Les MSP sont des structures pluri professionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les MSP sont des structures d'exercice coordonné de professionnels de santé libéraux le plus souvent portées par la forme sociale des Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA). Si aucune autorisation n'est nécessaire pour ouvrir une MSP, il est nécessaire, pour être reconnu par l'Agence de Régionale de Santé (ARS) et bénéficier de financements publics, de répondre à un cahier des charges dressé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et éventuellement aussi à des spécificités régionales décidées par l'ARS compétente. Ces structures sont néanmoins relativement complexes et longues à mettre en place car elles supposent de créer plusieurs structures juridiques : une première portant l'acquisition du foncier, une seconde permettant la coordination entre les professionnels de santé libéraux, et une structure proprement dédiée à l'exploitation du centre. Le délai moyen de création est estimé entre 3 et 5 ans.

Outre le cadre juridique incitatif (pas d'autorisation préalable, incitation à l'exercice coordonné de professionnels de santé de ville et à la dimension pluri professionnelle), il existe des dispositifs de financement incitatifs *via* un certain nombre d'aides publiques locales, européennes, départementales, régionales ou nationales. Sans constituer à proprement parler des aides, les nouveaux modes de rémunération (NMR) ont été expérimentés dans les MSP en complément du paiement à l'acte des professionnels de santé pour valoriser la prise en charge coordonnée dans ce type d'exercice. Il s'agissait d'un forfait, spécifique pour les MSP, complémentaire à la rémunération à l'acte des professionnels libéraux, qui pouvait être accordé à une MSP en tant que structure (et non à titre individuel pour les professionnels de santé qui y exercent) si celle-ci respectait un certain nombre d'engagements et d'objectifs. Les engagements socle (obligatoires) concernaient : l'amplitude horaire pour l'accueil des patients ; l'accueil de quotidien de soins non programmés ; l'or-

¹⁷ Loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007

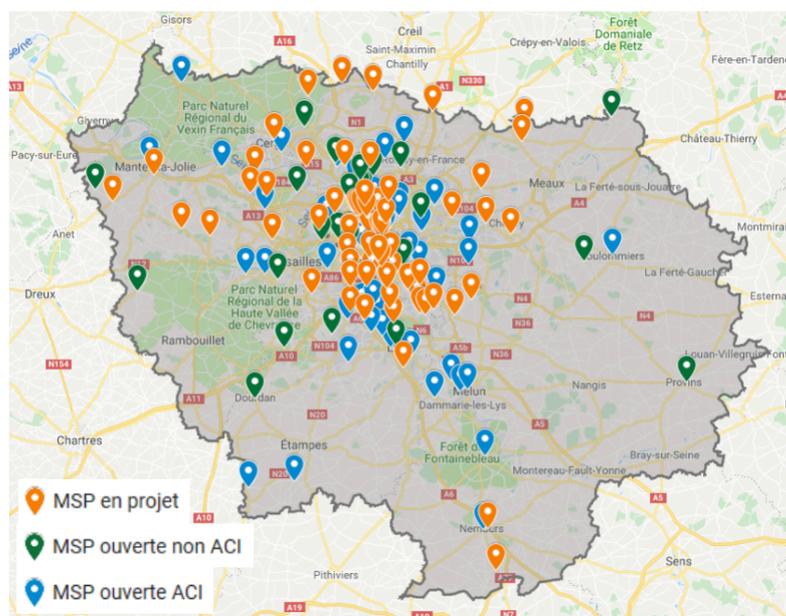
ganisation de la coordination avec un responsable identifié (accueil, information) ; l'équipement en système d'information labellisé pour les dossiers des patients...

Les NMR étaient spécifiques aux MSP avant la signature de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), qui permet désormais aux professionnels de santé qui exercent dans tout type de structure d'exercice pluri-professionnel sous la forme juridique d'une SISA de pouvoir bénéficier d'une rémunération bonifiée. Cette convention ACI a permis une inclusion plus large des MSP, et des centres de santé. De fait, on observe depuis ces récentes évolutions du cadre juridique et financier un essor des MSP tout comme des centres de santé en Ile-de-France.



Dépt	MSP en projet	MSP ACI	MSP hors ACI	Total général
75	16	16	10	42
77	10	9	3	22
78	8	5	4	17
91	9	14	4	27
92	5	3	4	12
93	2	6	2	10
94	11	4	1	16
95	8	5	4	17
IdF	69	62	32	163

Recensement 2019 des MSP en Ile de France, signataires et non signataires de l'ACI, source : Assurance Maladie 2019 ¹⁸

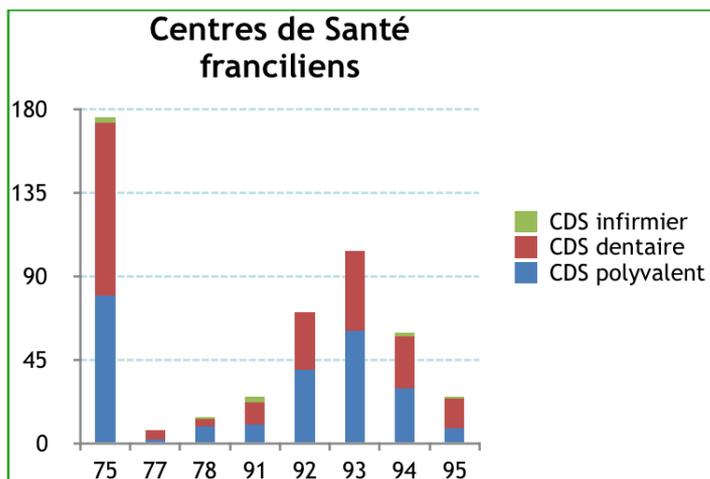


¹⁸ Assurance Maladie, Commission paritaire régionale des Structures Pluri-Professionnelles d'Île-de-France, 21 juin 2019, p. 20

- Essor des Centres de Santé (CDS)

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite HPST a conféré aux établissements de santé le droit de créer et de gérer des centres de santé. Parmi les caractéristiques des CDS, on relèvera que les médecins qui exercent en leur sein sont salariés, installés en secteur 1, que leurs actes sont facturés et perçus directement par le centre qui pratique le tiers payant¹⁹.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a mis l'accent sur la promotion des soins primaires et l'incitation à la structuration des parcours de santé en créant des équipes de soins qui pourront prendre la forme de centres de santé²⁰. Les CDS sont éligibles à l'ACI, aux mêmes conditions que les MSP, et peuvent en outre bénéficier d'un certain nombre de financements publics : aides à la création, aides au démarrage, aides à l'investissement... Les aides versées par les ARS aux CDS comprennent notamment un volet de financement d'études de diagnostic territorial et de faisabilité.



Dépt	CDS polyvalent	CDS dentaire	CDS infirmier	Nombre de CDS/Dépt
75	80	93	3	166
77	2	5	-	7
78	9	4	1	14
91	10	12	3	25
92	40	31	-	71
93	61	43	-	104
94	30	28	2	60
95	8	16	1	25
IdF	240	222	10	472

Recensement 2019 des CDS en Ile de France, source : Assurance Maladie 2019 ²¹

L'assouplissement du cadre juridique applicable aux CDS et la possibilité donnée aux EPS de gérer des CDS, tout comme les évolutions du cadre de financement (diversité des aides, importance des montants aujourd'hui versés par les ARS, accompagnement de la construction du projet, notamment sur le modèle économique du CDS) visent à favoriser l'essor des CDS et ainsi à mieux répondre à la demande de soins de ville, notamment en permettant d'accueillir quotidiennement des soins non-programmés : paramètre déterminant dans le déblocage des aides.

¹⁹ Article L. 6323-1-7 de l'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 *relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé*

²⁰ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 64 créant l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique

²¹ Assurance Maladie, *Commission paritaire régionale des Structures Pluri-Professionnelles d'Ile-de-France*, 21 juin 2019, p. 19.

Les aides financières aux centres de santé en quelques chiffres²² :

Sur près de 7,2 M€ versés en 2016 par les ARS aux centres de santé en France, près de 6,2 M€ l'ont été en faveur des centres pluri professionnels (97 centres, soit en moyenne près de 300 K€ / centre).

Plus de 67 % de cette somme (4, 825 M€) a financé des actions de prévention qui, pour la quasi-totalité (4, 818 M€) a été versées en faveur de 33 centres pluri professionnels, soit une moyenne de 146 000€/site

400 464 € ont été versés dans le cadre de l'aide au financement des systèmes d'information de 32 centres, dont 25 pluri professionnels

Le solde des aides financières concerne le financement de programmes d'ETP (630 K€ pour 28 centres), l'éducation et la promotion de la santé (593,5 K€ pour 8 centres), l'aide au fonctionnement (502,4 K€ pour 16 centres), à l'équipement (229 K€ pour 5 centres), à l'ingénierie et aux protocoles entre professionnels (7 K€ pour 2 centres)

- Les CPTS : un nouvel outil de partenariat ville-hôpital

Les CPTS visent à favoriser la coordination des acteurs de santé quel que soit leur statut. Le déploiement de 1 000 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé sur tout le territoire national et l'une des mesures emblématiques du plan « Ma Santé 2022 ». L'article L. 1434-12 al. 1^{er} du CSP leur assigne comme objet d'assurer une « *meilleure coordination des actions des professionnels de santé et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé* ». Les CPTS sont bien un nouvel outil légal visant à améliorer la coopération ville-hôpital.

La CPTS réunit ainsi des professionnels, qu'ils soient organisés en maison, centre de santé, ou encore en cabinets mono-professionnels. Il s'agit d'un mécanisme visant à « *structurer un offre ambulatoire coordonnée sur les territoires* ». La CPTS est plutôt une initiative des professionnels de ville²³. Néanmoins un établissement partie d'un GHT peut être membre d'une CPTS²⁴.

Les missions socles des CPTS confirment les enjeux d'organisation de l'offre de soins pour pallier la croissance de la demande, la baisse de l'offre et le recours croissant aux soins non programmés. Celles-ci sont aux termes de l'article L. 1434-12 al. 1^{er} du CSP :

²² DGOS, Observatoire des centres de santé – 57^{ème} congrès des centres de santé, 6 octobre 2017, p. 19.

²³ ARS IDF, *Guide relatif aux CPTS en Ile-de-France*, octobre 2017, Fiche n° 6 : Organiser la gouvernance

²⁴ *Ibid.*, Fiche n° 9 : « Financer la CPTS »

- L'amélioration de l'accès aux soins : faciliter l'accès à un médecin traitant, améliorer l'accès à des soins non programmés en ville et développer le recours à la télé santé (déploiement dans les 18 mois suivant l'adhésion) ;
- L'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient : continuité des soins, partage d'informations...;
- Le développement d'actions territoriales de prévention adaptée aux besoins spécifiques du territoire.

L'accompagnement financier consenti aux CPTS incite lui aussi à une coordination de la médecine de ville notamment en matière de réponse à la demande de soins non programmés, avec une rémunération à la performance. Les CPTS disposent d'une part d'un financement fixe au regard des moyens déployés et d'une part variable de financement selon les résultats atteints. Des financements complémentaires peuvent être accordés en cas de perte d'activité liés à la mise en place d'une activité de soins non programmés ou encore en cas de mutualisation entre plusieurs CPTS des fonctions de régulation téléphonique des demandes de soins non programmés (pouvant atteindre 70 000 €).

À côté de ces évolutions du cadre légal et réglementaire, des initiatives expérimentales sont à signaler. Du côté de la ville, un certain nombre de professionnels libéraux réinstaurent une PDSA pour améliorer la réponse aux besoins de santé sur leur territoire. Ailleurs, des médecins libéraux participent à la régulation de la demande de soins ambulatoire. D'autres encore, instaurent des plages de consultations sans rendez-vous pour répondre à la demande de soins non programmés, pratiquent la télémédecine ou la télé expertise...

« Les patients peuvent appeler le cabinet dès 8 h du matin et venir sans rendez-vous durant la matinée. L'après-midi est réservé aux consultations programmées. Durant la pause déjeuner, un médecin répond aux appels, la secrétaire étant absente pendant une heure. À 19 h, le cabinet ferme, mais nous avons un « portable de garde » et nous répondons aux appels chacun notre tour afin de réguler les demandes de soins et, si besoin, recevoir les patients avant que la PDS commence à 20 h. Chaque médecin associé effectue aussi des visites à domicile. Pour ma part, je les fais de 13 h à 15 h 30. Notre système informatique nous permet aussi de partager les dossiers des patients. Durant les congés, si nous n'avons pas de remplaçant, l'un des médecins reçoit les patients. La continuité des soins est ainsi assurée. »

Dr Maryline Mazé, médecin généraliste à St Renan, Finistère

1.3.2. Des structures originales sont expérimentées par certains hôpitaux franciliens

- Les centres de soins urgents du Groupement Hospitalier Nord Essonne (GHNE)

En 2024, les services de MCO et les maternités du GHNE seront regroupées sur le plateau de Saclay dans un nouvel hôpital ; pour maintenir l'accès aux soins de proximité, trois centres de consultations et de soins urgents (CCSU) seront ouverts à Longjumeau, Juvisy et à Sainte-Geneviève-des-Bois. L'objectif est d'assurer un accès aux soins primaires non programmés et territorialisés pour les patients, en relai de l'hôpital de Saclay dont ils continueront de dépendre. Un premier centre expérimental a ouvert ses portes sur le site de Longjumeau en décembre 2017. Le centre est ouvert tous les jours du lundi au dimanche de 10h à 22h. Une IDE et deux médecins y travaillent quotidiennement, avec la particularité du binôme entre un médecin généraliste et un médecin urgentiste. Le travail conjoint de la médecine de ville et de la médecine hospitalière est donc un axe fort du CCSU. Le CCSU reçoit des patients adultes et enfants redirigés par l'IAO des urgences de l'hôpital de Longjumeau. Ils ont alors soit accès à une prise en charge immédiate, soit à un rendez-vous quelques heures après. Le patient est alors à nouveau examiné par l'IDE du CCSU puis pris en charge médicalement par un des deux médecins. Il peut alors se voir prescrire des examens complémentaires (biologie, examens radiologiques etc.). Le bilan à un an du CCSU est très positif, avec 15 000 passages adultes et enfants après la première année d'ouverture, soit 15 000 passages en moins aux urgences de Longjumeau donc un réel effet de réduction du flux à prendre en charge par les médecins. Les enquêtes de satisfaction réalisées auprès des patients sont également positives : les points appréciés sont les délais courts de prise en charge et la disponibilité des personnels. Il semble enfin que le CCSU soit un facteur d'attractivité médicale puisqu'une équipe de 22 praticiens salariés urgentistes et libéraux généralistes a rapidement été constituée. Les deux motifs d'attractivité invoqués par les médecins sont la rémunération pour les médecins salariés, et la formation pour les médecins libéraux qui apprécient de travailler en binôme avec un urgentiste, alors même que leur rémunération n'est pas supérieure à celle qu'ils pourraient avoir dans leur exercice en cabinet.

- L'expérimentation du premier centre de téléconsultation au CHI de Créteil (LIVI)

Le CHI de Créteil, établissement support des Hôpitaux Confluence (ex GHT 94 Est dont le CHIV est le second établissement) a inauguré le 14 février 2019 le premier centre de téléconsultation implanté dans un hôpital en France, en mettant à disposition de la société LIVI un local à l'entrée de l'établissement. L'objectif initialement poursuivi était de permettre par cette nouvelle possibilité offerte au patient, de désengorger les urgences si le patient jugeait l'attente trop longue et qu'une téléconsultation de médecine générale pouvait répondre à son besoin.

« Nous avons souhaité ajouter une brique véritablement nouvelle à toutes les initiatives existantes ; avec LIVI, dans le respect du libre choix du patient, nous proposons une solution qui permettra de venir désengorger des urgences saturées, tout particulièrement en cette période épidémique. » Il s'est dit « très enthousiaste à l'idée des nouvelles perspectives que va permettre cette solution ».

Jean Bernard Castet, Directeur Général Adjoint, lors de l'inauguration du centre LIVI, le 14 février 2019

L'expérimentation n'a toutefois pas rencontré le succès escompté en termes d'affluence (à peine une dizaine de visites en trois mois) et la décision du Conseil d'État²⁵ d'interdire le remboursement des télé consultations LIVI a conduit à délaisser le centre de téléconsultation comme perspective de tarissement du flux au SAU.

- Autres initiatives de l'ARS sur le territoire val de marnais

Dans le Val de Marne, l'ARS est également à l'origine de différentes initiatives qui visent à appuyer les projets de la ville comme de l'hôpital pour garantir un niveau suffisant d'offre de soins et une juste gradation des soins, le tout dans un contexte de rareté de la ressource médicale. Ainsi le service *Initiative Territoire* a-t-il instauré la mise à disposition aux médecins souhaitant s'installer en ville d'une chargée de mission (financée par l'ARS) qui prépare tout l'accompagnement administratif, juridique et financier, nécessaire à l'installation en cabinet pour un professionnel de ville.

Pour répondre à la croissance forte du recours aux soins non programmés d'urgence, l'ARS a en outre instauré la possibilité pour des médecins libéraux de prendre part à la régulation du SAMU sur les horaires de PDS. Ces derniers sont rémunérés par l'ARS sur la base d'une continuité des soins.

En outre, l'ARS Ile de France accompagne les projets de création de structures d'exercice coordonné de ville, notamment par une expertise technique et des aides financières. Le Délégué Départemental de l'ARS 94, M. Eric Véchard rappelle ainsi que « *l'Agence reçoit les porteurs de projets ou d'initiatives, accompagne la réflexion et oriente vers des prestations intellectuelles (pour l'élaboration du diagnostic territorial ou du projet de soins par exemple) et ouvre des financements pour ces études allant jusqu'à 30 000 euros, plafonnés à 50% du prix [...]*

Il est également aujourd'hui possible de bénéficier de financements pour un investissement immobilier d'acquisition, ou de rénovation allant jusqu'à 500 000 euros, avec l'aide au démarrage pour les Centres de Santé par exemple [...] Concernant les professions libérales installées en maison de santé, l'ACI offre aujourd'hui des perspectives financières bien plus confortables que par le seul paiement à l'acte. »²⁶

Le constat de la croissance sensible de la part du recours aux soins non programmés dans la hausse de la fréquentation des urgences – notamment par des pics importants de

²⁵ Conseil d'Etat, ordonnance de référé, 29 mai 2019, « Association DigiSanté »

²⁶ Entretien avec Eric Véchard, Délégué Départemental du Val-de-Marne, le 30 juillet 2019.

fréquentation l'hiver (entre novembre et mars) – ainsi que celui de la raréfaction de la ressource médicale, sont des contraintes exogènes fortes sur les EPS qui n'épargnent pas l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges. Au reste, comme cela a été montré, ces problématiques tendent à se territorialiser et concernent le premier recours de ville et pas uniquement les hôpitaux. Le CHIV a décidé d'engager une réflexion sur les outils que l'hôpital pourrait inventer pour agir en amont de ces contraintes, dans une optique qui n'est plus hospitalo-centrée mais véritablement territorialisée. C'est ainsi qu'a émergé le projet de créer un centre de santé hospitalier de ville. L'idée est d'expérimenter un nouvel outil qui permette aux EPS d'agir à la fois sur la contrainte liée aux flux de patients non programmés et d'introduire davantage de souplesse dans la gestion de la ressource médicale pour mieux s'adapter à sa raréfaction et aux attentes des professionnels de santé.

2. LA CRÉATION D'UNE STRUCTURE DE SOINS DE VILLE PAR LE CHI DE VILLENEUVE-SAINT-GEORGES : UN OUTIL DE RÉPONSE UNIQUE À DES ENJEUX CROISÉS VILLE-HOPITAL

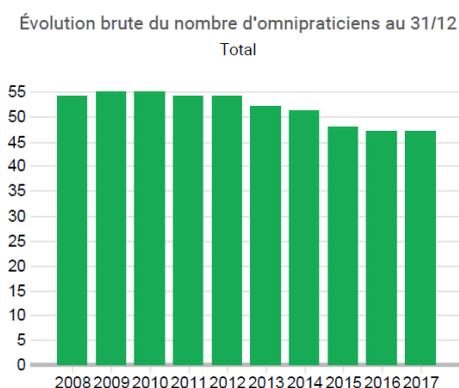
2.1. L'implantation d'une structure de soins non programmés répondrait à des enjeux forts du territoire et des enjeux stratégiques pour l'hôpital

2.1.1. L'accès aux soins : un enjeu fort en nord Essonne

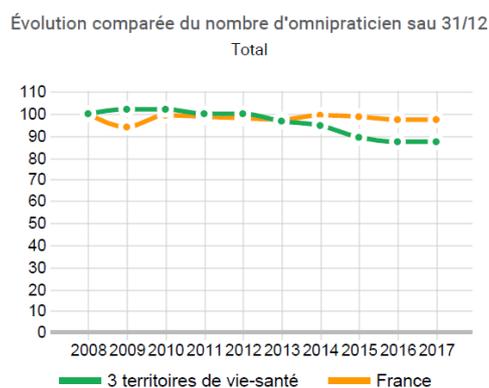
- Un territoire marqué par une insuffisance de l'offre

Le CHIV est implanté sur la commune de Villeneuve-Saint-Georges qui relève du département du Val de Marne, mais à la frontière nord de l'Essonne : département où la densité médicale est parmi les plus faibles d'Ile de France [Diagnostic territorial de l'offre de soins, annexe 1]. De fait, la zone d'influence du CHIV s'étend du sud du Val de Marne au Nord de l'Essonne. Le CHIV étant en GHT avec l'hôpital intercommunal de Créteil, ses objectifs stratégiques consistent davantage – dans une optique GHT – à conquérir des parts de marchés dans le nord de l'Essonne que le sud du Val de Marne.

Dans la mesure où la proximité géographique est le principal critère de choix d'un SAU par les patients, les habitants des trois communes limitrophes Villeneuve-Saint-Georges, Montgeron et Crosne constituent les principaux flux de passages non programmés au SAU de Villeneuve-Saint-Georges. Le diagnostic territorial de ces trois communes (ou *territoires vie santé*) révèle que l'offre de soins libérale se caractérise par une baisse sur les dernières années et par une insuffisance au regard de comparaisons nationales.



Source : FNPS

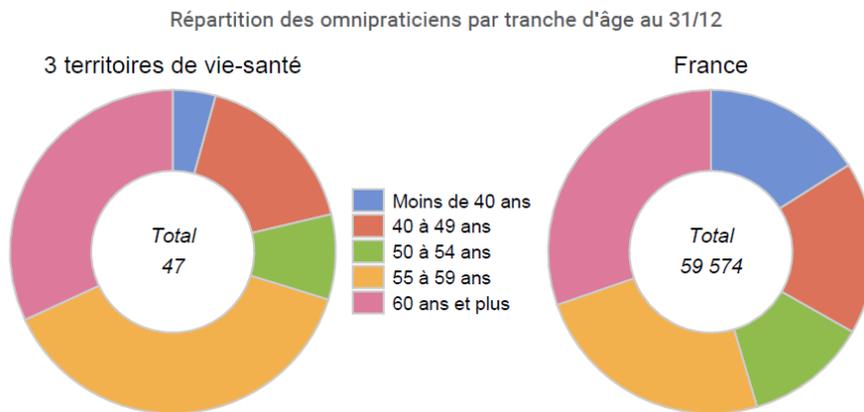


Source : FNPS

Évolution de la densité d'omnipraticiens au 31/12 pour 10 000 hab.

Source : AtlaSanté, juin 2019

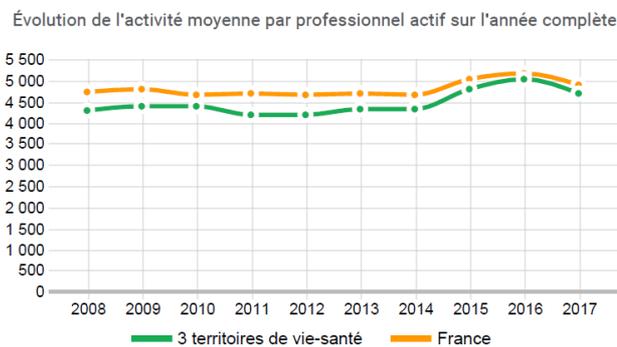
Les omnipraticiens s'avèrent en outre être plus âgés, et globalement proches de la retraite dans ces trois communes, dans une proportion nettement supérieure aux standards nationaux.



Source : FNPS - 2017

Source : Atlasanté, juin 2019

Au reste, l'activité moyenne réalisée par médecin généraliste sur ces trois territoires décroît également dans des proportions plus importantes qu'au plan national.



Activité moyenne par professionnel actif sur l'année complète

Indicateurs	3 territoires de vie-santé	France
Activité moyenne par généraliste	4 680	4 905

Source : SNDS

Source : Atlasanté, juin 2019

La commune de Villeneuve-Saint-Georges dispose cependant d'une offre de soins riche en dehors des médecins généralistes libéraux : d'abord avec l'hôpital intercommunal qui dispose d'une offre MCO avec une activité qui croît de 4% par an, ensuite avec la polyclinique de Villeneuve-Saint-Georges du groupe Ramsay Générale de Santé, établissement MCO qui accueille un SAU et une activité de consultation non-programmée depuis le 12 mars 2018²⁷. Enfin, le centre de santé municipal Henri-Dret propose des consultations notamment sans rendez-vous en médecine générale, phlébologie, gynécologie, dermatologie, ORL, soins dentaires ainsi qu'une offre de soins infirmiers et de laboratoire d'analyses biologiques. À l'inverse, les communes de Montgeron et Crosne ne disposent d'aucune offre médicale en dehors de la médecine de ville, le centre de santé municipal Aimé

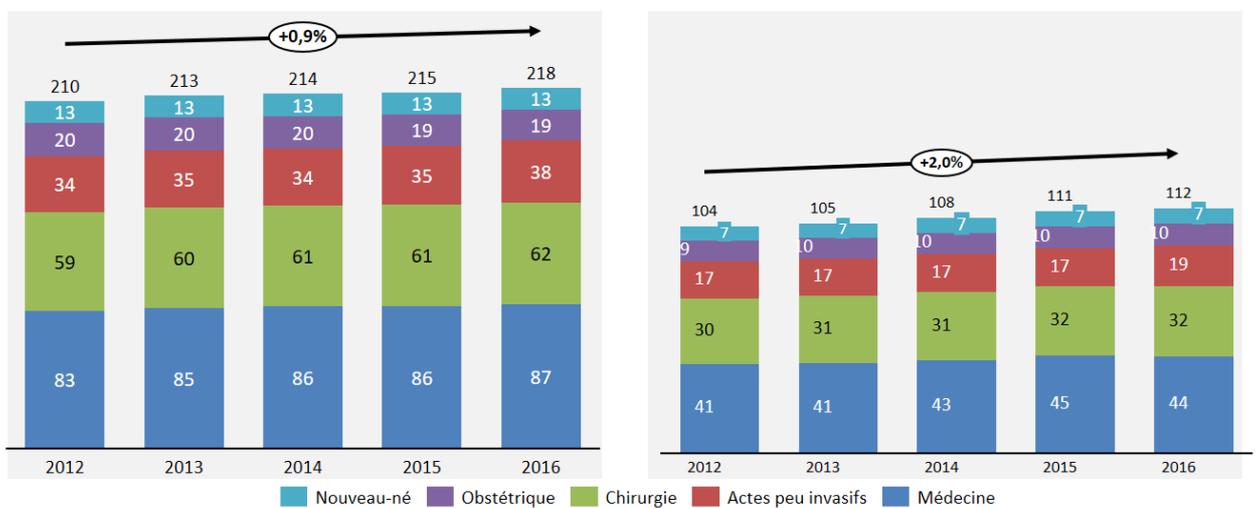
²⁷ Charlotte Folana, « Villeneuve-Saint-Georges : la clinique ouvre un nouveau service de consultation sans rendez-vous », *Le Parisien*, 3 mai 2019

Césaire de Montgeron étant un centre médico-social ne proposant pas de consultations médicales.

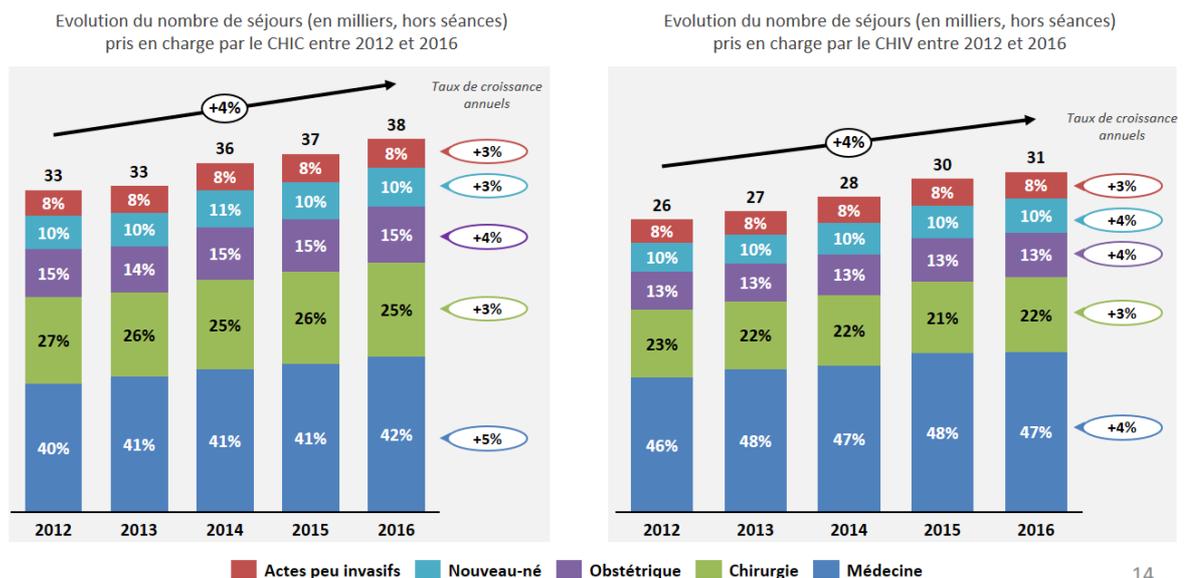
- Une demande de soins en hausse constante

La zone d'attractivité du GHT, comprend 45 communes et plus de 1,2 millions d'habitants. Environ 8 000 patients supplémentaires ont été pris en charge sur chaque bassin²⁸. La demande de soins est plus importante mais progresse faiblement sur

la zone de Créteil : +0,9% par an en moyenne. La demande progresse plus rapidement sur la zone de Villeneuve-Saint-Georges : + 2% par an en moyenne. Le nombre de séjours des patients accueillis au CHIC a augmenté de 4% par an entre 2012 et 2016. Le nombre de séjours des patients accueillis au CHIV a augmenté de 4% par an entre 2012



et 2016²⁹.



²⁸ Source : Projet Médical Partagé du GHT 94 Est (Hôpitaux Confluence), avril 2019, p.13

²⁹ Source : Projet Médical Partagé du GHT 94 Est (Hôpitaux Confluence), avril 2019, p.14.

2.1.2. La gestion d'une structure de soins non programmés : outil stratégique d'implantation territoriale pour le CHIV et de lissage des flux de patients

La création d'une structure de soins non programmés en dehors du site principal du CHIV répond à différents enjeux stratégiques pour l'établissement. En effet, l'implantation d'une structure de consultations dans un territoire présentant à la fois une faible densité médicale et une faiblesse relative des parts de marché constitue un levier de recrutement de patients, de hausse de la part d'activité programmée pour l'hôpital et de potentiel gain de parts de marché.

Au reste, les plages horaires d'ouverture en soirée, l'équipement en plateau technique léger (échographe, radio, panoramique dentaire, prélèvements), la tarification secteur 1 et la pratique du tiers payant peuvent permettre de réduire nombre de passages aux urgences du CHIV. L'exemple du CCSU de Longjumeau nous montre comment il est possible de rediriger 15 000 patients par an depuis les urgences, vers une consultation à rendez-vous court ou sans rendez-vous lorsque leur état de santé ne justifie pas un passage aux urgences mais une simple consultation médicale. L'hôpital Saint Joseph à Paris a déjà adopté ce mode de fonctionnement de redirection de patients par l'IAO des urgences vers une consultation dans ses centres de santé. Ce sont ainsi chaque semaine entre 40 et 60 patients qui sont réorientés vers le centre de santé de l'hôpital³⁰. Le centre de santé pourrait ainsi constituer un levier de lissage de l'afflux aux urgences par un maillage suffisant de l'offre de soins y compris non programmés en amont d'un éventuel passage aux urgences.

Le centre de santé peut encore être un moyen de raccourcir les délais de rendez-vous en consultation de spécialistes – qui s'établissent souvent à plusieurs semaines, voire plusieurs mois à l'hôpital – par un déport sur des consultations dans le centre de santé, sur rendez-vous cette fois, et ainsi lisser les flux d'activité entre la consultation hospitalière et de ville. En effet, il est tout à fait possible d'organiser le fonctionnement du centre avec à la fois des consultations sans rendez-vous et des plages de consultations avec des rendez-vous programmés (*Doctolib* ou *Keldoc* sont des outils qui permettent d'organiser facilement ce fonctionnement). Il s'agit également d'un confort supplémentaire apporté aux patients par la réduction des délais de rendez-vous, l'économie de formalités administratives lourdes à l'hôpital pour un simple suivi médical, ou encore par le bénéfice de plages horaires dédiées aux consultations sans rendez-vous du centre.

³⁰ Entretien avec Bernadette Dureau, Directrice des parcours patients à l'hôpital Saint Joseph, le 25 juillet 2019.

2.1.3. La gestion d'une structure de soins non programmés : une réponse à l'impossible attractivité médicale pour le CHIV

- Le marché du recrutement médical : les écarts à la règle sous l'effet de la concurrence

La problématique touche de plus en plus d'EPS, et les Directions des affaires médicales des CH implantés dans des territoires peu attractifs se retrouvent prises au piège d'un jeu extrêmement concurrentiel pour recruter les médecins. Un directeur des affaires médicales de CH explique ainsi que dans la plupart des cas, les candidats qu'il rencontre ciblent les EPS mais qu'il y a peu de candidats qui prospectent à la fois dans le privé lucratif et les EPS, ce ne sont pas les mêmes profils de candidats. Le principal objet de négociation concerne la rémunération, notamment pour les spécialités en tension comme l'anesthésie, la radiologie, l'oncologie ou encore les urgences. Les candidats qui ont parfaitement conscience de la raréfaction de la ressource médicale arrivent avec des prétentions salariales ou statutaires élevées voire démesurées au motif que leur spécialité est rare... et donc chère. Les demandes abusives et non réglementaires touchent aujourd'hui tous les recrutements, y compris ceux des médecins étrangers. Un directeur des affaires médicales de CH raconte ainsi : « *un praticien étranger qui venait d'obtenir sa PAE a formulé la demande d'être recruté sur un statut de praticien attaché 12^{ème} échelon – l'échelon maximal – au lieu du 1^{er} échelon comme ce qui est prévu, et d'avoir un avancement à l'ancienneté au fil des ans* ». Ces demandes touchent tous les statuts aujourd'hui, pour les recrutements de praticien hospitalier contractuel « *les candidats demandent aujourd'hui quasi-systématiquement à être recrutés sur l'échelon maximal PHC 4 + 10%... Il a fallu s'aligner sur les pratiques des établissements voisins pour rester compétitifs dès lors on accepte ces demandes aujourd'hui, mais on encadre le dispositif car le poste de PHC est toujours un pré-recrutement pour un poste de PH titulaire derrière.* ». De plus en plus de FFI qui n'ont pas passé leur PAE demandent aujourd'hui à être recrutés sur le statut de praticien attaché « *j'ai aussi eu le cas d'un candidat à un poste de praticien attaché qui était un médecin étranger qui n'avait pas validé sa PAE mais que son hôpital avait pourtant fait passer sur un statut de praticien attaché... en toute illégalité. Nous avons choisi dans notre CH de couper la poire en deux en proposant aux FFI qui n'ont pas leur PAE mais qui ont pour projet de la passer, s'ils donnent satisfaction dans leur service, de les rémunérer sur une grille de praticien attaché mais sans leur donner le statut, cela les incite à valider leur PAE* ». Les CH se retrouvent parfois pris au piège de jeux d'enchères déloyales. « *Je me souviens d'un médecin qui travaillait au CH de X en médecine polyvalente, qui postulait sur un poste aux urgences de notre CH. Il s'agissait d'un médecin étranger qui avait sa PAE en médecine générale depuis 2 ans et qui était échelon 6, ce qui est déjà un échelon très élevé au regard de sa situation. Il réclamait un échelon 12 ce qui était un échelon trop élevé sur un poste d'urgentiste alors que sa PAE était en médecine générale. Nous étions prêts à consentir un échelon 7 et il a mis un terme brutalement aux négociations, une fois qu'il a obtenu de son établissement d'origine de passer sur un échelon 8. La discussion avait pour unique objet de faire pression sur son hôpital.* »

Les médecins candidats au recrutement peuvent également, outre la rémunération, avoir des demandes qui concernent leurs conditions d'exercice. *« Il n'est plus rare aujourd'hui que les candidats postulent sur un poste à 100% mais demandent à exercer à temps partiel, voire à mi-temps tout en étant payés 100%, parce que certains EPS acceptent ces montages, il n'est pas rare que les CH alentours acceptent pour des quotités de travail de 80% ou 90% payées 100% si cela leur permet de recruter le médecin »*. Il y a même des situations d'illégalité totale dans certains établissements avec des montages mis en place par les médecins eux-mêmes *« On s'est aperçu qu'un médecin travaillait à 150% sur deux établissements du GHT : 100% sur un hôpital et 50% sur l'autre... Il travaillait sur ses repos de sécurité. C'est en réalisant un trombinoscope médical de GHT que le bureau des affaires médicale s'est aperçu qu'il travaillait dans les deux hôpitaux. »*. Pour le directeur, il ne faut pas céder à la pression de ce jeu concurrentiel et *« bien cerner les atouts de l'établissement et les motivations de la personne, recruter coûte que coûte n'est pas un pari d'avenir, il faut savoir passer à côté de certains recrutements »*. Il ajoute que *« Les médecins à l'hôpital ont l'habitude d'être recrutés mais pas sélectionnés, les seuls à avoir l'habitude d'être sélectionnés sont les universitaires et dans une moindre mesure, les PH... dès lors ils semblent pris de court quand je leur demande les projets médicaux qu'ils souhaiteraient porter dans l'hôpital, le vrai sujet du recrutement est essentiellement la rémunération »*. Il ne compte plus les interpellations orales du type *« je gagne moins que ma femme de ménage »* ou par écrit les demandes lapidaires *« bonjour je ne gagne pas beaucoup, est ce que je peux passer échelon 10 ? »*.

- Le CHIV fait face à des difficultés croissantes de recrutement médical

Le CHIV fait face à des difficultés croissantes de recrutement médical qui se traduisent notamment dans les dépenses d'intérim de l'établissement. On constate au reste une polarisation de ces difficultés de recrutement autour de deux spécialités sur lesquelles l'établissement ne parvient pas à être attractif : l'anesthésie et les urgences. Les dépenses d'intérim du CHIV sont ainsi passées de 286 306,38 € en 2015 à 836 928,47€ en 2018. Si les dépenses d'intérim étaient quasiment à parité entre l'anesthésie et les urgences autour de 130 000 € en 2015, la part de l'intérim médical pour les urgences devient prépondérante : elle est proche de 300 000 € pour les urgences en 2018 contre un peu plus de 200 000€ pour l'anesthésie. Les dépenses globales d'intérim médical du CHIV ont été multipliées par 3 en 3 ans. Le recours à l'intérim médical touche beaucoup moins l'établissement support du GHT, le CHIC déboursant 200 000 €. L'enveloppe consacrée à l'intérim médical au niveau du GHT dépasse le million d'euros chaque année et connaît une croissance très dynamique au CHIV. Le nombre de FFI a quant-à lui presque doublé entre novembre 2016 et novembre 2019 passant de 30 à 53 en trois ans.

Au CHIV, à l'heure actuelle la Direction des Affaires médicales estime que ce sont 8 à 10 postes de médecins seniors qui manquent en permanence (PH ou Assistants) et qui contraignent l'établissement à recourir à l'intérim médical. Cette problématique ne touche

pas que l'établissement, elle touche tout le territoire, bien que les établissements puissent disposer d'une attractivité différenciée comme le montrent les différences de recours à l'intérim médical au sein d'un même GHT dans le cas du CHIC et du CHIV.

Face à la difficulté de recruter des médecins au CHIV, il est nécessaire de s'intéresser aux attentes des praticiens hospitaliers comme des futurs médecins, pour comprendre les critères de choix d'installation de façon à y répondre au mieux. L'étude des dernières enquêtes sur les attentes des médecins ou encore sur les déterminants à l'installation permet cerner les marges de manœuvre du CHIV pour attirer les médecins malgré la faible attractivité du territoire mise en évidence dans le diagnostic territorial.

Le CNOM a réalisé une importante enquête auprès de ses membres « Ce que veulent les médecins » dans le cadre du projet de loi « Ma Santé 2022 » dont les conclusions sont saisissantes³¹. A la première question « Dans le cadre du grand débat national, quel message voudriez-vous porter en tant que médecin ? » les trois tendances fortes qui émergent dans les contributions sont premièrement « réformer prioritairement l'hôpital, la médecine de ville et la coopération entre les deux » pour 36% des répondants ; « apporter des solutions aux problématiques d'accès aux soins » dans 20% des réponses et enfin « mettre fin à la surcharge administrative » pour 18% des sondés. Les pistes de réponses proposées dans les contributions sont également très riches d'informations quant-aux attentes des médecins. Ainsi, les médecins répondants apparaissent convaincus de l'intérêt d'un exercice plus coordonné voir mixte entre la médecine de ville et la médecine hospitalière – y compris en matière de PDS – pour améliorer d'une part le fonctionnement du système de santé et leurs conditions d'exercice d'autre part. Parmi les préconisations mises en exergue dans la synthèse de l'enquête beaucoup convergent en ce sens : « *Le système doit être en collaboration permanente médecin généraliste-hôpital de ville et CHU.* » ; « *Améliorer le système des gardes, afin de désencombrer les services d'urgences hospitaliers, saturés et trop sollicités pour des motifs qui pourraient et devraient être pris en charge hors hôpital.* » ; « *C'est tout le système de soin qu'il faut réorganiser, de la ville à l'hôpital et dans les soins de suite. Cela débute par une revalorisation de la médecine de ville, afin de la rendre attractive, efficiente et de désengorger les hôpitaux.* » ; « *Il faut que les médecins puissent se rencontrer plus souvent afin d'améliorer leurs échanges car les moyens actuels sont impersonnels et que paradoxalement il n'y a pas de liens corrects entre le service public et les médecins libéraux.* » ; « *Dans les déserts médicaux, incitations à l'installation en médecine générale d'autant qu'elle devient pluri-disciplinaire à travers les maisons médicales avec des aides fortes (financières, fiscales...) et une promotion des pratiques souples de mi-temps hôpital/ville.* »

Une enquête relative aux déterminants à l'installation des jeunes médecins a par ailleurs été réalisée par la Commission des jeunes médecins du CNOM en avril 2019 qui s'inté-

³¹ Conseil National de l'Ordre des Médecins, Grand débat national et PJJ « Ma Santé 2022 » : ce que veulent les médecins, synthèse des contributions déposées sur le site du CNOM, avril 2019. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/13d0cxw/cnom_contributions_grand_debat.pdf]

resse spécifiquement aux attentes de la nouvelle génération de médecins. Il ressort de cette enquête réalisée auprès de plus de 15 000 professionnels dont 70% de médecins déjà installés, 16% d'internes et 14% de médecins remplaçants, que le cadre de vie (accès aux services publics notamment) et le travail en réseau avec les autres professionnels de santé sont des facteurs déterminants dans le choix d'une installation, devant les incitations financières. Pour 72% des internes, la possibilité d'avoir un exercice groupé dans le cadre d'une activité mixte, libérale ou en centre de santé serait un atout déterminant. Seuls 3% d'entre eux envisagent un exercice libéral seul en cabinet. Le fait de disposer d'un réseau de professionnels de santé sur le territoire sur lequel s'appuyer, en lien avec un EPS constitue un point déterminant pour 81% des internes et 87% des remplaçants interrogés. Par ailleurs, la recherche d'un équilibre vie privée - vie professionnelle est particulièrement saillante chez les internes et remplaçants, pour respectivement 82% et 87% d'entre eux.

L'étude révèle un profond décalage entre une aspiration dominante à l'installation en libérale et sa concrétisation. Alors que 75% des internes envisagent ce mode d'exercice - contre 19% qui plébiscitent le salariat - seuls 12% des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins en 2018 exercent en libéral, alors que 62% sont salariés. Ce décalage s'expliquerait en grande partie par l'importance des charges administratives et fiscales qui pèsent sur l'exercice libéral.

« En tant que MG [médecin généraliste] toute nouvellement installée, j'ai réalisé quelles étaient les difficultés à pratiquer en libéral et je comprends désormais pourquoi les médecins fuient le libéral pour le salariat. [...] Je me rends compte avec beaucoup de désillusion et de tristesse qu'il va être difficile de faire ça toute ma vie. Le tout premier frein sont les charges. Les charges financières sont très (trop) lourdes pour de jeunes médecins qui s'installent, quel que soit le territoire, et ne font qu'augmenter. Il existe une réelle injustice sociale quand l'on considère que les médecins ne possèdent pas une couverture médicale à peu près équivalente à celle de la population générale [...] et que les femmes médecins ne bénéficient pas d'un congé maternité digne de ce nom mais une faible compensation financière qui ne couvre même pas 50 % des charges [...] La difficulté du métier en temps, heures, contraintes administratives, difficultés à faire face à la demande en consultations, visites de plus en plus compliquées du fait de difficultés de circulation et un rapport cout/bénéfices négatif, difficultés à trouver des associés et tant d'autres choses.»

Un autre enseignement majeur de cette enquête concerne la perception des aides financières à l'installation, jugées importantes, mais pas déterminantes.

Il y a une réelle appréhension du risque économique d'une installation par 59% des internes et 43% des remplaçants, dès lors les aides financières à l'installation sont considérées comme peu ou partiellement déterminantes par 48% des internes et 47% des remplaçants.

Si l'on en croit les résultats de ces deux études récentes, la mise en place par le CHIV d'une structure de consultation permettant un exercice mixte entre la ville et l'hôpital serait donc un facteur d'attractivité notable. Cette structure permettrait aux médecins exerçant dans le centre de s'appuyer sur un solide réseau de professionnels de santé, de ne pas avoir un exercice isolé ; ils seraient déchargés des contraintes de gestion administrative et des contraintes fiscales, sans avoir à supporter de risque économique. La pénibilité du travail serait également moindre dans un centre avec des horaires d'ouverture et de fermeture fixes, et une rémunération proportionnelle à l'activité peut être mise en place pour rendre l'exercice suffisamment intéressant d'un point de vue financier.

Par ailleurs, du point de vue du CHIV, le centre de santé serait un vecteur de souplesse non négligeable en matière de gestion des ressources humaines médicales : il s'agit d'un potentiel levier de recrutement de médecins par la richesse d'un exercice mixte ville hôpital proposé. Le centre de santé peut également permettre de lisser des départs de médecins en leur proposant de répartir différemment la quotité de travail réalisée à l'hôpital et sur la structure de ville.

Il n'en reste pas moins que les conditions juridiques et financières d'un tel projet doivent être précisément étudiées par le porteur hospitalier pour répondre au double objectif de lisser les flux de patients non programmés et d'attractivité médicale en tenant compte des contraintes juridiques et économiques qui s'imposent à un EPS.

2.2. Les conditions juridiques et financières nécessitent une analyse fine par le porteur hospitalier *via* différents *scenarii*

2.2.1. Un projet volontairement souple et ouvert

L'ambition est de mettre en place une structure de consultations de ville, qui permette d'accueillir des patients à la fois sans rendez-vous et avec rendez-vous de manière à permettre de capter une partie des flux de patients non programmés qui autrement se rendront aux urgences du CHIV (ou de rediriger une partie du flux du SAU du CHIV sur le centre de consultations), mais également pour offrir aux patients programmés une possibilité de consulter dans des délais plus raisonnables et avec des formalités administratives moins importantes qu'à l'hôpital. Par ailleurs, cette structure tentera de mieux répondre aux attentes des médecins quant-à leurs conditions d'exercice pour faire de ce centre un outil d'attractivité médicale. Ainsi, la structure devrait permettre d'exercer à la fois au CHIV et dans le centre, et dans l'idéal permettre à des médecins libéraux et hospitalier de travailler ensemble, de disposer d'un cadre de travail confortable, sans avoir à gérer les aspects administratifs, avec une rémunération intéressante.

La structure serait exploitée par le CHIV qui en assurerait le fonctionnement courant (loyer, électricité, ménage, prise de rendez-vous, dossier médical informatisé...) qui pourrait également assurer la facturation et le recouvrement. L'activité médicale pourrait être assurée par des médecins salariés par l'hôpital et par des médecins libéraux. Le foncier serait acquis par le CHIV, financé à la fois par des fonds propres et un emprunt. Les zones ciblées pour l'implantation de la structure devront combiner plusieurs critères, gage de succès de la démarche :

- Une démographie médicale défavorable : densité défavorable, moyenne d'âge élevée, part importante de praticiens en secteur 2 éventuellement ;
- Des parts de marché du CHIV relativement faibles : les consultations visant notamment à accroître le recrutement de nouveaux patients.

L'implantation devrait se situer préférentiellement à proximité de desserte de transports en commun.

2.2.2. Étude de différents *scenarii* juridiques de structuration de l'offre de soins non programmés : création d'une MSP ou d'un CDS

- *Scenario 1* : acquisition d'un site annexe et mise à disposition d'une MSP

Dans cette option, le CHIV achèterait des locaux et gèrerait la structure de consultation pour laquelle il facturerait à chaque praticien libéral une prestation de service sur le mode des espaces de travail partagés : incluant le loyer, le ménage, la prise de rendez-vous, de dossier médical informatisé et partagé... Dans cette option le CHIV constituerait une Maison de Santé qu'il mettrait à disposition des praticiens libéraux participant à cette structure d'exercice coordonné de ville. Néanmoins, dans ce scénario, les praticiens libéraux assureraient eux-mêmes la facturation et devraient gérer le recouvrement. Par ailleurs les prestations de services seraient soumises à la TVA.

L'écueil principal de cette option est que la difficulté principale est souvent le recrutement médical et non l'acquisition de locaux. Cette option ne répondrait que partiellement aux attentes exprimées par les médecins en matière d'allègement des charges administratives (facturation, recouvrement), fiscales (paiement de la TVA) et de protection contre le risque économique lié à l'installation en libéral. Il y a donc un risque d'investissement à perte par le CHIV dans cette option, si l'hôpital ne trouve pas de médecins libéraux pour s'installer dans la maison de santé. Cette option a donc été écartée par le CHIV, car elle n'est pas adaptée à un contexte de territoire où le foncier n'est ni rare ni cher et où c'est l'attractivité médicale qui pose problème. Inversement, cette option aurait présenté un intérêt réel pour un EPS en centre-ville, dans une métropole, où le foncier est rare et cher. Par exemple, la libération d'un bâtiment annexe d'un hôpital en centre-ville de Paris pour louer des locaux à des médecins libéraux organisés en MSP aurait été une solution intéressante.

- *Scenario 2* : acquisition d'un site annexe et gestion d'un centre de santé

- Centre de santé géré en régie directe

Dans cette option, l'activité du centre de consultations est intégralement gérée (y compris la facturation et le recouvrement) par le CHIV. Les patients sont pris en charge par l'hôpital, sous la responsabilité de l'établissement, le centre de consultations étant un site annexe de l'hôpital (simple N° de Finess géographique).

Cette configuration facilite la participation de médecins hospitaliers au fonctionnement de la structure. L'implication de praticiens libéraux supposerait alors, comme l'activité libérale des médecins à l'hôpital, un contrat d'exercice libéral (CEL) dans la limite de 20% d'un temps plein hospitalier. Celui-ci prévoit toutefois une redevance de 10% sur les activités de consultation, et de 30% pour les actes CCAM réalisés en externe. Ce niveau de redevance ne permettrait pas de couvrir les frais de fonctionnement (niveau de la redevance trop faible au regard de la rémunération des actes).

Si l'option du centre de santé géré en régie directe par l'établissement présente l'avantage de la simplicité car la structure ainsi créée est totalement transparente et n'est qu'un démembrement géographique de l'activité hospitalière, elle présente l'inconvénient de ses avantages. Précisément le fait que toute l'activité du centre se fasse dans des conditions identiques à l'hôpital suppose qu'il n'y a aucun avantage à tirer d'une différence de statut entre les praticiens du centre et ceux de l'hôpital pour améliorer l'attractivité médicale par des conditions de rémunération plus avantageuses ou encore introduire des mécanismes de rémunération à l'activité pour s'assurer un niveau suffisant de productivité dans le centre. L'intérêt de cette option est donc assez limité.

- Centre de Santé géré par un GCS

Il avait été un temps envisagé de faire porter le Centre de Santé par un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) mais cette option est explicitement écartée par la tutelle dans son référentiel juridique³². En effet, l'avantage d'un GCS est de permettre l'intervention croisée de professionnels de santé (hospitaliers salariés et libéraux) au sein d'une même structure. Dans ce cadre, les niveaux de redevance seraient alors librement fixés. Cette structuration aurait plusieurs avantages pour un praticien installé en libéral : il ne gèrerait pas la facturation ni le recouvrement. Par ailleurs, il disposerait d'une instance (le GCS) au travers de laquelle il peut participer à la gestion du centre.

Il convient toutefois de noter qu'en l'état actuel des textes, un GCS de moyens ne peut pas avoir pour objet de délivrer des soins de premier recours. De même, un GCS « Établissement de Santé » ne pourrait gérer un centre de santé qu'à la condition qu'il dispose au préalable d'une autorisation d'activité de soins, indispensable pour qu'il puisse être érigé en GCS « Établissement de Santé », ce qui revient à créer juridiquement un établis-

³² ARS Ile de France, *Etude et analyse des conditions favorables à la gestion d'un Centre de santé par un établissement de Santé*, décembre 2016, p.8

sement de santé pour permettre à un établissement de santé de gérer une structure de consultation qu'il pourrait parfaitement gérer en régie directe. Il y a un risque de détournement de la structure GCS et partant, de contentieux ou de blocage par la tutelle. Cette option du CDS géré par un GCS a donc été écartée pour éviter la lourdeur du GCS et le risque contentieux ou d'interdiction par la tutelle.

➤ Centre de santé géré par une structure *ad hoc* de droit privé et MSP

Selon que le centre de santé sera géré par un établissement de santé ou par une structure *ad hoc*, l'organisation sociale et la gestion des ressources humaines seront différentes. Les médecins exerçant dans un centre de santé doivent être salariés. Ainsi, un centre de santé géré par un établissement public de santé ne devra compter comme médecins en principe que des praticiens salariés de l'établissement. Le recours à des praticiens libéraux ne sera pas permis. De plus, le caractère restrictif des mécanismes de variabilité de la rémunération dans les contrats de travail des médecins hospitaliers ne permet pas d'introduire des outils incitatifs et adaptés à l'activité, ce qui induit un risque fort sur l'activité³³.

Il en est de même pour un centre de santé géré non plus en régie directe mais par un organisme de droit privé à but non lucratif appliquant une convention collective³⁴. Les grilles de rémunération seront soumises à la convention collective pour un résultat proche de la situation des praticiens hospitaliers.

En revanche, un centre de santé géré par une structure *ad hoc* de droit privé, non soumis à convention collective, pourrait se soumettre au droit du travail et introduire une part variable de rémunération, à l'activité notamment. Cette option est donc celle qui a été retenue malgré l'impossibilité de faire participer des médecins libéraux à l'activité qui n'est pas insurmontable dans d'éventuels développements ultérieurs du centre.

Pour répondre aux objectifs de la ville et de l'hôpital, la formule idéale serait toutefois de conjuguer au sein d'une même structure portée par une association un centre de santé hospitalier et un cabinet libéral où se pratique le secteur 2. En l'état actuel des textes cette formule est impossible et suppose la création d'une part d'un CDS porté par une association qui salarie des médecins ou bénéficie de mises à disposition de médecins hospitaliers et d'autre part d'une MSP de professionnels libéraux installés en secteur 2 qui verserait une redevance d'occupation au CDS propriétaire du foncier. Cette option présente l'avantage, en donnant la possibilité à des médecins libéraux de s'installer dans une structure gérée par le CDS, d'alléger leurs contraintes administratives, de limiter le risque économique d'une installation car une activité est déjà amorcée avec une clientèle existante dont les besoins ne sont pas totalement couverts, et de garantir aux médecins libé-

³³ « IGAS, *Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, juillet 2013, p.5

³⁴ La convention collective nationale FEHAP 51 (CCN 51) par exemple

raux un fort niveau d'intégration dans le réseau de santé du territoire, notamment en lien avec les médecins de l'hôpital et le plateau technique du CHIV.

En effet, dans l'hypothèse où l'activité serait au rendez-vous, l'implantation d'une structure d'exercice coordonné de médecine de ville entretenant des liens forts avec l'hôpital rendrait le territoire plus attractif pour des professionnels de santé libéraux, si l'on en croit les récentes études sur les déterminants à l'installation. Dès lors, le CHIV pourrait mettre à disposition des espaces « clé en main » à des professionnels de santé libéraux, adossés au centre de santé, où les libéraux pourraient venir consulter contre le paiement d'une redevance d'occupation des locaux. Cette formule qui suppose donc la création de deux structures échancées dans le temps, permettrait de concilier, dans un espace géographique unique dédié à la médecine de ville, une l'activité libérale secteur 2 et une activité salariée secteur 1, en respectant le cadre réglementaire par deux structures juridiquement distinctes.

La possibilité de créer des centres de santé d'un genre nouveau qui autorisent la mise à disposition de locaux à des médecins libéraux installés en secteur 2 contre le versement d'une redevance manque aujourd'hui aux dispositifs de meilleure coopération ville hôpital : tant que les professionnels de ville et de l'hôpital ne travailleront pas dans des espaces communs, il est naïf de penser que la médecine de ville et la médecine hospitalière pourront coopérer de façon performante. Au reste, la gestion par les EPS de structures de consultations de ville doit être considérée avant tout comme un palliatif à l'insuffisance de l'offre de soins primaires de ville et doit surtout permettre de faire le lit d'une revitalisation de l'offre libérale de ville. Tant que des médecins libéraux n'auront pas décidé de s'installer sur le territoire, le modèle du centre de santé hospitalier restera fragile : le salariat est bien moins engageant sur la durée et ne garantit pas aussi longtemps qu'une installation en libéral un niveau d'activité suffisant pour répondre à la demande. En un mot le nomadisme médical est bien davantage le fait des médecins salariés que des médecins libéraux, qui se constituent ou reprennent une patientèle. C'est la raison pour laquelle l'étape maison de santé adossée au centre de santé hospitalier est indispensable à l'efficacité de l'outil pour répondre de façon pérenne aux enjeux de la ville en matière d'attractivité et d'accès aux soins primaires (non programmés notamment).

2.2.3. Les conditions non évidentes d'un exercice médical partagé entre la ville et l'hôpital pour les médecins du CHIV

En tant que PH « publics », les PH du CHIV sont assimilés à des « salariés » au sens des dispositions applicables aux centres de santé. Aussi leur intervention dans le cadre d'un centre de santé porté par le CHIV, sans personnalité juridique, ne nécessite pas d'aménagement particulier. Toutefois, dans ce cadre la tarification secteur 2 est impossible.

Ainsi, pour permettre la mise en œuvre d'une telle tarification, il convient de distinguer la situation des PH à temps partiel et ceux exerçant à temps plein.

S'agissant des PH à temps partiel : il est possible de contractualiser dans le cadre d'un exercice libéral individuel avec une sous-occupation des locaux du CDS ou *via* la participation de ces praticiens à une MSP. Il est possible pour ces médecins de mettre en œuvre, dans le cadre de leur activité libérale, une tarification secteur 2 réalisée en dehors de l'activité de PH à temps partiel. Si l'objectif est de permettre aux médecins de l'hôpital de pratiquer une tarification secteur 2, l'option PH à temps partiel avec exercice libéral distinct est la solution la plus sécurisée d'un point de vue juridique mais qui présente le plus de difficultés de mise en œuvre. En effet, cela supposerait que des PH à temps plein passeraient à temps partiel, ce qui est contraire à l'intérêt de l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges qui doit veiller à conserver sa ressource médicale dans les services de soins.

S'agissant des PH à temps plein : l'exercice d'une activité libérale fait l'objet d'un encadrement plus strict. Deux mécanismes paraissent pouvoir être envisagés, sans qu'ils soient dépourvus de tout risque juridique.

Soit, première hypothèse d'activité partagée avec un CDS : les PH exercent leur activité libérale au sein de l'établissement dont ils relèvent dans le cadre d'un contrat conclu avec le CHIV (en tant qu'il porte le centre de santé) dans la limite de 20% de leur temps hospitalier.

Si l'ARS-IDF a fait état d'une interprétation souple en indiquant que l'exercice d'une activité libérale au sein des centres de santé n'était pas illégal, il existe un risque que la mise en œuvre d'une tarification secteur 2 dans ce cadre soit qualifiée de détournement de l'interdiction, pour les centres de santé, de facturer des dépassements d'honoraires. En effet, si le CHIV souhaitait néanmoins se fonder sur ce mécanisme, il pourrait être argué que l'article L. 6323-1-7 CSP disposent que « *les centres de santé (...) ne facturent pas de dépassements* » d'honoraires. Or, dans le cadre de ce montage, ce ne serait pas le centre de santé qui facturerait ces dépassements, mais les médecins pris individuellement dans le cadre de leur activité libérale.

Soit, seconde hypothèse d'activité partagée avec une MSP : les PH exercent cette activité dans le cadre des « *activités extérieures d'intérêt général* » régies par l'article R. 6152-30 du CSP³⁵, dans la limite de deux demi-journées par semaine. Il pourrait être soutenu que

³⁵ « *Les praticiens hospitaliers à temps plein, nommés à titre permanent, peuvent, après accord du directeur de l'établissement de santé consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation à condition que ces activités présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, auprès d'établissements privés habilités à assurer le service public hospitalier, auprès d'un hôpital des armées ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation. (...)* »

les médecins exercent dans ce cadre une activité d'intérêt général au titre des soins et du travail en réseau (mais aucune jurisprudence ne valide cette qualification) ; et il faudrait, dans le schéma envisagé, que le praticien exerce cette activité auprès d'une maison de santé constituée sous forme « *d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation* » (pas de jurisprudence validant cette qualification pour les MSP).

Ainsi, il faudrait que la maison de santé soit constituée sous forme d'association loi de 1901 ou de GIE non lucratif, ce qui peut constituer un frein pour l'association avec des médecins installés en libéral en raison de l'absence de partage des bénéficiaires.

Si l'exercice d'une activité extérieure au sein d'une MSP constituée sous forme d'organisme à but non lucratif pourrait éventuellement être envisagé, il existe un risque que l'exercice dans le cadre de cette maison de santé d'une activité libérale avec mise en œuvre d'une tarification « secteur 2 » dans ce cadre, soit qualifié de détournement de l'article R. 6152-30 du CSP.

Dans une démarche comparative, le second mécanisme s'agissant des PH temps plein paraît plus risqué que le premier. En effet, il existe un risque réel d'incompatibilité entre une activité libérale et les critères d'intérêt général de l'activité, et de caractère non lucratif de la structure. A l'inverse, dans le premier mécanisme, le caractère libéral de l'activité ne présente pas de difficulté et il pourrait être argué que le centre de santé ne « facture » pas, au sens strict, de dépassement d'honoraires.

Compte tenu du double objectif du CHIV avec ce projet d'une part de lisser les flux de patients non programmés – et dans une moindre mesure de gagner des parts de marché sur l'activité programmée – et d'autre part d'attirer des médecins au CHIV en se dotant d'une structure de consultation de ville pour répondre davantage aux attentes exprimées par les médecins dans les récentes enquêtes sur leurs critères d'installation, il a été décidé de monter un projet de centre de consultation de ville en lien étroit avec le CHIV. Par ailleurs, au vu de l'impossibilité en l'état actuel de la réglementation de mixer au sein d'une même structure l'exercice libéral en secteur 2 et l'exercice salarié secteur 1, l'option juridique privilégiée est celle d'un centre de santé géré par une association. Le projet qui était dessiné dans ses grandes lignes et reposait initialement sur un schéma d'acquisition de foncier neuf par l'hôpital dans une zone géographique non encore arrêtée, s'est considérablement précisé lorsque la commune de Montgeron a sollicité le CHIV en lui proposant de mettre à disposition de l'hôpital des locaux municipaux pour y implanter un centre de santé. Il a alors fallu composer avec des contraintes différentes de celles anticipées : nombre de boxes, calendrier, vétusté des locaux...

3. CONDITIONS DE RÉUSSITE ET LIMITES DU PROJET DE CENTRE DE CONSULTATIONS DU CHIV À MONTGERON

3.1. La nécessaire définition d'un projet « gagnant-gagnant » entre la ville de Montgeron, l'hôpital et la communauté médicale

3.1.1. Construction d'un projet ville-hôpital

La mairie de Montgeron dans l'Essonne, située à 4 kms de Villeneuve Saint Georges a sollicité la Direction de l'hôpital en mars 2019, en vue de pallier la désertification médicale sur son territoire par l'implantation d'un Centre de Santé/ Maison de Santé dans des locaux municipaux sis au 123 av. de la République pour 2 ou 3 ans moyennant un loyer modique de 6 000 euros annuels (surface de 100m² sur le plateau du rez-de-chaussée et étage exploitable pour du stock). La mairie souhaitait que l'activité débute au à l'été 2019. La Direction de l'hôpital du CHI de Villeneuve Saint Georges, convaincue de l'intérêt du projet, souhaite le porter à la connaissance de sa communauté médicale et étudier la faisabilité d'un tel partenariat avec la commune.

« Nous avons perdu 8 médecins généralistes en 1 an, ceux qui doivent partir à la retraite d'ici 2020 n'ont pas trouvé de successeur et ont le sentiment d'abandonner leurs patients »

Sylvie Carillon, maire de Montgeron

L'élaboration d'un projet ville-hôpital suppose de s'extraire des hypothèses de travail élaborées précédemment avec un portage exclusivement hospitalier, et une acquisition du foncier par l'hôpital notamment. La valeur ajoutée d'un tel projet réside précisément dans la compréhension par les différentes parties prenantes de l'intérêt pour chacune d'elles de s'associer au projet pour en faire un partenariat gagnant-gagnant.

« Nous avons contacté le conseil de l'ordre pour nous aider à prospecter mais en vain [...] nous espérons qu'avec un sponsor hospitalier, l'offre médicale sera au rendez-vous »

Sylvie Carillon, maire de Montgeron

➤ Recensement du besoin

Le cahier des charges du projet devient dès lors composite selon l'intérêt de chaque partie à s'y impliquer :

- Pour la commune : pallier la désertification médicale (Montgeron est en Zone d'Intervention Prioritaire : ZIP), renforcer le lien ville-hôpital, répondre au besoin des administrés ;
- Pour l'hôpital : augmenter la part de programmé, accroître son rayonnement territorial, drainer une nouvelle patientèle moins précaire, facteur d'attractivité médicale ;

- Pour les médecins : diversifier leur mode d'activité (ville et hôpital), disposer d'un complément de rémunération, avoir un exercice pluri professionnel rassemblé sur un même lieu, prendre en charge une patientèle moins précaire et des pathologies moins lourdes ;
- Pour les habitants de Montgeron : avoir accès à des soins de qualité avec et sans rendez-vous (médecins spécialistes, consultations généralistes), bénéficier d'une continuité de la prise en charge ville-hôpital ;
- Pour les patients du CHIV : raccourcir les délais de rendez-vous par un déport sur des consultations avancées à Montgeron, ne pas avoir à sacrifier aux formalités administratives lourdes de l'hôpital pour un simple suivi médical à Montgeron.

➤ Le cahier des charges

Le cahier des charges est donc le suivant :

- Ouvrir la première consultation en 2019 (demande de la commune, échéance électorale de 2020).
- Attirer des médecins et professionnels de santé dans le centre de Montgeron
- Assurer une consultation de médecine générale
- Permettre aux médecins du CHIV de réaliser des consultations de spécialistes à Montgeron et leur proposer un complément de rémunération attractif
- Ne pas dépouiller l'hôpital des médecins au profit du centre de santé
- Assurer des conditions d'accueil des patients et d'exercice satisfaisants pour les professionnels (locaux, prise de RDV, accès au dossier patient, facturation, ménage, parking, secteur 1 et tiers payant)
- Réaliser un investissement financier mesuré pour l'hôpital (obtenir éventuellement des aides publiques pour la création du centre, établir une organisation permettant l'équilibre financier de la structure)
- Mettre en place une structure suffisamment souple pour permettre des infléchissements futurs adaptés à l'évolution des besoins et des contraintes (notamment concernant l'exercice libéral de professionnels de santé) tout en restant juridiquement sûre (peu exposée à une interdiction de l'ARS ou au risque contentieux).

3.1.2. Un modèle juridique à dessiner

La principale zone de risque du projet étant la difficulté de recrutement de médecins pour venir consulter, il a été choisi en accord avec la mairie de Montgeron de procéder en deux étapes sous forme d'une expérimentation avec un minimum de moyens dans un premier temps avant d'enclencher une deuxième étape plus ambitieuse avec une structure juridique *ad hoc*, davantage de boxes, des équipements biomédicaux, etc.

En effet, le risque principal de l'hôpital est d'engager d'importantes dépenses sans parvenir à faire venir des médecins et à garantir un niveau d'activité suffisant pour avoir un ROI positif ; le risque principal pour la mairie est quant-à lui un risque d'image, de susciter une

attente forte autour d'un centre de santé sans parvenir à assurer un minimum de présence médicale.

Il a donc été choisi de procéder en 2 étapes :

- Consultation avancée sur 3 boxes
- Centre de santé sur 3 boxes
- Maison de Santé

A noter que ce *scenario* n'exclut pas un éventuel partenariat avec une Maison de Santé *via* un GCS dans le cadre de la future CPTS [Schéma de coopération, annexe 2]

Le projet se développera en deux phases : d'abord une consultation avancée hospitalière, c'est-à-dire qu'aucune structure juridique n'est créée pour gérer cette activité, qui est un simple démembrement géographique de l'activité de consultation hospitalière classique. L'objectif est ainsi de s'assurer de l'intérêt du projet pour les médecins et pour les patients avec un investissement minimal quitte à ce que la structure soit déficitaire dans cette première étape, avant d'envisager un modèle pérenne qui supposerait un investissement plus conséquent avec un risque financier dès lors plus important. Une communication a été organisée en interne [Flyer de communication, annexe 3] pour sonder l'adhésion au projet des médecins de l'hôpital et un certain nombre de candidats ont été reçus pour étudier les modalités d'articulation de leur activité hospitalière avec une consultation supplémentaire. Les médecins salariés de l'hôpital iront consulter dans les 2 ou 3 boxes installés à Montgeron. La libération de ce temps médical sera permise par du temps de travail additionnel pour les médecins à temps plein (rémunération forfaitaire horaire équivalente à PH 10^{ème} échelon)³⁶ ou par une hausse de leur temps de travail hospitalier pour les médecins à temps partiel (pour ces derniers il est en théorie exclu de les rémunérer en TTA et il faudra augmenter leur quotité travaillée).

Le bail a été signé à l'été et les équipes informatique, logistique et travaux se sont rendues sur place pour amorcer la phase opérationnelle de rénovation et d'aménagement des boxes [Plan des locaux : RDC, annexe 4]. Le recrutement d'un agent d'accueil est prévu pour fin 2019, date prévue pour les premières consultations.

Dans un second temps, une fois l'activité enclenchée, il conviendra d'investir des locaux plus spacieux de manière à installer davantage de boxes de consultation, mais par prudence le projet prend pour référence une activité sur 3 boxes. La mairie a en effet indiqué qu'elle disposerait à horizon 2 ans d'un autre espace plus moderne et plus vaste à louer au CHIV dans la perspective d'un projet plus ambitieux, mais à ce stade il n'y a aucune garantie sur d'autres locaux. De même, pour garantir un niveau d'activité suffisant sur le centre, il conviendra de recruter des médecins à temps plein sur le centre ; il semble également indispensable de créer une structure juridique *ad hoc* (association loi 1901) de gestion du centre qui permette d'instaurer dans les contrats médicaux une rémunération à l'activité.

³⁶ 1 plage de TTA (soit 5 heures) = 160.68 euros brut ; 2 pages de TTA (soit 10 heures) = 321.37 euros brut.

La création d'une structure juridique pour porter le centre de santé et le respect d'un certain nombre de critères (amplitude des horaires d'ouverture, adaptation du projet de santé au diagnostic territorial et à l'offre hospitalière existante...) permettront au reste de prétendre à des aides de l'ARS à la création et au fonctionnement du centre. Les aides distribuées par les ARS spécifiquement aux centres de santé médicaux ne sont pas négligeables, elles concernent tout aussi bien l'aide au diagnostic territorial pour l'élaboration d'un projet médical cohérent, que l'aide à l'acquisition ou à la rénovation des locaux, l'aide au démarrage de l'activité (acquisition de matériel) ou encore des aides spécifiquement fléchées sur le système informatique [Synthèse de la ventilation des financements ARS aux Centres de Santé en 2017, annexe 5].

Par ailleurs, dans le cadre de la campagne ARS 2019-2021 de recrutement de médecins spécialistes partagés ville-hôpital (40% ville-60% hôpital), le CHIV pourrait recruter des médecins spécialistes en répondant à cet appel à projet et se verrait ainsi rembourser la part de rémunération correspondant à la quotité de travail réalisée à l'hôpital tout en bénéficiant au titre de sa structure de ville du reliquat de temps médical³⁷.

Le parangonnage avec d'autres structures de consultations gérées par les établissements de santé public comme privés révèle qu'il est impossible en l'état actuel des dispositifs légaux existants de mêler exercice salarié et secteur 1 (propre aux centres de santé) et exercice libéral et possibilité de tarification secteur 2 (installation libérale en ville ou CEL hospitalier). En revanche, l'exercice salarié en centre de santé peut être extrêmement lucratif pour certains médecins au regard de leur spécialité et de leur niveau d'activité, rendant l'installation en libéral peu attractive.

3.1.3. Une équation économique délicate

- Activité peu rentable en l'état actuel des modes de financement

La tarification des soins en ville repose sur deux outils : le premier outil est la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) qui permet de fixer un tarif à l'activité dans le secteur libéral, au travers de lettres clefs.

Pour l'activité du centre, trois types de consultations pourront être codées : la consultation classique du spécialiste en médecine générale codée « C », et valorisée 23€ (auxquels s'ajoutent 2€ de revalorisation de la consultation) ; la consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale avec la majoration pour le médecin généraliste codée « GS (CS + MMG) » valorisée 25€ et l'avis ponctuel de consultant au cabinet pour les médecins de toutes spécialités codée « APC (ou APV) » et valorisée 50€ pour les consultations sur rendez-vous, dans le cadre d'un parcours de soins (par exemple un

³⁷ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-04/AAC-medecins-spec-ville-hopital-Cahier-des-charges.pdf>

médecin spécialiste du CHIV qui redirige le patient sur une consultation spécialiste du centre de santé).

Le second outil est la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) qui permet de coder et de valoriser les actes techniques en milieu hospitalier comme en secteur libéral. Ces cotations ne sont cumulables que dans de très rares cas. Dès lors les médecins de ville ne sont pas incités à procéder aux actes techniques plus consommateurs de temps que les consultations. De plus le matériel consommé ne fait pas l'objet d'un remboursement. Dans les faits la cotation CCAM n'est que rarement utilisée pour les consultations de ville dans la mesure où la plupart des petits actes techniques comme les poses de plates, d'attelles, les petites sutures sont mal valorisés (et redirigés vers les urgences).

Si l'on transpose les données d'activité des consultations centralisées du CHIV au futur centre de santé, le taux d'occupation cible des boxes s'élèvera à 75%. Au reste, compte tenu des attentes des médecins qui souhaitent concilier leur exercice professionnel avec une vie personnelle et familiale satisfaisante, une très large amplitude horaire d'ouverture jusque tard en soirée semble compromise. De plus, contrairement aux consultations réalisées à l'hôpital, l'activité sera majoritairement constituée par des consultations de médecine générale, soit un revenu moyen par consultation estimé à 28€, alors que l'hôpital aura à rémunérer des praticiens hospitaliers, du temps d'accueil-secrétariat, à financer des frais de structure, voire à rembourser un emprunt pour l'acquisition ou la rénovation du foncier.

Le modèle économique des CDS a d'ailleurs déjà montré ses limites qui ont donné lieu à différents rapports³⁸ sur l'équation économique impossible des CDS, notamment les CDS municipaux, maintenus à flots par des financements publics malgré des problèmes de gestion très importants. La connaissance de ces importantes difficultés a entraîné un mouvement de désengagement d'un certain nombre de municipalités de leurs structures de soins non programmés, les conduisant parfois à demander à des hôpitaux de reprendre la gestion du centre. Ainsi certaines communes de l'Essonne ou du Val-de-Marne (commune d'Orly pour son CDS, commune de Vigneux-sur-Seine pour une MSP), ont sollicité l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges pour reprendre la gestion de leurs centres de santé ou maisons de santé en raison de difficultés de gestion importantes.

Dès lors, une fois la trame générale et le principe du projet, approuvés par les différents acteurs (mairie, direction de l'hôpital, ARS et communauté médicale), il s'agit de modéliser les conditions financières de gestion d'un centre de 3 boxes dans les locaux proposés par la mairie à terme, une fois la structure juridique créée.

Si le centre a vocation dans un premier temps d'expérimentation à être une simple consultation avancée, il a par la suite vocation à être géré par une structure juridique propre, de préférence une association loi 1901, avec une prépondérance de médecins temps plein pour garantir une continuité de présence médicale et *in fine* un ROI suffisant

³⁸ IGAS, *Les Centres de Santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, juillet 2013, 138 p.

pour le centre au vu du niveau des charges de structure et de service. L'inconvénient majeur de la consultation avancée assurée par des praticiens hospitaliers est d'assurer une continuité de présence médicale sur les 3 boxes pour garantir des plages horaires d'ouverture stables et cohérentes avec les besoins de la population, sans quoi le niveau d'activité ne suffira pas à couvrir les charges de structure et de personnel. Au reste, sans une structure juridique propre pour porter un centre de santé, il n'est pas possible de prétendre aux aides publiques. Néanmoins, le passage par une étape de consultation avancée permet d'expérimenter le projet avant une montée en charge sur le plan de la structuration juridique et d'une éventuelle extension sur d'autres boxes à l'étage du bâtiment ou dans d'autres locaux.

- Conditions économiques du projet spécifiquement contraignantes

Au vu du niveau important d'investissements dans la rénovation des locaux municipaux, estimé à 150 000 € eu égard à leur vétusté ; de l'impossibilité d'installer plus de 3 boxes dans un premier temps ce qui limite les économies d'échelle, différentes hypothèses d'activité ont été envisagées pour retenir celle qui laissait le ROI le moins déficitaire. Ainsi, l'hypothèse d'une ouverture du centre 12h/ jour 5j/ semaine ou celle d'une ouverture 8h/ jour 6j/ semaine ont dû être écartées en raison de l'impact induit en termes de dépenses d'ETP, sans compter sur la réticence des médecins à travailler en soirée ou le week-end.

Les hypothèses écartées :

1/ Ouverture du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00 :

Dans cette hypothèse 2,2 ETP médicaux par box sont requis, et 2,2 ETP accueil secrétariat [Calcul d'ETP, annexe 6.], le centre est ouvert 12h par jour 5 jours par semaine. La cible annuelle par box est fixée à 8 640 consultations, 25 920 consultations par an pour le centre (4 consultations/ heure, ouverture 240 jours/ ans avec un TO cible de 75%), soit un revenu annuel du centre est estimé à 725 760 €. Le résultat d'exploitation afficherait alors un résultat déficitaire de -95 958 € [Compte de résultat prévisionnel, annexe 6.].

2/ Ouverture du lundi au samedi de 8h à 17h :

Dans cette hypothèse, 1,8 ETP médicaux par box sont requis et 1,8 ETP pour l'accueil secrétariat [Calcul d'ETP, annexe 7], le centre est ouvert 8h par jour avec 1 heure de pause, la cible annuelle par box est fixée à 6 912 consultations, 20 736 consultations par an pour le centre (4 consultations/ heure, ouverture 288 jours/ ans avec un TO cible de 75%), soit un revenu annuel du centre estimé à 580 608 €. Le résultat d'exploitation afficherait alors un déficit de – 55 760 € [Compte de résultat prévisionnel, annexe 7]

L'hypothèse retenue :

3/ Ouverture du lundi au vendredi de 8h à 19h :

Un box de consultation a une superficie de 20 m² (ratios ANAP). Les amplitudes d'ouverture seraient de 8h-19h (soit 10h/ jour avec 1h de pause) du lundi au vendredi soit 20

jours par mois, 240 jours par an. Soit 2 400 h/an d'ouverture théorique par box ; avec un taux d'occupation cible de 75% des plages de box. Cette amplitude horaire d'ouverture du centre équivaldrait à 1,8 ETP médecin par box et 1,8 ETP accueil/ secrétariat pour le centre [Calcul d'ETP, annexe 8]

Le *turn over* par box est de 4 patients / heure, soit 7 200 consultations par box et par an, soit 21 600 consultations par an sur le centre, en tenant compte d'un taux d'occupation à 75%, ce qui représente un CA annuel de 201 600 € par box avec une rémunération moyenne de 28 € par consultation, soit un revenu annuel du centre à 3 boxes à 604 800€.

Les praticiens du centre bénéficieront :

- D'une permanence d'accueil et de secrétariat (1 agent d'accueil par tranche de 3 à 5 boxes, sur l'amplitude horaire de 15h/ jour ; soit 2,5 ETP) ;
- D'un service de prise de rendez-vous compatible avec l'aménagement de plage de soins non programmés et de rendez-vous sous très courte durée : call-centre ou abonnement à une plateforme en ligne (de type *Kel-doc* ou *Doctolib*) ;
- D'un accès au réseau et au dossier patient unique et numérisé (reprise du matériel d'un autre site annexe disponible pour un réemploi pour l'accès au réseau de l'hôpital sur le centre, pour le DPI : simple extension de la licence du CHIV sur le centre) ;
- De la reconnaissance vocale pour la rédaction des comptes rendus dans Orbis (extension de licence simple)

Tous les frais (loyer, chauffage, électricité, eau, entretien-maintenance, taxes immobilières, liaisons informatiques et téléphonie) sont pris en charge par la structure juridique portant le centre de santé (association).

Hypothèses d'activité par box de consultation :

ACTIVITE	Nombre de consultations / heure :	4
	Nombre d'heures d'ouverture / jour :	10
	Nombre de jours ouverts / mois :	20
	Nombre de jour ouverts / an :	240
REVENU	Revenu moyen par consultation :	28,00 €
	Revenu moyen / heure :	84,00 €
	Revenu moyen / jour :	840,00 €
	Revenu moyen / mois :	16 800,00 €
	Revenu moyen / an :	201 600,00 €
Taux d'occupation du box :		75%
CA	REVENU MENSUEL DU BOX :	16 800,00 €
	REVENU ANNUEL DU BOX :	201 600,00 €
	REVENU ANNUEL DU CENTRE :	604 800,00 €

Ventilation des charges de structure et de services :

SERVICES	Ménage	4 800,00 €
	400 € HT/ mois/ 100 m ²	4 800,00
	Secrétariat	87 500 €
	Nb box gérées pour 1 secrétaire présente	3
	Nb ETP	2,50
	Coût moyen brut-charge	35 000 €
	Call-Center	600 €
	Abonnement Doctolib	600
	DPI	
	Informatique et téléphone (TTC)	700,00 €
	Remboursement emprunt	34 871,28 €
	Frais de gestion services	4 680,00 €
	taux de gestion	5%
	TOTAL SERVICES	132 451,28 €

STRUCTURE IMMOBILIERE	Rénovation mise aux normes	150 000,00 €
	Loyer	6 000,00 €
	Mobilier équipement	10 000,00 €
	Equipement informatique	4 000,00 €
	Electricité & Chauffage	2 500,00 €
	<i>Conso moyenne / an / 100m²</i>	<i>2 500,00 €</i>
	Eau	2 354,50 €
	<i>m3 / m2 / an</i>	<i>8,50</i>
	<i>coût m3</i>	<i>2,77 €</i>
	Entretien & Maintenance	600,00 €
	Taxes	638,00 €
	<i>CFE*</i>	
	<i>taux CFE</i>	<i>0,00%</i>
	<i>TSB</i>	<i>638,00 €</i>
	<i>TSB par m2</i>	<i>6,38 €</i>
Frais de gestion immobilier	8 804,63 €	
<i>taux de gestion</i>	<i>5%</i>	
TOTAL IMMOBILIER		182 542,63 €

Les travaux de mise aux normes (sécurité incendie, sûreté, hygiène, accès PMR, recouvrement amiante...), d'aménagement (téléphonie, internet, réseau, mise en eau des box) et d'équipement des boxes sont à la charge du CHIV qui financera cet investissement initial principalement par un recours à l'emprunt [Tableau d'amortissement d'emprunt, annexe 9]

Plan de financement de l'opération :

Plan de Financement			
Emplois		Ressources	
Loyer	6 000,00 €	1 538,00 €	Fonds propres
RCB Ile de France*	638,00 €		
Travaux (1500 €/m ²)	150 000,00 €		
Installation informatique	4 000,00 €		
Mobilier & équipement	10 000,00 €		
Frais (15%)	900,00 €	170 000,00 €	Emprunt
TOTAL	171 538,00 €	171 538,00 €	TOTAL

Compte de résultat prévisionnel pour le Centre :

Compte de résultat		
Produits		604 800,00 €
Activité (consultations externes)	21 600 consultations/ an	604 800,00 €
Charges		636 368,41 €
Loyer	6000 €/100m ² /an	6 000,00 €
Electricité & chauffage	Conso moyenne / an / 100m ²	2 500,00 €
Eau	8,50 m ³ /an/m ²	3 414,03 €
Entretien & maintenance	10% du loyer	13 581,33 €
Taxes	TSB 6,38 €/m ²	638,00 €
	CFE	-
Frais divers immobilier	5% du loyer	8 804,63 €
Amortissement travaux		50 000,00 €
Amortissement mobilier & équipement		4 666,67 €
SOUS-TOTAL IMMOBILIER		89 604,65 €
Ménage	400 € HT/ mois/ 100 m ²	4 800,00 €
Accueil & secrétariat	2,5 ETP	87 500,00 €
Prise de RDV	Abonnement Doctolib	600,00 €
Liaisons informatique & téléphonie		verif
Frais divers gestion	5% des services	4 680,00 €
Frais financiers, remb. Emprunt	2905,94	34 871,28 €
SOUS-TOTAL SERVICES		132 451,28 €
Salaires médecins	Part TTA sans incidence*	
	1,52 ETP/ box/an	414 312,48 €
SOUS-TOTAL MEDICAL		414 312,48 €
RESULTAT NET COMPTABLE		-31 568,41 €
* le coût de la journée de TTA est équivalent au coût d'une journée pour un PH 10ème échelon, référence retenue pour le calcul des salaires des médecins		

3.2. Limites déjà perceptibles d'une expérimentation par étapes

Avant même de réfléchir à l'opportunité de transposer le modèle du centre de santé hospitalier comme modèle de coopération ville-hôpital pour mieux répartir la demande de soins non programmés et renforcer l'attractivité médicale ; il est indispensable d'étudier les limites qui s'imposent à ce modèle dans cette première expérimentation menée par le CHIV et la commune de Montgeron. En un mot, l'analyse doit d'une part porter sur les modalités concrètes de l'expérimentation du CHIV avant de se pencher sur les conditions de réussite du modèle s'il avait pu être parfaitement mis en place.

Le projet de centre de santé hospitalier a en effet été conceptualisé en pure théorie pour produire ses pleins effets, mais sa mise en œuvre résulte d'une adaptation aux éléments de contexte, qui ont abouti à des négociations avec les médecins de l'hôpital et la mairie de Montgeron. Dès lors, certains paramètres ont été modifiés par rapport au projet initial d'où il résulte que l'expérimentation ne correspondra pas parfaitement au modèle de centre de santé hospitalier tel qu'il avait été pensé. Les conditions de mise en œuvre du

projet vont dès lors entraîner certaines limites que l'on peut sérier en deux grandes familles : les limites affectant l'objectif d'agir sur les flux de patients d'une part et les limites affectant l'objectif d'agir sur l'attractivité médicale d'autre part.

Concernant les limites affectant l'objectif de maîtrise des flux de patients, il s'agissait de lisser les flux de passages non programmés au SAU et d'augmenter la part de programmé dans l'activité du CHIV au moyen de ce centre de santé de ville. Compte tenu du risque économique sur l'activité et du risque en termes d'image en cas d'échec du projet pour la commune, il a été choisi de scander le projet en différentes étapes de déploiement comme expliqué plus haut. Dès lors, la première étape qui est une simple consultation avancée de l'hôpital dans des locaux annexes avec des praticiens du CHIV, ne correspond pas au modèle de centre de santé hospitalier avec structure juridique propre abritant à la fois une activité de médecins salariés et libéraux. Dans les faits cette première étape va contraindre le fonctionnement du centre de santé : l'offre de soins proposée correspondra aux médecins spécialistes volontaires du CHIV et pas nécessairement aux besoins de la population, de telle sorte que cette offre ne permettra pas nécessairement de tarir le flux de passages aux urgences ou de gagner des parts de marché sur le territoire : car les spécialités présentes ne correspondront pas forcément aux besoins de la population.

Par ailleurs, cette première étape de consultation avancée avec des médecins du CHIV suppose pour ces derniers de consulter dans le centre de santé en plus de leur temps de travail hospitalier. Si deux praticiens à mi-temps ont accepté le principe de travailler 50% en plus de leur mi-temps hospitalier sur le centre de santé, les quatre autres sont à temps plein au CHIV ce qui implique que le temps consacré à l'exercice sur le centre de santé sera marginal. Il résulte de cette situation une complexité organisationnelle pour proposer aux patients un planning de présence médicale cohérent. Alors que le centre de santé disposera de 3 boxes, 4,5 ETP médicaux seraient nécessaires pour garantir l'ouverture des 3 boxes 10h par jour du lundi au vendredi, or à l'heure actuelle l'enjeu est simplement de s'assurer qu'il sera possible de garantir l'ouverture d'au moins 1 box sur 3 sur les heures d'ouverture du centre. Les contraintes qui pèsent sur le modèle financier du centre, en plus des contraintes matérielles tenant aux locaux proposés par la mairie – qui quoique bien implantés, ont une disposition peu adaptée à l'activité d'un centre de santé – ont conduit à repousser l'idée d'investir dans un mini plateau technique : salle de radiologie, échographe, salle de prélèvements. Il s'agit d'investissements lourds qui s'ajouteraient aux 150 000 euros de travaux de réhabilitation des espaces, sans garantie de médecins spécialistes opérateurs pour ces équipements. Cette absence de plateau technique est cependant une limite dans la vocation du centre à se substituer à un passage aux urgences (cf. expériences CHIPS et GHNE).

Concernant l'objectif d'attractivité médicale et de meilleure gestion de la rareté médicale, son atteinte est également conditionnée au plein déploiement du projet c'est-à-dire

d'abord la création d'une association pour porter le centre de santé et ensuite la mise à disposition par le centre de santé de boîtes au premier étage du centre (100 m² exploitables) pour accueillir une MSP. Ce sont là deux conditions d'évaluation de l'effet utile de ce centre pour attirer des nouveaux médecins salariés comme libéraux grâce à une réponse plus fine à leurs attentes quant à leurs conditions d'exercice.

3.3. Les prérequis à la pérennisation du modèle et à son extension

Les deux conditions de pérennisation voire d'extension du modèle sont d'une part une évolution du cadre juridique applicable aux centres de santé pour permettre à des médecins libéraux d'y pratiquer le secteur 2, d'autre part une évolution du mode de financement à l'acte vers un financement au parcours pour mieux rémunérer les consultations dans ce type de structure.

Le modèle qui semble tout à la fois le plus proche du montage et le plus vertueux dans son fonctionnement est celui du Centre de Santé Marie Thérèse géré par l'hôpital Saint Joseph³⁹, à ceci près que le centre de Santé Marie Thérèse n'abrite pas d'activité libérale en secteur 2. Il s'agit juridiquement d'une association loi 1901, dont le Conseil d'Administration est composé à la majorité de membres de la fondation de l'hôpital Saint Joseph depuis 2013. L'association, régie par le droit privé, salarie les médecins exerçant dans le centre, et n'a pas signé d'accord de branche. Ces derniers sont rémunérés en pourcentage de l'activité réalisée et de leur spécialité avec un minimum du SMIC horaire. En plus des médecins salariés par l'association, une convention de mise à disposition permet à des chefs de clinique en temps plein hospitalier à Saint-Joseph de consulter dans le centre de santé ce qui leur donne droit à percevoir le différentiel de rémunération entre la rémunération horaire perçue à l'hôpital et la rémunération horaire du temps réalisé sur leur activité de consultation dans le centre de santé tout en capitalisant sur leur temps plein hospitalier pour bénéficier par la suite de la possibilité de s'installer en secteur 2. Le succès de la formule tient – d'après la Directrice des Parcours de Saint Joseph, Bernadette Dureau – outre l'emplacement stratégique des centres : à l'attractivité médicale permise par les conditions de rémunération très compétitives pour les médecins, aux consultations sans rendez-vous et à la tarification en secteur 1, à l'accès à un plateau technique et à l'amplitude horaire d'ouverture ainsi qu'à la complémentarité avec l'offre hospitalière.

Toutefois, comme le déplore également Bernadette Dureau, le cadre juridique actuel ne facilite pas l'expérimentation de ce type de structures hybrides : l'investissement initial y est important pour disposer d'une infrastructure attractive pour les médecins et patients, la nécessité de bien rémunérer les médecins pour les attirer est difficilement compatible

³⁹ Il y a en réalité 2 types de centres de santé gérés par Saint Joseph : sur le site de l'hôpital saint Joseph avec une consultation hospitalière déportée et sur le site de Malakof. Tous sont gérés par l'association qui bénéficie d'un mandat de gestion de l'hôpital depuis 1999 et qui a été cédée à l'hôpital depuis 2013.

avec la cotation des actes de consultation ce qui rend l'équilibre économique délicat et impose d'avoir recours à des mécanismes d'incitation forte à la productivité (rémunération à l'acte). Ce type de centres de santé hospitalier gagnerait à dépasser le clivage entre installation secteur 1 / salariat et installation secteur 2/ libéral pour enrichir l'offre de soins sur ces centres et en faire de pôles attractifs. Au reste, dans le cas du centre de santé de Montgeron, la logique de parcours ville hôpital qui irrigue le projet justifierait de passer d'un financement à l'acte pour les consultations à un financement au parcours de soins bonifié.

L'ARS a très rapidement fermé la porte à un financement de la création du centre de Montgeron par le recours à une expérimentation article 51, au motif que d'autres aides spécifiques pour les centres de santé existent. Toutefois, les critères d'éligibilité à ces aides sont relativement peu lisibles de même que le montant attribué in fine. Ainsi, le cadre actuel de soutien public est assez peu incitatif car il suppose pour le porteur de projet de prendre le risque de ne pas obtenir de remboursement significatif ex post. Il serait intéressant de rouvrir la négociation sur l'opportunité du recours à une expérimentation article 51 non plus pour des aides fléchées sur le foncier, mais sur un complément de rémunération pour les consultations réalisées dans le centre au titre du parcours de soins.

Conclusion

Face à la croissance de la demande de soins et à la raréfaction de la ressource médicale, nombre de patients se tournent vers les structures de soins non programmés pour consulter en urgence. Cette situation met à rude épreuve les services d'urgences hospitalières et les structures hospitalières qui font face à des variations saisonnières d'activité importantes qu'elles parviennent de moins en moins à gérer et qui désorganisent le fonctionnement hospitalier dans son ensemble. Cette situation interroge également la performance de notre système de santé et la place relative des soins de ville de premier recours – et notamment la permanence des soins ambulatoires – et de l'hôpital.

Partageant les mêmes contraintes, les territoires et les établissements de santé cherchent de plus en plus à unir leurs forces pour mettre en place des organisations innovantes de manière à attirer des médecins et à renforcer la gradation et la pertinence des soins, aidés par les évolutions récentes du cadre réglementaire et financier.

Le centre hospitalier de Villeneuve-Saint-Georges, confronté à des difficultés à maîtriser ses flux de patients non programmés et à une difficulté croissante à attirer des médecins, s'est associé à la commune voisine de Montgeron, elle-même confrontée à un phénomène de désertification médicale, pour mettre en place un centre de santé d'un genre nouveau.

L'objectif de ce centre de santé est de permettre à l'hôpital de limiter l'ampleur des variations d'activité non programmée par un renforcement de l'offre de soins de ville, et de gagner des parts de marché sur le versant de son activité programmée ainsi que de se doter d'un outil d'attractivité médicale par une diversification des modes d'exercice et une rémunération intéressante. Pour la commune, ce centre de santé est un palliatif à l'érosion de l'offre de soins et pourrait ultérieurement inciter des médecins libéraux à revenir s'implanter dans la commune. L'étude des attentes des médecins et des différentes parties prenantes au projet a conduit à élaborer un projet en plusieurs étapes de déploiement : d'abord une consultation avancée hospitalière en ville, ensuite un centre de santé porté par une association, enfin l'implantation d'une maison de santé pluri professionnelle au sein du centre de santé. Le modèle vers lequel tendent le CHIV et la commune de Montgeron n'existant pas à proprement parler, il a fallu composer avec un cadre juridique contraignant, et un cadre budgétaire et financier peu incitatif pour ce modèle hybride entre structure employant des médecins hospitaliers et des médecins de ville.

L'heure n'est pas encore au bilan puisque l'expérimentation débute tout juste. Cependant, le portage de ce projet et l'adhésion forte qu'il a suscité dès ses prémises auprès de la communauté médicale comme des habitants de la ville de Montgeron laissent présager que cette expérimentation ne sera pas isolée tant le contexte du projet est emblématique de la situation de nombreux territoires en France. Dès lors, la proposition d'un modèle hybride tenant compte des contraintes de terrain, l'identification des freins juridiques et financiers qui interviennent dans le déploiement du projet en phase expérimentale, sa pé-

rennisation voire son éventuelle extension, constituent un utile témoignage pour d'autres initiatives comparables à venir.

Bibliographie

Textes de loi :

- Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé
- Décret n°2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé
- Arrêté du 27 février 2018 *relatif aux centres de santé*, JORF n°0050 du 1 mars 2018, texte n° 32
- Arrêté du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire

Rapports et enquêtes publics :

- ARS Ile de France, *Etude et analyse des conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé (Rapport)*, décembre 2016, 26p.
- ARS Ile de France, *Etude et analyse des conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé (Référentiel juridique)*, décembre 2016, 49p.
- ARS Ile de France, *Appel à projets : développement, soutien et pérennisation des centres de santé en Ile de France*, juin-septembre 2018, 10p.
- ARS Ile de France, *Cahier des charges : accompagnement sur l'ingénierie, la mise en œuvre et la pérennisation des Maisons de santé Pluri professionnelles*, juillet 2016, 56 p.
- ARS Ile de France, *Rapport d'activité des établissements de Santé 2018* [<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-06/Rapport-activite-etablissements-2018.pdf>]
- ARS Ile de France, *Guide relatif aux CPTS en Ile-de-France*, octobre 2017, 82p.
- Informations de la CARMF, « Focus sur votre région », n°66 décembre 2018, pp. 16, 32 et 33.
- Assemblée nationale, *Assurer le premier accès aux soins : Organiser les soins non programmés dans les territoires*, Rapport de Thomas Mesnier, Député de Charente, mai 2018
- Assurance Maladie, Commission paritaire régionale des Structures Pluri-Professionnelles d'Île-de-France, 21 juin 2019, 61 p.
- Commission Régionale d'Experts Urgence, *Activité des services d'urgence d'Ile de France*, rapport ARS Ile de France, 2017, 67p.

- Conseil national de l'Ordre des médecins, *Enquête sur les déterminants à l'installation*, 11 avril 2019 [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf]
- Magali CLAUSENER, Bulletin de l'Ordre des médecins, « Soins non programmés et continuité des soins », n° 62 juillet-août 2019, pp.13-15. [<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/17ly00n/bom62.pdf>]
- Conseil national de l'Ordre des médecins, *Enquête du CNOM sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018*, 25 mars 2019, 66 p. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2018.pdf]
- DGOS, Observatoire des centres de santé – 57^{ème} congrès des centres de santé, 6 octobre 2017, 32 p.
- Fédération Hospitalière de France (F.H.F.), *L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public*, Rapport de la Commission permanente de l'attractivité médicale, 2014, 42 p.
- Sénat, *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé*, Rapport de la Commission des affaires sociales du Sénat, Mmes Laurence COHEN, Catherine GENISSON et M. René-Paul SAVARY, 26 juillet 2017
- IGAS, *Les Centres de Santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, juillet 2013, 138 p.
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Jacky Le Menn, Paul Chalvin, *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester*, Juin 2015 (remis en novembre 2015), 274 p.

Articles :

- Laure-Anne SCHERRER, Hélène GENDREAU, Maxime MORIN, Henry GERVES, « Comment déployer une politique d'attractivité médicale ? », *La Revue Hospitalière de France*, n° 579, 2017/11, pp. 30-33
- Charlotte Folana, « Villeneuve-Saint-Georges : la clinique ouvre un nouveau service de consultation sans rendez-vous », *Le Parisien*, 3 mai 2019
- Caroline Coq-Chodorge, « Aux urgences les personnes âgées meurent d'attendre », *Médiapart*, 5 juin 2019

Documents internes :

- Hôpitaux Confluence, *Projet Médical Partagé*, avril 2019, 44 p.

Liste des annexes

- Annexe 1 : Diagnostic territorial de l'offre de soins, outil Pharaon CPAM Ile de France**
- Annexe 2 : Schéma de coopération ville-hôpital**
- Annexe 3 : Plan des locaux du centre, RDC**
- Annexe 4 : Flyer de communication interne au CHIV**
- Annexe 5 : Ventilation des financements ARS aux centres de santé**
- Annexe 6 : Hypothèse 1 ouverture du centre du lundi au vendredi de 8h à 20h**
- Annexe 7 : Hypothèse 2 ouverture du centre du lundi au samedi de 8h à 17h**
- Annexe 8 : Hypothèse 3 ouverture du centre du lundi au vendredi de 8h à 19h**
- Annexe 9 : Tableau d'amortissement de l'emprunt pour les travaux du centre**

Annexe 1 : Diagnostic territorial de l'offre de soins, outil Pharaon CPAM Ile de France



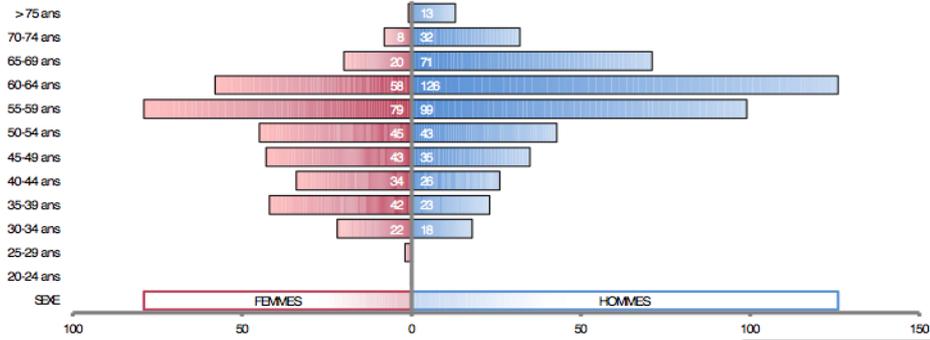
PHARAON
OUTIL DE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

DCGDR Île-de-France
Source : SNIIRAM/SNDS DA_PRA_R (décembre 2018)

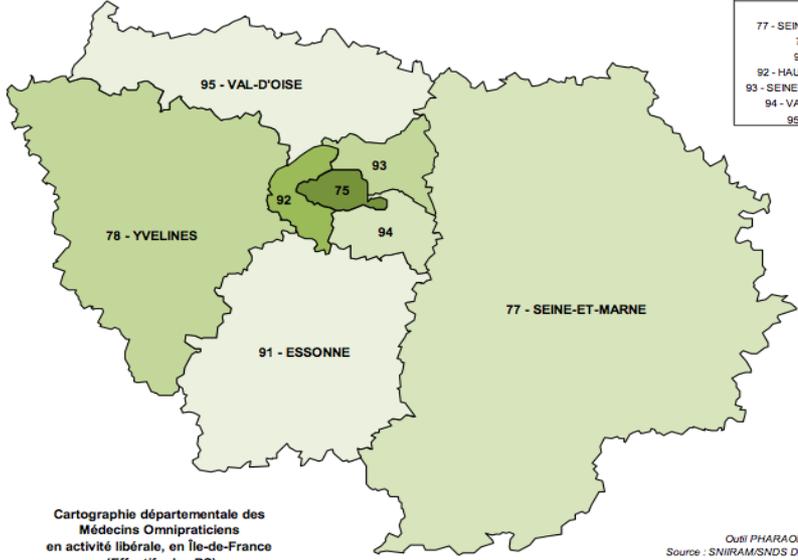
- 1 Sélectionnez un département ou la région
91 - ESSONNE
- 2 Sélectionnez la profession médicale
Médecins Omnipraticiens
- 3 Cliquez sur la variable de cartographie
DENSITÉ
EFFECTIFS
ÉVOLUTION

	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	> 75 ans	Total
HOMMES	0	0	18	23	26	35	43	99	126	71	32	13	486
FEMMES	0	2	22	42	34	43	45	79	58	20	8	1	354
Évolution		0,0%	-7,0%	4,6%	11,1%	-2,5%	-20,0%	-2,7%	1,1%	-16,5%	2,6%	55,6%	-3,8%

Pyramide des âges des Médecins Omnipraticiens en activité libérale (décembre 2018) en Essonne

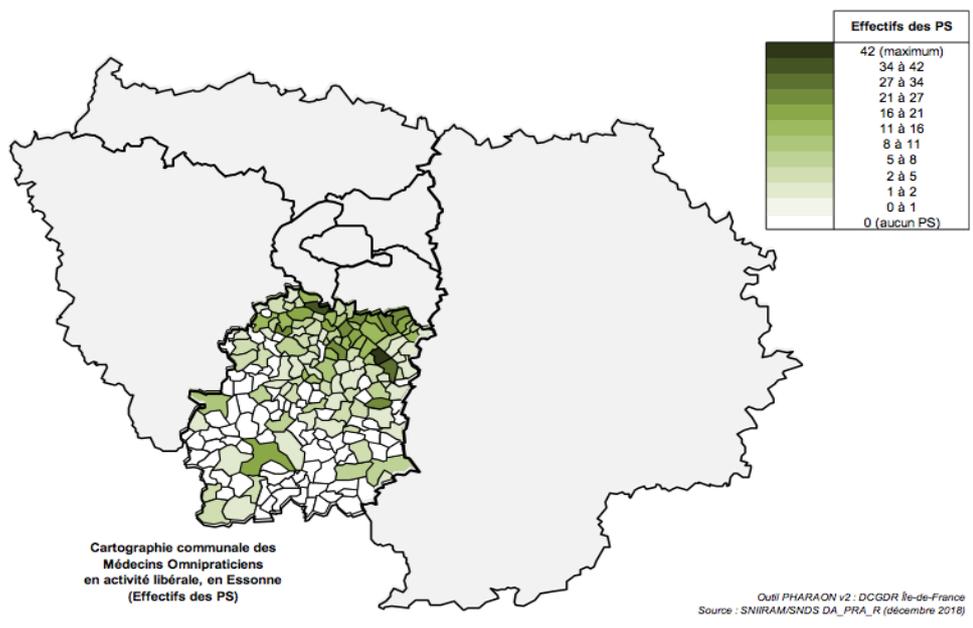


Effectifs des PS	
75 - PARIS	2222
77 - SEINE-ET-MARNE	883
78 - YVELINES	1009
91 - ESSONNE	840
92 - HAUTS-DE-SEINE	1104
93 - SEINE-SAINT-DENIS	953
94 - VAL-DE-MARNE	880
95 - VAL-D'OISE	796



Cartographie départementale des Médecins Omnipraticiens en activité libérale, en Île-de-France (Effectifs des PS)

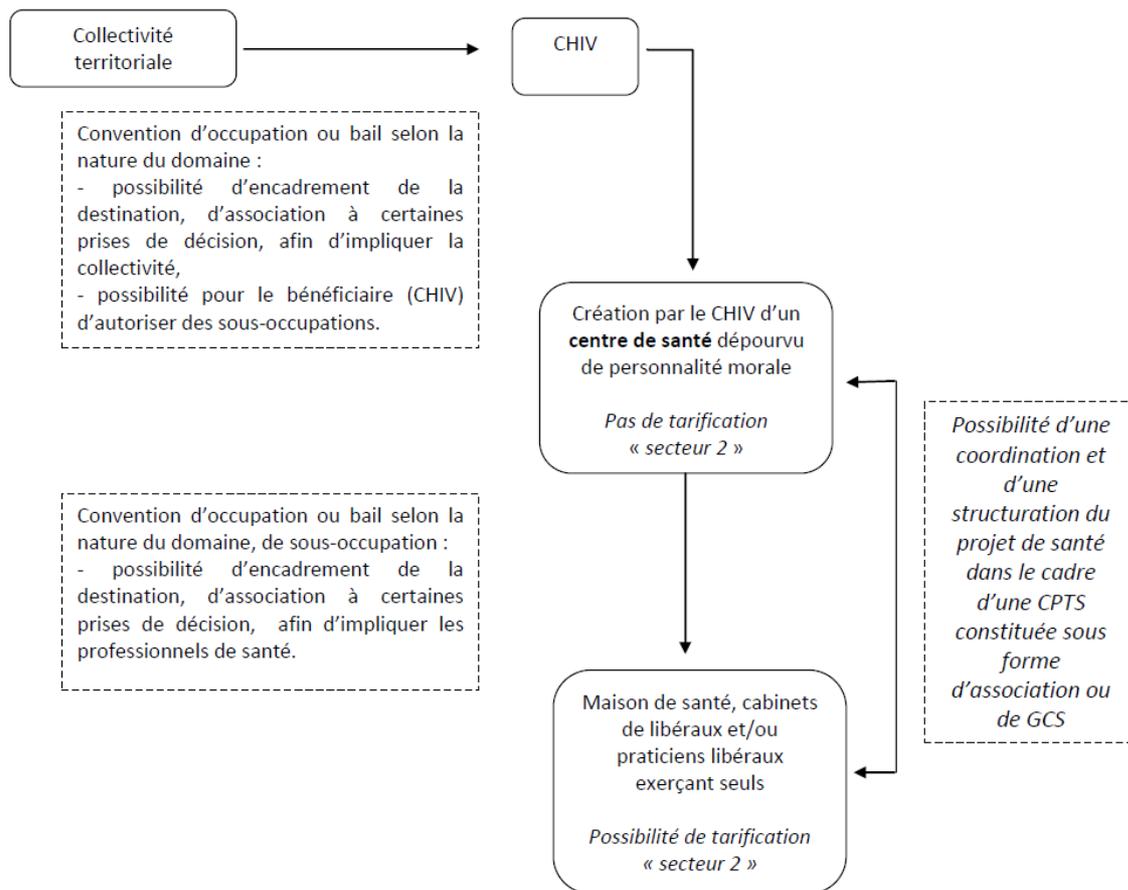
Outil PHARAON v2 : DCGDR Île-de-France
Source : SNIIRAM/SNDS DA_PRA_R (décembre 2018)



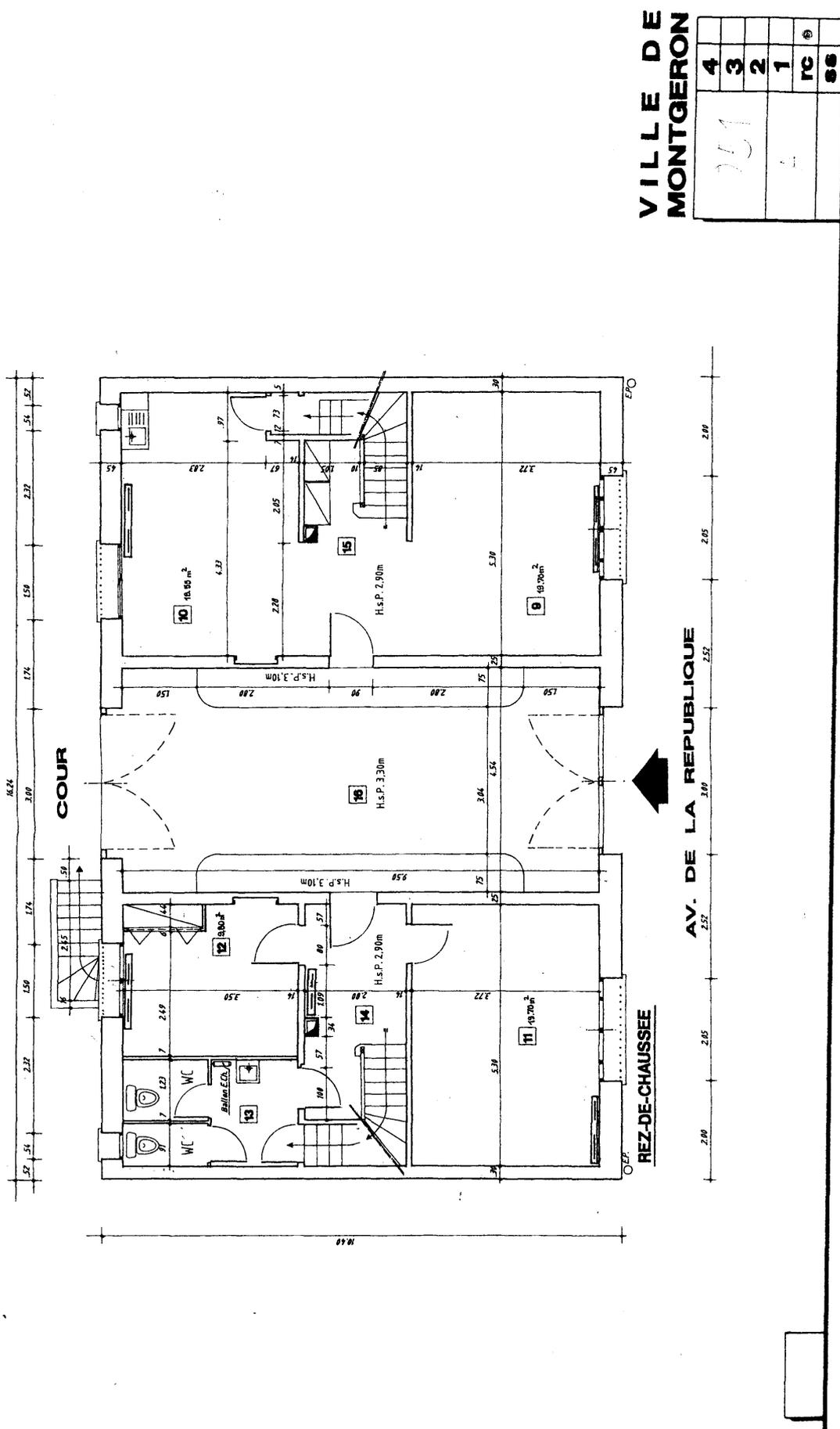
Cartographie communale des Médecins Omnipraticiens en activité libérale, en Essonne (Effectifs des PS)

Outil PHARAON v2 : DCGDR Île-de-France
Source : SNIIRAM/SNDS DA_PRA_R (décembre 2018)

Annexe 2 : Schéma de coopération ville-hôpital



Annexe 3 : Plan des locaux du centre, RDC



MONTGERON



CONSULTEZ À MONTGERON !

**Le CHIV ouvre
un centre de santé
en Septembre 2019 :**

- Limiter la désertification médicale
- Renforcer le rôle du CHIV et son image

↳ **Concerne toutes spécialités
PH, PA, Assistants PH**

↳ **Rémunération :
321 €/J (PH 10ème échelon)**

↳ **Locaux équipés et rénovés
pour la consultation**

↳ **Point d'information en CME**

Parlez en à votre chef de Service !

CONTACTS

Audrenn ASSELINEAU
audrenn.asselineau@chicreteil.fr

Aurélié BLAISE
Bureau des Affaires Médicales
Aurélié.blaise@chiv.fr

Annexe 5 : Ventilation des financements ARS aux centres de santé

		Ingénierie	Aide à l'équipement	Information	Aide au fonctionnement	Prévention	ETP	Education et promotion de la santé	Protocoles et entres professionnel s	Total
Centres médicaux	Montant alloué	0,00	136 824,00	68 708,00	153 743,50	7 000,00	10 500,00	355 684,00	0,00	732 459,50
	Nb de centres bénéficiaires	0	2	3	4	1	1	2	0	13
	Moyenne par centres	0,00	68 412,00	22902,67	38 435,88	7 000,00	10 500,00	177 842,00	0,00	302 189,88
centres médicaux avec activité dentaire ou sage-femm	Montant alloué	0,00	0,00	15 000,00	11 277,00	0,00	14 500,00	0,00	0,00	40 777,00
	Nb de centres bénéficiaires	0	0	1	2	0	1	0	0	4
	Moyenne par centres	0,00	0,00	15 000,00	5 638,50	0,00	14 500,00	0,00	0,00	35 138,50
Centres pluri professionnels	Montant alloué	5 000,00	25 000,00	282 423,00	275 346,00	4 818 238,00	596 804,00	189 855,00	2 000,00	6 194 666,00
	Nb de centres bénéficiaires	1	1	25	7	33	25	4	1	97
	Moyenne par centres	5 000,00	25 000,00	11 296,92	39 335,14	146 007,21	23 872,16	47 463,75	2 000,00	299 975,18
Centres dentaires	Montant alloué	0,00	0,00	34 333,00	50 000,00	0,00	7 875,00	30 000,00	0,00	122 208,00
	Nb de centres bénéficiaires	0,00	0,00	3,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	6
	Moyenne par centres	0,00	0,00	11 444,33	50 000,00	0,00	7 875,00	30 000,00	0,00	99 319,33
centres infirmiers	Montant alloué	0,00	67 000,00	0,00	12 052,00	0,00	0,00	18 000,00	0,00	97 052,00
	Nb de centres bénéficiaires	0	2	0	2	0	0	1	0	5
	Moyenne par centres	0,00	33 500,00	0,00	6 026,00	0,00	0,00	18 000,00	0,00	57 526,00
Total des montants alloués		5 000,00	228 824,00	400 464,00	502 418,50	4 825 238,00	629 679,00	593 539,00	2 000,00	7 187 162,50

FINANCEMENTS DES CENTRES PAR LES ARS

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS



Annexe 7 : Hypothèse 2 ouverture du centre du lundi au samedi de 8h à 17h

CALCUL EFFECTIF PRODUCTIF NECESSAIRE (EPN) page 1 METIER : ETP budgétés :

				janvier/février							mars/avril							mai/juin							juillet/août							septembre/octobre							novembre/décembre						
Période B ou N ou H				N							N							N							N							N							N						
horaire	début	fin	pause	TTE 1	Période Basse							Période Normale							Période Haute																										
Prises en compte pour le recouvrement				en h	L	M	M	J	V	S	D	Nb	H	L	M	M	J	V	S	D	Nb	H	L	M	M	J	V	S	D	Nb	H	L	M	M	J	V	S	D	Nb	H	moy	h/sem			
	8:00	17:00	1:00	8:00								0	0:00	1	1	1	1	1	1	0	6	48:00							0	0:00							0	0:00	6,0	48:00					
				0:00								0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
				0:00								0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
				0:00								0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
				0:00								0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
				0:00								0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
Nuit (32.5h)				1:50								0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
Nuit (35h)				0:00								0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
Non prises en compte pour le recouvrement												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
Jour				0:00								0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
autre hor jour				0:00								0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
autre hor nuit				0:00								0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00							0	0:00							0	0:00	0,0	0:00						
												0	0:00							0	0:00																								

Annexe 9 : Tableau d'amortissement de l'emprunt pour les travaux du centre

Parametres du credit:							
Montant de l'emprunt: 170000 euros							
Duree du pret: 60 mois							
Taux annuel du credit: 1 %							
Assurance mensuelle: 0							
Debut du credit: 10 / 2019							
Mensualite du credit : 2905.94							
TABLEAU D AMORTISSEMENT							
ECHEANCE	DATE	CAPITAL RESTANT DU	MENSUALITE	DONT CAPITAL	DONT INTERETS	ASSURANCE	MENSUALITE AVEC ASSURANCE
1	oct-19	167235.73	2905.94	2764.27	141.67	0.00	2905.94
2	nov-19	164469.16	2905.94	2766.57	139.36	0.00	2905.94
3	déc-19	161700.28	2905.94	2768.88	137.06	0.00	2905.94
4	janv-20	158929.09	2905.94	2771.19	134.75	0.00	2905.94
5	févr-20	156155.59	2905.94	2773.50	132.44	0.00	2905.94
6	mars-20	153379.79	2905.94	2775.81	130.13	0.00	2905.94
7	avr-20	150601.67	2905.94	2778.12	127.82	0.00	2905.94
8	mai-20	147821.23	2905.94	2780.44	125.50	0.00	2905.94
9	juin-20	145038.48	2905.94	2782.75	123.18	0.00	2905.94
10	juil-20	142253.41	2905.94	2785.07	120.87	0.00	2905.94
11	août-20	139466.01	2905.94	2787.39	118.54	0.00	2905.94
12	sept-20	136676.30	2905.94	2789.72	116.22	0.00	2905.94
13	oct-20	133884.26	2905.94	2792.04	113.90	0.00	2905.94
14	nov-20	131089.89	2905.94	2794.37	111.57	0.00	2905.94
15	déc-20	128293.19	2905.94	2796.70	109.24	0.00	2905.94
16	janv-21	125494.17	2905.94	2799.03	106.91	0.00	2905.94
17	févr-21	122692.61	2905.94	2801.36	104.58	0.00	2905.94
18	mars-21	119889.12	2905.94	2803.69	102.24	0.00	2905.94
19	avr-21	117083.09	2905.94	2806.03	99.91	0.00	2905.94
20	mai-21	114274.72	2905.94	2808.37	97.57	0.00	2905.94
21	juin-21	111464.01	2905.94	2810.71	95.23	0.00	2905.94
22	juil-21	108650.96	2905.94	2813.06	92.89	0.00	2905.94
23	août-21	105835.57	2905.94	2815.39	90.54	0.00	2905.94
24	sept-21	103017.83	2905.94	2817.74	88.20	0.00	2905.94
25	oct-21	100197.74	2905.94	2820.09	85.85	0.00	2905.94
26	nov-21	97375.30	2905.94	2822.44	83.50	0.00	2905.94
27	déc-21	94550.51	2905.94	2824.79	81.15	0.00	2905.94
28	janv-22	91723.36	2905.94	2827.14	78.79	0.00	2905.94
29	févr-22	88893.86	2905.94	2829.50	76.44	0.00	2905.94
30	mars-22	86062.00	2905.94	2831.86	74.08	0.00	2905.94
31	avr-22	83227.78	2905.94	2834.22	71.72	0.00	2905.94
32	mai-22	80391.20	2905.94	2836.58	69.36	0.00	2905.94
33	juin-22	77552.26	2905.94	2838.94	66.99	0.00	2905.94
34	juil-22	74710.95	2905.94	2841.31	64.63	0.00	2905.94
35	août-22	71867.27	2905.94	2843.68	62.26	0.00	2905.94
36	sept-22	69021.22	2905.94	2846.05	59.89	0.00	2905.94
37	oct-22	66172.80	2905.94	2848.42	57.52	0.00	2905.94
38	nov-22	63322.01	2905.94	2850.79	55.14	0.00	2905.94
39	déc-22	60468.84	2905.94	2853.17	52.77	0.00	2905.94
40	janv-23	57613.30	2905.94	2855.55	50.39	0.00	2905.94
41	févr-23	54755.37	2905.94	2857.93	48.01	0.00	2905.94
42	mars-23	51895.06	2905.94	2860.31	45.63	0.00	2905.94
43	avr-23	49032.37	2905.94	2862.69	43.25	0.00	2905.94
44	mai-23	46167.29	2905.94	2865.06	40.86	0.00	2905.94
45	juin-23	43299.83	2905.94	2867.46	38.47	0.00	2905.94
46	juil-23	40429.98	2905.94	2869.85	36.08	0.00	2905.94
47	août-23	37557.73	2905.94	2872.25	33.69	0.00	2905.94
48	sept-23	34683.09	2905.94	2874.64	31.30	0.00	2905.94
49	oct-23	31806.06	2905.94	2877.03	28.90	0.00	2905.94
50	nov-23	28926.62	2905.94	2879.43	26.51	0.00	2905.94
51	déc-23	26044.79	2905.94	2881.83	24.11	0.00	2905.94
52	janv-24	23160.56	2905.94	2884.23	21.70	0.00	2905.94
53	févr-24	20273.92	2905.94	2886.64	19.30	0.00	2905.94
54	mars-24	17384.88	2905.94	2889.04	16.89	0.00	2905.94
55	avr-24	14493.43	2905.94	2891.45	14.49	0.00	2905.94
56	mai-24	11599.57	2905.94	2893.86	12.08	0.00	2905.94
57	juin-24	8703.30	2905.94	2896.27	9.67	0.00	2905.94
58	juil-24	5804.62	2905.94	2898.68	7.25	0.00	2905.94
59	août-24	2903.52	2905.94	2901.10	4.84	0.00	2905.94
60	sept-24	-0.00	2905.94	2903.52	2.42	0.00	2905.94

ASSELINÉAU	Audrenn	<Date du jury>
Directeur d'Hôpital Promotion 2018-2019		
L'hôpital et la ville face à la rareté de la ressource médicale et à la demande de soins non programmés		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
Résumé :		
<p>L'insuffisance de l'offre de soins de ville pour répondre aux besoins des populations induit un recours croissant aux structures de soins non programmés. La raréfaction de la ressource médicale ne touche pas que la médecine de ville, les hôpitaux font face eux aussi à des enjeux inédits en la matière. Face à la double contrainte de croissance des flux de patients non programmés qui désorganisent les structures hospitalières et à la raréfaction de la ressource médicale en ville comme à l'hôpital, villes et hôpitaux cherchent aujourd'hui à expérimenter de nouveaux modes de partenariat pour répondre aux besoins de santé des populations, dans un contexte marqué par des contraintes exogènes de plus en plus fortes.</p> <p>C'est dans ce contexte que s'inscrit la demande de la commune de Montgeron au CHI de Villeneuve Saint Georges, à la frontière du Sud du Val de Marne et du Nord de l'Essonne.</p> <p>L'hôpital a ainsi étudié d'une part ses leviers d'actions pour lisser les flux de patients programmés, augmenter la part de programmé dans son activité et d'autre part l'opportunité de gérer un centre de santé pour améliorer son attractivité médicale. Un projet ville hôpital a ainsi vu le jour, pour créer un centre de santé d'un genre nouveau, qui suppose de composer avec un cadre juridique et financier contraignant, peu adapté au modèle proposé.</p> <p>L'objectif est de permettre à des médecins, qu'ils soient salariés de l'hôpital ou libéraux installés en secteur 1 et en secteur 2, de travailler au sein d'une même structure de ville, qui entretient d'étroites relations avec l'hôpital gestionnaire. Ce mémoire présente la méthode, le contexte spécifique qui a vu naître le projet ville hôpital et s'intéresse aux limites de l'expérimentation telle qu'elle a vu le jour d'une part et aux prérequis pour pérenniser et étendre le modèle proposé à d'autres établissements d'autre part.</p>		
Mots clés :		
Centre de santé, maison de santé, raréfaction de la ressource médicale, attractivité médicale, soins non programmés, projet ville hôpital, expérimentation, affaires médicales, stratégie hospitalière, accès aux soins		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		