



EHESP

ELEVE DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion : **2020-2021**

Date du Jury : **Octobre 2021**

**Les urgences en crise : restructuration
locale d'un service en voie de réforme
nationale**

Louise GUERNER

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Loriane AYOUB, Directrice de la Stratégie, de la performance et des projets au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis (CHIAP) pour m'avoir permis de contribuer au plan de restructuration des urgences, pour la confiance qu'elle m'a accordée ce-faisant, et pour son appui précieux dans la construction de mon mémoire.

Mes remerciements vont également à l'ensemble des directeurs, médecins et cadres de santé interrogés dans le cadre de ce travail pour les échanges qui m'ont permis de murir ma réflexion au sujet des urgences et de comprendre le contexte local dans toute sa complexité.

Je souhaite également remercier mon maître de stage, Monsieur Nicolas FLEURENTDIDIER, et toute l'équipe de direction du CHIAP qui m'a accueillie en son sein avec bienveillance.

Je remercie aussi Michel LOUAZEL qui m'a porté conseil dans la construction de ce travail.

Sommaire

Introduction	4
1 Une crise à la fois aiguë et persistante du SAU, dans un contexte de réforme de la prise en charge des urgences	7
1.1 Un premier temps de diagnostic nécessaire pour objectiver les causes des dysfonctionnements et les besoins du service	7
1.1.1 Le SAU sur son territoire : une augmentation du nombre de passages malgré un maillage dense de la médecine de ville	7
1.1.2 Des locaux inadaptés, des lacunes organisationnelles et un sous-effectif médical qui nuisent à l'attractivité du service pour les professionnels et la prise en charge des patients.....	9
1.1.3 Des difficultés persistantes malgré la mise en place de plans d'action successifs	14
1.2 Les réformes en cours doivent permettre un tournant dans l'orientation et la prise en charge des urgences, mais créent de l'incertitude à court terme sur l'évolution des flux et les moyens financiers alloués aux EPS	16
1.2.1 Ma Santé 2022, le Pacte de refondation des urgences et le Ségur de la santé : une profonde réforme des urgences en France.....	16
1.2.2 Une réforme du financement des urgences qui entend modifier les comportements des patients et l'offre de soins des établissements.....	21
2 Construire un plan d'action dans un contexte de crise, en tenant compte des attentes fortes et parfois divergentes des acteurs hospitaliers	29
2.1 Un plan d'action développé sur plusieurs mois, piloté par la Direction de la stratégie, de la performance et des projets	29
2.1.1 A l'origine, un pilotage médical qui a ensuite été partagé avec la Direction..	29
2.1.2 Le plan d'action à ce jour : deux projets phares, et des mesures pour améliorer l'organisation au sein du SAU et dans ses liens avec le reste de l'établissement.....	30
2.2 Tenir compte des attentes multiples et parfois divergentes des acteurs du terrain, tout en garantissant la stabilité et la pertinence du cap fixé	38

2.2.1	Les attentes du terrain : médecins, direction, encadrement soignant, gestion parcours patients.....	38
2.2.2	Les possibilités soutenues par la tutelle	41
2.2.3	Les attentes des partenaires	42
2.3	Penser les méthodes de la démarche projet pour susciter l'adhésion des professionnels, innover, et concrétiser le lien ville-hôpital.....	43
2.3.1	Impliquer un territoire sur le portage du projet de CSNP	43
2.3.2	Embarquer les acteurs en les impliquant et en concevant des formats de réunion spécifiques	45
2.3.3	Faire appel à des expertises externes pour objectiver un constat, ou pour innover dans la rénovation du service.....	46
2.4	Propositions formulées sur les urgences, et sur la méthodologie de projet	47
	Conclusion.....	49
	Bibliographie.....	50
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAP : Appel à projet
AMC : Assurance maladie complémentaire
AMO : Assurance maladie obligatoire
AMUF : Association des médecins urgentistes de France
AP-HM : Assistance publique – Hôpitaux de Marseille
ARS : Agence régionale de santé
ATU : Accueil et traitement des urgences
CAMU : Capacité de médecine d'urgence
CCAR : Comité consultatif d'allocation de ressources
CDOM : Conseil départemental de l'Ordre des médecins
CHIAP : Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis / Centre hospitalier du Pays d'Aix
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission médicale d'établissement
COPERMO : Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'offre de soins hospitaliers
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
CSNP : Centre de soins non programmés
DES : Diplôme d'Études Spécialisées
DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSPP : Directrice de la stratégie, de la performance et des projets
ECG : Électrocardiogramme
EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPS : Établissement public de santé
ETP : Équivalent temps plein
FAU : Forfait accueil et traitement des urgences
GHRMSA : Groupe hospitalier de la région de Mulhouse et Sud-Alsace
GHS : Groupe homogène de séjours
GHT : Groupement hospitalier de territoire
IDE : Infirmier diplômé d'état
IOA : Infirmier organisateur de l'accueil
IPA : Infirmier de pratique avancée
MCO : Médecine – Chirurgie - Obstétrique

MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PFA : Participation forfaitaire assuré

PH : Praticien hospitalier

PDS : Permanence des soins

RUV : Réanimation des urgences vitales

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAS : Service d'accès au soin

SAU : Service d'accueil des urgences

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SSR : Soins de suite et de réadaptation

TTA : Temps de travail additionnel

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

URPS : Union régionale des professionnels de santé

ZAA : Zone d'attente d'aval

Méthodologie

Ce mémoire rend compte d'un projet initié sur la période du stage hospitalier que j'ai réalisé au Centre hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis. J'ai travaillé avec la Directrice de la Stratégie, de la performance et des projets sur la construction du projet de Centre de soins non programmés sur le site d'Aix-en-Provence, et j'ai été impliquée tout au long de l'élaboration du plan d'action pour restructurer le service d'accueil des urgences.

L'analyse présentée sur les causes de la crise, la portée des réformes en cours et la réponse à apporter aux problématiques constatées est nourrie d'échanges avec des établissements extérieurs dans le cadre d'un benchmark réalisé pour le projet, d'échanges lors de réunion avec les acteurs internes et externes de ce projet (ARS, municipalité, organisations syndicales...), et d'entretiens menés avec des médecins, cadres, et des directeurs connaissant l'historique du service et/ou ayant un rôle dans l'élaboration du projet (11 personnes interrogées). Le mémoire reprend aussi l'analyse et les préconisations émises dans plusieurs rapports récents portant sur les urgences, dont le rapport de Thomas Mesnier « Assurer le premiers accès au soin : Organiser les soins non programmés » de 2018 et de Jean-Yves Grall intitulé « Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences » de 2015. Le travail de benchmark m'a permis d'interroger dix établissements sur l'organisation de leur service et plus particulièrement de leur filière ambulatoire, ainsi que leur perspective sur les évolutions des prises en charge à prévoir aux urgences en application des réformes nationales. L'étude mobilise également des documents de l'établissement des années antérieures pour analyser l'origine de la crise.

Le mémoire explore les leviers de réussite de la conception et de la mise en œuvre à venir du plan d'action, comme les limites et les difficultés rencontrées afin de proposer des pistes de réflexion sur la reproductibilité de la démarche et des propositions sur les urgences.

Introduction

La France connaît une hausse continue depuis 20 ans, de 3,5 % en moyenne annuelle de la fréquentation de ses services hospitaliers d'accueil des urgences (Mesnier, 2018 : 2). Dans les années récentes, ce sont entre 20 et 21 millions de patients qui sont admis annuellement aux urgences. Les urgences sont passées d'un service spécialisé pour les prises en charge graves et non-programmées, à une porte d'entrée commune dans le système de santé. Des moyens croissants ont été alloués aux services d'urgences pour tenter de s'adapter à cette évolution, mais malgré cela les structures ne sont pas en mesure de garantir, sous cet afflux, des prises en charge de qualité dans des conditions de travail adéquates pour les professionnels. Cette mutation des urgences a mené à une crise aigüe au cours de l'année 2019 marquée par des grèves dans de nombreux services d'urgences de France. Au 6 septembre, 249 services d'urgences étaient en grève selon les chiffres du collectif Inter-Urgences. Si la stratégie Ma Santé 2022 instaurait les bases pour réorienter les patients non urgents vers les structures de ville et réformer le financement des urgences, le Pacte de refondation des urgences paru en réponse à la crise, et le Ségur de la santé renforcent et accélèrent la transition attendue.

Plusieurs causes, plus ou moins présentes selon le territoire ont mené à ces situations. Une partie de cette hausse trouve sa source dans le vieillissement de la population et la croissance de la prévalence des maladies chroniques. L'augmentation des passages est également liée à la difficulté d'accès aux soins de ville en amont des urgences. D'après une étude de la DREES basée sur des données de 2013, 43% des passages aux urgences auraient pu être pris en charge par la médecine ambulatoire (Mesnier, 2018: 2). Le nombre de médecins généraliste décroît, et la répartition territoriale des professionnels marque des écarts importants. La réforme de 2002 de la permanence des soins ambulatoires a rendu la participation à celle-ci volontaire et non plus obligatoire pour les médecins de ville, ce qui a eu pour effet de diminuer l'offre ambulatoire durant les périodes de permanence des soins et de reporter ces patients vers les urgences. Par ailleurs, deux tiers des patients pensent que le numéro d'appel du 15 est réservé aux urgences vitales, et se présentent de leur propre initiative aux urgences sans régulation préalable (Mesnier, 2018 : 2). L'afflux de ces « urgences légères » au sein des services génère des délais importants de prise en charge qui pèsent sur les professionnels, et occupent des locaux devenus exigus.

Dans de nombreux services la situation de crise est aussi liée à la difficulté à trouver une place ou un lit en sortie des urgences, faute parfois d'une place prioritaire accordée à l'activité non programmée dans les services hospitaliers. La recherche de lits et l'isolement

de certains services d'urgences au sein de l'institution génèrent des tensions et consomment du temps médical.

De nombreux services d'urgences connaissent des difficultés organisationnelles internes. La raréfaction de la compétence médicale des urgentistes, et la concurrence induite notamment par l'intérim dans ce secteur font de la couverture des lignes de garde un défi permanent pour beaucoup d'établissements. La suppression de la capacité de médecine d'urgence (CAMU) et du DESC de médecine d'urgence, concomitamment à la création du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine d'urgence dans le cadre de la réforme du 3^e cycle des études médicales, sont autant de décisions qui ont réduit le vivier des urgentistes qui doivent faire le choix de cette spécialisation initiale, sans qu'aucune voie ultérieure d'accès à cette spécialité ne soit ouverte en cours de parcours. L'instauration du travail continu sur 39 heures des urgentistes a également augmenté le nombre de médecins nécessaires pour pourvoir un même nombre de lignes de garde. D'après la Cheffe de pôle des urgences d'Aix, les urgentistes spécialisés formés en CHU sont plus attirés par l'exercice au sein des établissements de pointe qui leur permet de prendre en charge les cas les plus graves pour lesquels ils ont été formés. A cela s'ajoute une complexité inhérente à mettre en place des organisations stables et connues dans un service où les prises en charges sont caractérisées par leur urgence et l'absence de programmation.

Le site d'Aix-en-Provence du Centre hospitalier du Pays d'Aix, objet de cette étude, ne fait pas exception aux phénomènes constatés au niveau national. Son service d'accueil des urgences connaît des périodes de crise intermittentes depuis 2013, marquées par des vagues de départs de médecins urgentistes et des changements fréquents du leadership médical. Cette crise a atteint son niveau le plus aigu au début de l'été 2021, sur la base de l'indicateur du nombre de postes médicaux pourvus. Il était au niveau le plus bas en juillet 2021, avec 14 ETP sur les 28 ETP prévus et la prise de congés estivaux. Le Directeur général a missionné au début de l'année 2021 la Directrice de la stratégie, de la performance et des projets pour appuyer le Chef de service des urgences dans la construction d'un projet de service permettant de répondre aux problématiques et de stabiliser son fonctionnement.

Ce projet m'a particulièrement intéressée dans la mesure où il illustre les rôles multiples que joue un directeur dans la coordination et la construction de la réponse à un service en crise, sur le court et le long terme. En tant que directeur d'hôpital, face aux défis que connaissent les services de nos établissements nous devons analyser leurs causes, relever les forces et faiblesses des organisations, des acteurs et de leurs liens, et des ressources dont dispose l'établissement, les opportunités et incertitudes que présente l'environnement

externe, et ainsi concevoir, avec les communautés médicales et soignantes, des solutions durables et adaptées pour répondre intelligemment aux problématiques identifiées. Les réponses à apporter pour la refonte du service des urgences doivent tenir compte des contraintes et possibilités des ressources internes : ressources humaines médicales et non médicales, logistiques, architecturales, et organisationnelles et de l'évolution du modèle des urgences à prévoir en application des réformes en cours. L'analyse du contexte de réforme des urgences, et des modalités humaines, organisationnelles, matérielles et financières de ce projet m'ont permis d'appréhender le rôle à la fois stratégique et opérationnel que joue le directeur d'hôpital.

Ce mémoire s'attachera au cas du CHIAP pour répondre à la question suivante : face au constat de crise pérenne du service d'accueil des urgences, et dans un contexte d'incertitude quant à l'évolution de la typologie et du volume de passages, comment mener un projet de réorganisation du SAU attendu et nécessaire, permettant d'améliorer l'attractivité médicale et la qualité des prises en charge ?

Pour y répondre, la première partie de ce travail permettra l'analyse du contexte du projet, en distinguant le contexte interne de la crise des urgences du CHIAP du contexte externe caractérisé par la réforme des urgences (1). La deuxième partie développera la construction d'un plan d'action dans un contexte de crise, en tenant compte des attentes fortes et parfois divergentes des acteurs hospitaliers (2).

1 Une crise à la fois aiguë et persistante du SAU, dans un contexte de réforme de la prise en charge des urgences

1.1 Un premier temps de diagnostic nécessaire pour objectiver les causes des dysfonctionnements et les besoins du service

1.1.1 Le SAU sur son territoire : une augmentation du nombre de passages malgré un maillage dense de la médecine de ville

Les urgences générales du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis (hors urgences gynécologiques, neurologiques, cardiologiques et urgences médicales pédiatriques) sont accueillies 24h/24 sur le site d'Aix, qui a enregistré 47 841 passages en 2019. Le site de Pertuis dispose également d'un service d'accueil des urgences adultes (15 500 passages en 2019). Sur chacun de ces sites est assurée une ligne de SMUR en 24h ainsi qu'une ligne de SMUR secondaire de 8h30 à 20h30 pour le seul site d'Aix, dispositif interrompu depuis plusieurs mois en raison de carence d'effectif médical. Adjacentes aux services d'accueil des urgences des deux sites sont aussi couvertes médicalement deux unités d'hospitalisation de courte durée d'une capacité de 7 lits sur le site d'Aix. Toutefois, à ce jour, ces 7 lits sont plutôt dédiés à l'accueil des patients de la filière infectieuse, dans le cadre de la crise du Covid-19.

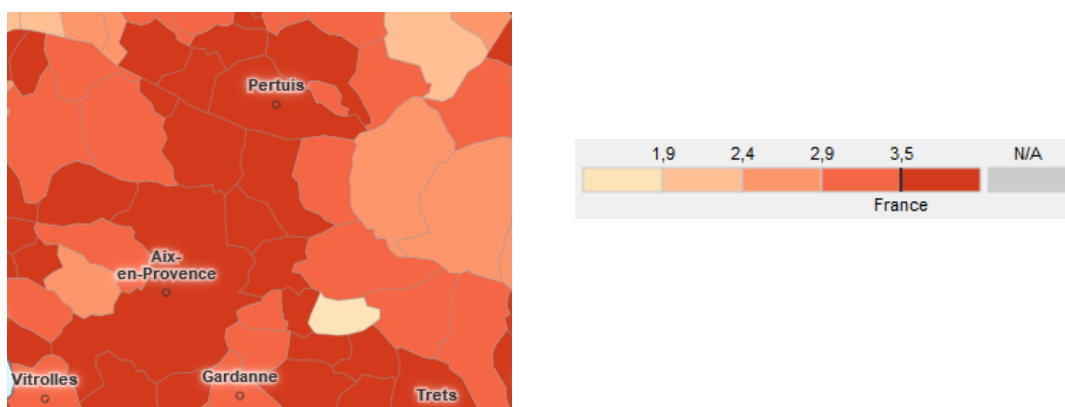
Le SAU du CHIAP fait face à un afflux croissant de patients. L'activité des urgences adultes du site d'Aix-en-Provence connaît, hors période de crise sanitaire du Covid-19, une tendance modérée à la hausse : +6,9% sur 5 ans entre 2014 et 2019. La crise du Covid-19 a eu pour effet une baisse de l'activité du SAU d'environ 20%. Toutefois, nous constatons, avec la fin des restrictions sanitaires, une reprise de l'activité proche du nombre de passages de 2019. Deux autres services d'accueil des urgences desservent le territoire : les urgences de l'Hôpital privé de Provence (20 000 passages en 2019) et du site de Pertuis. Le SAU du site d'Aix accueille la grande majorité des patients nécessitant des soins urgents du territoire, de jour comme de nuit.

Passages aux services d'accueil des urgences du CHIAP (2017-2021)

Année	2017	2018	2019	2020	À mai 2021
Passages Urgences Aix <i>Dont urgences pédiatriques traumatologiques 8/10%</i>	47 239	48 422	47 841	37 593	15 129
Passages Urgences pédiatriques	14 854	15 566	16 079	11 014	5 108
Passages Pertuis	15 731	15 699	15 446	12 256	5 020

La zone d'attractivité actuelle du CHIAP est un bassin de 145 000 habitants sur la ville d'Aix et de 395 000 habitants sur le territoire du Pays d'Aix. La population du Pays d'Aix a accès à une offre de médecine de ville supérieure à la moyenne nationale (3,5 consultations de médecin généraliste par an par habitant) dans la majorité des communes dont Aix-en-Provence (4,5 consultations par an par habitant). Ce maillage de médecins généralistes permet un accès facilité à des consultations programmées de médecine générale. Néanmoins le nombre de passages quotidiens au SAU d'Aix qui relèvent de la médecine générale et non hospitalière pointe le manque d'offre ambulatoire de soins non programmés ou nécessitant des examens complémentaires sur le territoire.

Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes de moins de 65 ans (consultations par an par habitant) 2018



Sur les 48 000 passages décomptés en 2019, 30 à 35% relèvent de la filière courte et pourraient être réorientés vers une structure de soins ambulatoires, soit environ 35 à 40 patients par jour. Un médecin généraliste assure cette filière de 8h30 à 18h30 tous les jours. 65% des passages sont orientés dans la filière longue, assurée par trois médecins urgentistes ou généralistes en 24h, dont un qui est également en charge de la filière infectieuse. 34% des patients hospitalisés au CHIAP proviennent des urgences, et 64% proviennent du domicile en 2019. Les urgences sont ainsi la première étape du parcours d'hospitalisation pour de nombreux patients au CHIAP. Le taux d'hospitalisation des patients aux urgences est de 16 % en moyenne, et de 24 % pour les patients de la filière longue. Il varie selon les pratiques de chaque médecin, et dépend de l'obtention des avis de spécialistes et de la formation médicale du médecin des urgences. Environ 30% des patients pris en charge dans la filière longue ont plus de 75 ans, et seraient concernés par les filières d'entrée directe dans des services d'hospitalisation, ou la programmation d'une consultation pour éviter leur passage aux urgences.

Au contraire de la tendance de fond à l'augmentation du nombre de passages, la diminution progressive de l'effectif médical des urgences d'Aix est une dynamique pluriannuelle qui s'accroît particulièrement depuis le printemps 2019. A ce jour, avec les maquettes mises en place en 2017, l'effectif cible des urgences est de 27.7 ETP. Suite aux départs successifs de praticiens au cours des deux dernières années, l'effectif médical du service est de 14 ETP en juin 2021.

	Janvier 2019	Juillet 2019	Janvier 2020	Juin 2020	Janvier 2021	Juin 2021
ETP médicaux hors internes	26,6	25,4	20,2	19,9	14	14
Evolution		-1,2	-5,2	-0,3	-5,9	0
Evolution cumulée / janvier 2019			-6,4	-6,7	-12,6	-12,6

Évolution des effectifs médicaux des urgences du CHIAP (2019-2021)

Aux départs s'ajoutent les diminutions de quotités : depuis le 1^{er} juillet 2019, trois médecins PH temps plein ont basculé sur le statut de temps partiel (60%), et un médecin contractuel a réduit sa quotité à 60% également.

Quant aux effectifs non médicaux des urgences, depuis début 2017, ils ont été régulièrement confortés pour garantir une prise en charge et une surveillance paramédicale adéquates des patients dont la durée moyenne de passage aux urgences s'accroît. Plus de 15 ETP ont été ajoutés entre 2017 et 2019, alors même que l'établissement réduisait son effectif global de 108 ETP. 20.52 ETP ont été rajoutés durant l'année 2020, dont une partie sont des renforts liés à la crise du Covid-19.

Ce sous-effectif médical et les difficultés que connaît le SAU d'Aix malgré son implantation dans une ville attractive trouvent leurs sources dans plusieurs facteurs qui ont fait l'objet d'un diagnostic partagé dans le cadre du projet de restructuration du service.

1.1.2 Des locaux inadaptés, des lacunes organisationnelles et un sous-effectif médical qui nuisent à l'attractivité du service pour les professionnels et la prise en charge des patients

1.1.2.1 Un service longtemps connu pour son excellence, et dont l'organisation est atypique

Les urgences du site d'Aix ont été décrites pendant plusieurs années, et jusqu'en 2013 comme le « service d'urgence phare de la région ». Le service était dirigé par un Chef de service, médecin anesthésiste réanimateur, qui avait mis en place des organisations efficaces et appliquées et une dynamique de service appréciée. L'équipe médicale

composée de médecins urgentistes qualifiés était alors au complet et ne rencontrait pas de difficultés pour recruter. Les médecins urgentistes étaient notamment chargés de la prise en charge des urgences vitales au sein du service (déchocage) ainsi que les urgences vitales intra-hospitalières. Dans de nombreux établissements les services de réanimations et d'accueil des urgences ont une organisation rapprochée pour prévoir une prise en charge partagée des urgences vitales. Au CHIAP, ce fonctionnement partagé n'était pas mis en œuvre ; le SAU assurait seul la prise en charge des déchocages. L'organisation aixoise représentait une exception, et les deux services collaboraient relativement peu.

Le contexte a néanmoins évolué sur deux points depuis cette période : les passages aux urgences ont augmenté, et les médecins du service formés à la prise en charge de l'urgence vitale sont pour beaucoup partis en retraite au cours des dix dernières années. L'augmentation des passages s'accompagne d'une baisse de leur niveau de gravité moyen car les passages additionnels sont principalement des urgences « ressenties » ne relevant pas d'un service hospitalier d'urgences. Néanmoins, certains praticiens du service avaient débuté leur carrière dans le SAU d'Aix en exerçant une médecine d'urgence d'un haut niveau de technicité, et perçoivent l'impossibilité d'assurer la prise en charge des urgences vitales comme un aveu d'échec. D'après eux, un projet de service ambitieux implique de retrouver l'organisation passée plutôt que de revoir ces ambitions à la baisse au vu de l'évolution des passages et des compétences.

Les problématiques des urgences connues au niveau national se manifestent à Aix comme partout ailleurs. De 2013 à 2021, les dynamiques de raréfaction des urgentistes, le développement de l'intérim et l'évolution des passages à la hausse se sont affirmés alors que la chefferie de service changeait de mains quatre fois. Depuis 2013, aux périodes de contestation marquées par une réduction de l'effectif médical, ont succédé de périodes où le service devenait plus attractif et parvenait à recruter des médecins de nouveau sur les postes vacants. Cette dynamique cyclique a été constatée jusqu'en 2019, année de la dernière vague de recrutement.

1.1.2.2 Un diagnostic posé en janvier 2021 par le Directeur général, la Cheffe de pôle et le Président de la CME

Les facteurs de la crise actuelle du SAU ont été répertoriés et analysés dans une démarche menée par le Directeur général, avec le Président de la CME et la Cheffe du Pôle des

urgences. Suite aux nouveaux départs de médecins de l'automne 2020 (7 départs dont 3 vers le SAU du site de Pertuis), le trinôme a reçu chacun des 17 médecins du SAU pour un entretien individuel de 30 minutes. Ils ont été invités à exprimer leur analyse de la situation et à émettre des recommandations. Les constats peuvent être regroupés dans trois catégories de problématiques : la structuration de l'équipe médicale et son attractivité, les problématiques organisationnelles, et institutionnelles.

- Structuration de l'équipe médicale et problématiques d'attractivité

Outre l'écart quantitatif avec l'effectif cible de 27.7 ETP, la composition de l'équipe de 17 médecins, soit 14 ETP comporte des faiblesses structurelles. Seulement 33% des ETP sont spécialistes en médecine d'urgence, 38% sont PH temps plein ou temps partiel, et 8 médecins sur 17 ont moins de 2 ans d'ancienneté. Pour pourvoir les lignes de garde, un complément est apporté par des internes avec licence de remplacement sur la filière courte, le recours régulier à l'intérim, de l'aide occasionnelle de médecins des services et du temps de travail additionnel des urgentistes.

La maquette médicale, devenue inadaptée, génère du sous-effectif médical et un sentiment permanent d'une situation dégradée du fait des lignes non pourvues. Conçue en 2017 et révisée en 2020 lors du redimensionnement de l'UHCD, elle n'a pas été revue pour optimiser la présence médicale en tenant compte des départs successifs et de la recomposition de l'équipe.

Ligne	Horaires	ETP
SMUR 1	24/7	5,35
SMUR 2	12/7	2,7
Filière longue 1	24/7	5,35
Filière longue 2	24/7	5,35
Filière longue 3 + UHCD 7 lits (depuis le 01/01/2020)	24/7	5,35
Filière courte	16/7	3,6
UHCD 14 lits	Journée	(1,5)
Total (hors UHCD 14 lits)	6 lignes	27,7

Lignes médicales des urgences

Les conditions de travail des médecins restants se dégradent au fur et à mesure des départs de leurs collègues, ce qui alimente un « cercle vicieux » d'après un praticien du service. La charge de travail et la pression augmentent sur les médecins qui continuent de travailler au SAU d'Aix, et les dysfonctionnements deviennent plus visibles ce qui empêche

le recrutement de nouveaux médecins, conscients de la réputation du service dans la région. L'identité et la cohésion de l'équipe se détériorent également au fur et à mesure des départs et des réductions de quotités : l'implication de chacun est moindre dans une situation qui paraît sans solution. L'intervention de médecins intérimaires et la réduction de quotité des praticiens, ainsi que l'organisation en temps continu, diluent le sentiment d'appartenance et d'évolution au sein d'un collectif de service.

Le manque d'attractivité médicale impacte également le recrutement des internes au sein du SAU. En 2016 Aix avait reçu un seul interne en signe de contestation des manquements de formation signalés par les internes des semestres précédents. L'encadrement des internes a été amélioré en réponse, et les internes choisissent de nouveau le SAU d'Aix. La majorité des internes accueillis sont cependant des internes de médecine générale, ne permettant pas de constituer un vivier d'urgentistes en formation qu'il serait possible de fidéliser.

- Problématiques organisationnelles

Au sous-effectif médical chronique s'ajoutent une série de problématiques organisationnelles auquel le management ne permet pas de répondre. Elles introduisent de l'imprévisibilité dans les prises en charge et le déroulé des gardes médicales et nuisent au bien-être au travail des équipes.

- Des locaux exigus

Le diagnostic du Directeur général fait état de l'inadaptation des locaux aux besoins du service, qui est une des principales problématiques remontées par les équipes médicales et soignantes du SAU. Le service date de 1981 et était dimensionné pour une activité journalière de 80 passages, alors qu'il en connaît en moyenne 130 par jour aujourd'hui. Les locaux n'ont ni la taille ni la disposition pour concevoir des circuits de prise en charge alliant logique et fluidité pour les équipes et confort et intimité pour les patients. Les phases de travaux successives n'ont pas permis de résoudre ces problématiques face à l'augmentation du nombre de passages. La distance du scanner, situé dans un bâtiment et à un étage distinct induit également des délais dans les prises en charge et des tensions entre les équipes des services des urgences et de l'imagerie.

- Un management inadapté

Plusieurs acteurs interrogés pointent le management du SAU comme étant l'une de ses principales problématiques. Le leadership en place ne permet pas de faire face au contexte difficile d'un service qui connaît les facteurs de déstabilisation de l'équipe décrits ci-dessus. Un management adapté devrait permettre de mieux mobiliser les volontés et ressources

présentes et proposer des organisations collectives efficaces qui répondent aux difficultés rencontrées. D'après les urgentistes, la communication interne est insuffisante, la gestion individuelle est à structurer (entretien, formation), et la gestion collective à dynamiser (organisation de staff, participation à des congrès, soutien psychologique). Ils attendent du chef de service qu'il puisse endosser une posture d'autorité et mieux garantir l'équité entre les praticiens.

Les difficultés que connaissent d'autres établissements du GHT à pourvoir leurs postes médicaux aux urgences permettent de constater que le nombre de médecins urgentistes est insuffisant sur le territoire. En plus de cette concurrence pour attirer une ressource médicale rare, la prévalence de l'intérim sur cette spécialité médicale crée une voie parallèle pour les médecins pour obtenir une rémunération supérieure à celle que peuvent proposer les établissements publics. Dans ce contexte, la vision et le rôle joué par le chef de service, la qualité des organisations, la cohésion entre les médecins et les opportunités proposées pour contribuer à des projets permettent aujourd'hui à un SAU de se démarquer par rapport aux services voisins et d'attirer les compétences médicales que tous se départagent. La nature cyclique des périodes de sous-effectif médical, à Aix comme dans d'autres établissements du territoire pourrait s'expliquer par cette haute volatilité de l'effectif médical en réponse à l'attractivité relative du service dans la région.

- Des organisations paramédicales perfectibles

Les organisations paramédicales pourraient également être améliorées d'après les directeurs interrogés. Si les postes paramédicaux sont pourvus, et que les effectifs ont augmenté en 2020 et 2021 alors même que l'activité était réduite, les organisations ne permettent pas de garantir une prise en charge adéquate du patient par l'équipe paramédicale. A titre d'exemple, les postes infirmiers ne sont pas sectorisés et les parcours patients ne sont pas suffisamment définis.

- La difficulté à identifier des lits et hospitaliser les patients des urgences

Les liens dégradés avec les services de médecine et de chirurgie sont un « irritant » constant pour les médecins du SAU, et une problématique particulièrement aigüe au CHIAP par rapport à d'autres établissements d'après les personnes interrogées. De nombreux services d'hospitalisation complète centrent leur organisation autour de leur activité programmée. Les hospitalisations de patients provenant du SAU sont perçues comme des événements qui perturbent l'organisation définie en amont. Les médecins du SAU regrettent de devoir passer une part importante de leur temps à chercher des lits d'hospitalisation et de devoir convaincre, selon le médecin du service présent pour valider leurs orientations. D'après les médecins du SAU, le manque de lits souvent constaté, le

volume d'hébergements réalisés et le nombre de transferts à des établissements voisins démontrent que le CHIAP ne dispose pas du nombre de lits suffisant au vu des besoins de la population. Ils suggèrent notamment l'ouverture de lits additionnels de court séjour gériatrique. En amont de l'ouverture de lits additionnels, plusieurs solutions organisationnelles permettraient d'optimiser l'utilisation des lits existants et de développer une relation plus partenariale entre médecins du SAU et médecins des « étages ».

- Des tensions avec le service de réanimation

Les entretiens menés avec les urgentistes font état d'une organisation peu fluide de la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières, et des tensions qui en résultent avec le service de la réanimation. Les urgences vitales intra-hospitalières sont prises en charge par le service de la réanimation pendant la journée, et par les urgences la nuit. Néanmoins les urgences font parfois appel à la réanimation la nuit lorsque le nombre de médecins urgentistes est insuffisant au vu de la typologie des patients au SAU et de la nécessité d'intervenir pour une urgence vitale dans un autre service de l'établissement. La garde de la réanimation est cependant exclusive, et la sortie du médecin sénior du service de réanimation pour intervenir dans les services induit une prise de risque par rapport à la prise en charge des patients de réanimation.

- Problématiques institutionnelles

Les médecins du service d'accueil des urgences font part d'un sentiment d'isolement au sein de l'institution. Ils considèrent que les relations sont perfectibles avec la Direction. Ils souhaiteraient avoir davantage de visibilité au sein de l'institution, en participant par exemple au sein de la CME et à ses travaux. Cela leur permettrait également d'exercer une influence plus marquée sur les projets de la communauté médicale qui les concernent. A noter cependant, que lors des élections de la CME de juin 2021, aucun urgentiste ne s'est porté candidat pour être membre.

Les urgentistes souhaiteraient intéresser d'autres médecins du CHIAP à la participation au travail des urgences, et définir et structurer plus directement la politique de recours à l'intérim (qualification, tarifs, gestion prévisionnelle). L'attractivité passe également d'après eux par une meilleure visibilité du SAU à l'extérieur, en promouvant par exemple les relations avec la faculté au sujet de l'accueil des internes et la recherche, et en participant à des congrès.

1.1.3 Des difficultés persistantes malgré la mise en place de plans d'action successifs

Les locaux inadaptés et les dysfonctionnements décrits ont un réel impact sur la prise en charge du patient et sur les organisations d'autres services de l'établissement. Si les urgences doivent constituer « la vitrine de l'hôpital », celles d'Aix ont désormais une réputation perfectible, créant de fortes attentes de la part de la ville notamment pour améliorer cette perception. Les patients font face à une longue attente au sein du service, de 2h30 en moyenne pour la filière courte et 8h30 en moyenne pour la filière longue. Les patients « couchés » de la filière longue attendent en moyenne autour de 3 heures dans des conditions inadaptées avant d'être vus par un médecin, puis de nouveau avant d'être hospitalisés dans un service. Le service des urgences est « un point noir de la relation avec les usagers » d'après un directeur interrogé. La qualité de la prise en charge varie selon le praticien du fait du mélange de spécialités et de statuts.

Plusieurs plans d'actions ont déjà été mis en place pour tenter de répondre aux problématiques décrites, présentes à des degrés variables depuis plus de cinq ans. Un diagnostic avait été réalisé et un plan d'action mis en place en 2016, faisait état du manque d'attractivité médicale et des problématiques d'organisation. Un rapport avait également été transmis au Directeur Général de l'ARS en novembre 2016. La carence d'effectifs médicaux est devenue de plus en plus marquée, et des mesures complémentaires ont été déployées sans pour autant permettre d'enrayer durablement ou de pallier la diminution constante des ETP sous statut hospitalier.

Concernant l'effectif médical, ont été successivement mis en œuvre depuis 2017 :

- un renforcement de l'effectif cible par la création de 11 ETP depuis 2017 pour la mise en œuvre complète des 39H,
- l'accord de la prime d'engagement de carrière hospitalière (PECH),
- un dispositif d'accueil et d'intégration des nouveaux médecins et des internes,
- un recours à l'intérim médical à nouveau très important depuis début 2020 en raison de nombreux départs non compensés à partir de fin 2019.

En sus de ces mesures en direction de l'effectif médical, il est également à noter les efforts de l'établissement en matière de renforcement de l'effectif non médical à hauteur de 20,52 ETP en 2020 (dont renforts COVID), malgré la baisse d'activité de 20% du SAU.

En matière d'entretien et d'amélioration des structures d'accueil des urgences, plus de 500 000€ de travaux ont été réalisés pour rénover les vestiaires, les chambres de gardes, les bureaux médicaux, les chambres sécurisées, créer une zone d'attente d'aval (ZAA), et aménager la zone d'accueil des patients. Un effort particulier a été réalisé pour répondre aux besoins des urgences avec 240 000 € d'équipements biomédicaux et hôteliers.

Pour répondre aux causes régulièrement avancées comme altérant les conditions de travail et d'attractivité, le CHIAP s'est également largement engagé dans des projets et actions visant à fluidifier les parcours en aval des urgences et à éviter, autant que possible, une augmentation du nombre de passages. Dans ce cadre, ont notamment été mises en œuvre les actions suivantes :

- la création d'un service de médecine polyvalente de 20 lits,
- la pérennisation et le renforcement de la fonction de gestionnaire des lits et du parcours patient,
- la mise en place des infirmières gériatriques d'urgences,
- la coopération avec un Centre de gérontologie du territoire (Institution Saint Thomas de Villeneuve), et le renforcement de la collaboration avec les SSR du territoire, pour fluidifier la prise en charge des patients âgés.

C'est sur ces fondements que se construit la réflexion sur la réorganisation complète et le repositionnement du Service des urgences, et de son rôle, auprès des patients du territoire et au sein de l'établissement. L'acuité de la crise actuelle est couplée à une pérennité des problématiques. **Le plan d'action en cours de construction doit permettre un virage définitif de la tendance depuis les années 2015, et pour cela doit tenir compte de l'historique des problématiques. Les actions doivent améliorer l'attractivité et les organisations du service, mais aussi garantir la cohérence avec la stratégie nationale concernant les urgences. Si pendant longtemps les évolutions prévues pour le service devaient permettre d'accueillir un nombre croissant de patients, les réformes mises en œuvre depuis 2018 visent à endiguer cette tendance et entamer une réduction du nombre de passages aux urgences.**

1.2 Les réformes en cours doivent permettre un tournant dans l'orientation et la prise en charge des urgences, mais créent de l'incertitude à court terme sur l'évolution des flux et les moyens financiers alloués aux EPS

1.2.1 Ma Santé 2022, le Pacte de refondation des urgences et le Ségur de la santé : une profonde réforme des urgences en France

Renforcée et accélérée par le Pacte de refondation des urgences et le Ségur de la santé, la réforme portée par le gouvernement concernant les urgences poursuit un cap constant fixé dans la stratégie « Ma Santé 2022. » « Ma santé 2022 » faisait état, en septembre 2018, de l'augmentation du nombre de passages aux urgences en France et de la nécessité de réorienter la part croissante des passages relevant de la médecine générale vers les structures de médecine de ville. L'année 2019 a été marquée par des grèves successives

au sein des SAU de France et une forte médiatisation de la crise de ce service à travers le territoire national. Si Ma Santé 2022 initiait des changements profonds, cette crise a révélé la nécessité d'apporter des mesures ayant un impact à court terme et d'accélérer les évolutions prévues, sur le versant hospitalier comme ambulatoire. En septembre 2019, le Pacte de refondation des urgences, basé sur le rapport rendu par les députés Pierre Carli et Thomas Mesnier vise à « apporter aux Français une alternative concrète et attractive au « tout-urgences », avec une boussole simple et efficace pour accéder facilement à l'offre de soins adéquate » (« Pacte de refondation des urgences », 2019 : 3). Pour cela, douze mesures sont annoncées, assorties d'un budget de 750 millions d'euros sur 2019-2022. En juillet 2020, le Ségur de la santé a apporté des réponses supplémentaires à la problématique des urgences.

Première mesure du Pacte de refondation des urgences, le Service d'accès au soin (SAS) doit servir de boussole pour apporter une réponse pertinente à chaque besoin et permettre d'obtenir un conseil médical et paramédical, de prendre rendez-vous pour une consultation avec un médecin généraliste dans les 24 heures, de procéder à une téléconsultation, d'être orienté vers un service d'urgence ou de recevoir une ambulance. Le Ségur acte une accélération de sa mise en œuvre, et l'expérimentation du dispositif est actuellement en cours dans certaines régions.

1.2.1.1 Donner les moyens à la médecine de ville de prendre en charge les soins non programmés

Pour permettre ce virage dans l'orientation des soins non programmés, les plans prévoient plusieurs mesures pour créer en cabinet, en maison et en centre de santé une offre complète et attractive, qui passe par la libération du temps médical, l'incitation à prévoir des plages de consultations sans rendez-vous, et la mise à disposition d'outils permettant de répondre de manière efficace et complète à cette mission. Ma Santé 2022 met en place des assistants médicaux, professionnels paramédicaux qui se verront déléguer plusieurs tâches par le médecin pour qu'il dédie son temps aux missions que lui seul peut réaliser. Les stratégies successives attribuent un rôle important aux CPTS, dont la création devient obligatoire et dont les moyens sont renforcés avec Ma santé 2022 : elles ont pour mission l'organisation des soins sans rendez-vous sur le territoire. Le Ségur de la santé appuie cette mesure, en contribuant au développement de l'exercice coordonné comme réponse à un meilleur accès aux soins non programmés, et en affirmant le rôle de coordination des CPTS. Le Ségur prévoit notamment la mise en place d'un mécanisme de bonus financier pour soutenir les CPTS créées en 2020/2021 et celles qui s'engagent dans des missions de régulation et de coordination en matière de soins non programmés.

L'installation de maisons médicales de garde à proximité de tous les SAU avec une activité supérieure à 50 000 passages annuels, la mise en place du tiers payant pendant les gardes de médecins généralistes, le conventionnement pour l'accès facilité à la biologie et l'imagerie, l'appui des infirmiers de pratique avancée spécialisés en maladies chroniques, et les consultations avec vidéo du SAMU font partie des mesures du Pacte de refondation devant permettre à la médecine de ville de proposer un nombre croissant de consultations non programmées.

Plusieurs mesures des plans successifs visent aussi à créer une filière spécifique pour les personnes âgées afin d'éviter que leur parcours inclue un passage au sein d'un SAU. Ma Santé 2022 prévoyait la création d'équipes mobiles gériatriques supplémentaires pour prévenir l'hospitalisation en urgence des personnes âgées. Le Pacte de refondation des urgences introduit un objectif « zéro passages aux urgences » des personnes âgées d'ici 5 ans notamment par la création d'une filière d'admission spécifique en hospitalisation ne passant pas par les urgences, et par la médicalisation des EHPAD. Plusieurs établissements en France expérimentent actuellement la mise en place d'entrées directes pour les personnes de plus de 75 ans, et il sera bientôt possible de coder ces admissions directes pour les valoriser, incitant ainsi les établissements de santé à les réaliser.

1.2.1.2 Renforcer la qualité des prises en charge dans les services d'urgences et les conditions de travail des personnels

En parallèle, les stratégies successives ont pour objectif de donner aux établissements de santé les moyens et l'intérêt de se recentrer sur les prises en charge que seul un SAU peut fournir, en garantissant la qualité du soin des patients et l'attractivité des conditions de travail des professionnels. Le Pacte de refondation fait état de l'organisation actuelle des soins urgents qui mobilise, en application de la réglementation concernant la permanence médicale spécialisée, la présence de très nombreux médecins urgentistes. En réponse à cette surutilisation d'une ressource rare, le Pacte de refondation met en place les transports paramédicalisés, et l'adaptation des services d'urgences aux fluctuations de l'activité avec la possibilité d'ouvrir certaines « antennes » sur une partie des 24H seulement.

La reconnaissance des compétences des personnels paramédicaux des urgences et leur renforcement permet, sans pour autant se substituer à la présence médicale, de maximiser le champ d'action de chaque professionnel, en accord avec sa formation au sein du service. L'arrivée des IPA des urgences, à l'automne 2022 permettra la délégation de certains actes diagnostiques et cliniques aujourd'hui pratiqués par les médecins, dans un cadre défini par le texte réglementaire. Le premier décret détaillant l'activité pouvant être réalisée par les IPA aux urgences, présenté en juin 2021, a connu un rejet unanime du Haut conseil des

professions paramédicales, n'étant pas soutenu par les Conseils nationaux professionnels des IPA, des infirmiers de soins généraux et des médecins urgentistes. Pour les représentants de professions paramédicales l'autonomie de l'IPA était insuffisante puisque tout patient, même dans le parcours paramédical devait être vu par un médecin qui valide le diagnostic et les soins. Pour certains représentants de médecins urgentistes, l'autonomie des IPA est au contraire trop importante et implique une réduction du périmètre professionnel des urgentistes. Les modalités définitives de l'activité des IPA aux urgences ne sont pas encore connues. En sus de la pratique infirmière avancée, des protocoles de coopération nouveaux permettent aux infirmiers de prescrire un examen d'imagerie pour les patients atteints de traumatismes des membres, et devraient leur permettre de prescrire des bilans sanguins et de réaliser la suture de plaie simple.

Les plans d'actions successifs se sont également attelés à l'enjeu de l'intérim des médecins urgentistes. Malgré le plafonnement des rémunérations introduit par les décret et arrêté du 24 novembre 2017, les hôpitaux contraints de recourir à l'intérim médical continuent d'être fragilisés par ses effets délétères. D'un côté, le Pacte de refondation des urgences tente de rendre cette pratique moins attractive en créant une incitation financière pour l'exercice territorial. Les praticiens pourraient intervenir au-delà de leur obligation de service, en temps de travail additionnel dans un établissement du GHT et recevoir une prime de solidarité territoriale pour les remplacements intra-publics, faisant basculer leur rémunération au-dessus du tarif règlementaire de l'intérim. Le montant et les modalités d'attribution de cette prime doivent être précisés prochainement. En complément, le Ségur de la santé introduit de nouveaux mécanismes pour imposer la limitation des rémunérations de l'intérim. La loi pour « améliorer le système de santé par la confiance et la simplification » promulguée en avril 2021 permettra, à partir d'octobre 2021, aux ARS de dénoncer les situations locales devant les tribunaux administratifs et aux comptables publics de bloquer le paiement des rémunérations dépassant les plafonds règlementaires. Néanmoins l'application réussie de cette mesure dépendra aussi d'un engagement tenu au sein du GHT de ne plus proposer des tarifs dérogatoires, au risque sinon de pénaliser les établissements qui appliquent le tarif règlementaire en les rendant peu attractifs par rapport aux établissements qui continuent de pratiquer des tarifs supérieurs.

La territorialisation des services d'urgences, abordée sous l'angle de la réalisation de temps de travail additionnel (TTA) au sein du GHT par le Pacte de refondation, est une piste à part entière pour répondre au sous-effectif médical de plusieurs établissements. Les établissements peuvent faire le choix de constituer une équipe médicale territoriale, principale proposition du « Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences » de 2015 du Docteur Jean-Yves Grall. Cette équipe peut être conçue avec une gestion

centralisée des médecins sur le territoire et un chef de service unique, ou bien une mise à la disposition de quelques médecins au niveau du GHT selon l'organisation retenue par les parties. La territorialisation permet de faire bénéficier à plusieurs établissements de l'attractivité d'un ou plusieurs d'entre eux, et de répartir au mieux les ressources médicales sur les lignes de gardes à l'échelle du territoire. Les médecins urgentistes sont pour beaucoup déjà habitués à travailler au sein de plusieurs services d'urgences (pour ceux réalisant un exercice à temps partiel couplé avec une activité en dehors de l'hôpital public). Plusieurs GHT ont déjà mis en place cette organisation sous des formes différentes : le GHT de la Vienne a opté pour une équipe médicale de territoire unique avec une gestion centralisée par exemple, tandis que le GHT Maine-et-Loire partage 9 ETP d'urgentistes mis à la disposition du GHT par le CHU d'Angers.

Pour modifier les comportements des usagers et inciter les services hospitaliers à se recentrer sur la prise en charge des urgences, une réforme du financement de ces services a été initiée par la stratégie Ma Santé 2022 et est en cours de mise en œuvre. La partie 1.2.2 de ce mémoire précisera le contour de la réforme et son impact sur la projection de l'évolution du service d'accueil des urgences d'Aix-en-Provence.

1.2.1.3 Fluidifier le parcours des patients entre les urgences, l'hospitalisation et le retour à domicile

L'amélioration des conditions de travail au sein des urgences et de la qualité des prises en charge implique aussi de faciliter la jonction entre les étapes du parcours du patient. Pour permettre d'élargir la recherche des lits d'aval des services d'urgence au-delà de l'établissement, et au niveau du territoire, Ma Santé 2022 a prévu le développement de la fonction de « gestionnaire de lit » au niveau territorial. Cette mesure fait l'objet d'un appel à projet actuellement de l'ARS PACA, l'objectif étant de mobiliser les structures de gestion des lits en place pour développer des modes de travail communs, sur la base de l'indicateur développé de besoin journalier en lits des hôpitaux.

Dans de nombreux établissements un nombre insuffisant de lits d'aval est mis à la disposition des urgences, et il en revient à ce service de rechercher des lits alors que cet enjeu devrait être partagé par tous les services concernés au sein de l'hôpital. Le Pacte de refondation des urgences propose la contractualisation comme outil permettant de formaliser un engagement commun de tous les services pour réserver des lits aux patients des urgences. Cette contractualisation est prévue dans le cadre du CPOM signé avec l'ARS. Elle devrait aussi figurer dans la contractualisation interne de l'hôpital, avec les pôles notamment pour s'imposer à la communauté hospitalière.

Ma Santé 2022, le Pacte de refondation des urgences et le Ségur de la santé avancent un nombre significatif de mesures pour réduire le nombre de passages aux urgences hospitalières et apporter la réponse la plus adaptée à chaque besoin urgent. Néanmoins certaines mesures pertinentes présentées dans des rapports sur les urgences ne sont pas incluses alors même qu'elles pourraient avoir un impact en faveur des objectifs poursuivis par les réformes en cours. Parmi celles-ci, deux sont issues du rapport « Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires » de Thomas Mesnier. Il préconise la création d'une lettre clé pour majorer la consultation en ville lorsqu'elle n'est pas programmée, et la labellisation des Centre de soins non programmés en créant un référentiel national pour la définition de ces structures et en leur attribuant une aide financière homogénéisée. Les Centres de soins non programmés sont des structures de ville réalisant des consultations non programmées et des actes de petite traumatologie (sutures et plâtres), ouvertes le jour en dehors des heures de PDSA. Ces structures sont pour l'instant souvent adjacentes à des cliniques qui y orientent les patients ne relevant pas d'une prise en charge dans un service d'urgence, et conventionnent sur l'utilisation du plateau technique de la clinique par le CSNP. Les CSNP publics quant à eux, sont majoritairement implantés sur le site d'un EPS suite à la fermeture du SAU de l'établissement, pour garantir un premier recours des urgences légères, les urgences graves étant réorientées au SAU le plus proche. Ce modèle décrit en 2.1.2.1.2 répond à la stratégie de réforme des soins non programmés lorsque le CSNP libéral est installé à proximité d'un SAU hospitalier, et permet la réorientation de ces urgences vers une structure de ville adaptée et adjacente.

Outils essentiel de la stratégie de réforme des urgences en France, l'évolution du mode de financement de ce service doit permettre une baisse de 10% des passages aux urgences hospitalières dans cinq ans, et une diminution importante du coût des services d'accueil des urgences hospitaliers.

1.2.2 Une réforme du financement des urgences qui entend modifier les comportements des patients et l'offre de soins des établissements

1.2.2.1 Le financement des urgences depuis 2004 était centré sur la tarification à l'activité

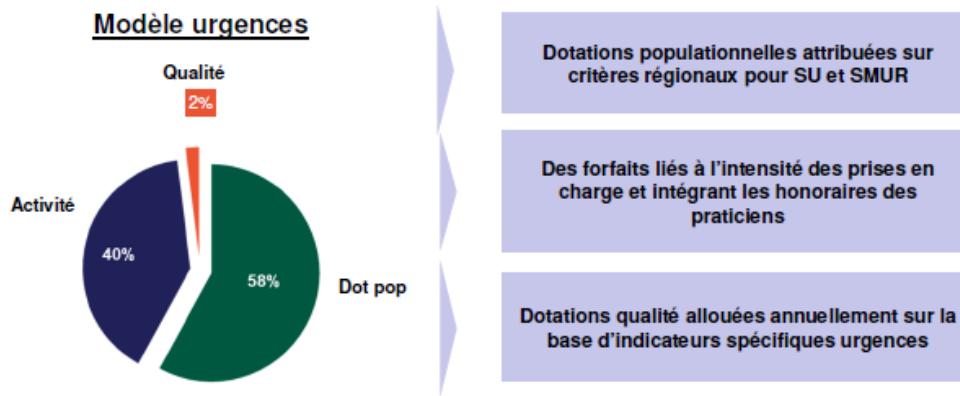
Le système actuel de financement des urgences a été conçu et mis en place avec l'introduction de la tarification à l'activité en 2004. Le système de financement visé est mixte, et comprend plusieurs composantes basées sur l'activité. Les services d'urgences autorisés touchent un forfait annuel (FAU) permettant de couvrir leurs charges minimums de fonctionnement. Ce forfait dépend du volume total de passages dans le SAU : la dotation

de base est établie pour une activité de l'ordre de 12.500 passages par an et augmentée d'un certain montant à chaque palier supplémentaire de 5.000 passages. L'établissement est également rémunéré par le forfait accueil et traitement des urgences (ATU) pour chaque passage, dès lors que celui-ci n'est pas suivi d'une hospitalisation MCO dans l'établissement. Son montant était de 25,28 euros en 2021. Les consultations et actes externes réalisés (actes opératoires, radiologie, biologie ...) sont rémunérés par l'application de la nomenclature des actes. Les charges liées aux passages suivis d'une hospitalisation MCO sont intégrées dans le tarif (« GHS ») des séjours MCO. L'établissement peut aussi bénéficier d'un financement « MIGAC » (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), par exemple pour l'exercice en milieux périlleux.

Le financement en vigueur jusqu'ici était directement lié au nombre de passages enregistrés, et ne permettait pas la prise en compte adéquate de la complexité des soins réalisés, ni de la qualité des prises en charge. Il n'incite pas les services à se recentrer sur l'activité que seules les urgences hospitalières peuvent fournir : l'accueil et la prise en charge des patients relevant de la médecine d'urgence. Le fait d'accueillir moins d'urgences « légères » ou « ressenties », qui relèvent de la médecine de ville entraîne automatiquement une baisse du financement des SAU. C'est pour ces raisons qu'en parallèle des mesures pour permettre une montée en charge de l'offre de soins non programmés en ville, il est nécessaire de réformer le financement des urgences hospitalières pour les recentrer sur l'accueil des cas lourds, relevant plus spécifiquement de la médecine d'urgence.

1.2.2.2 La réforme du financement des urgences influe sur l'orientation des patients en modifiant les incitations données aux établissements et aux individus

La réforme du financement des urgences est un axe central du Pacte de refondation. Elle vise plusieurs objectifs, dont la réduction de la part de financement à l'activité, l'avancement de modèles de financements combinés, et l'adaptation aux spécificités de chacun des champs d'activité. Ce nouveau modèle de financement doit permettre de réduire les inégalités entre les territoires, de favoriser la coordination entre acteurs, de soutenir les transformations de l'offre vers plus de pertinence et de mieux valoriser la qualité des prises en charge. Le modèle doit garantir une meilleure articulation entre les urgences et les soins non programmés de ville sans déséquilibrer le financement des structures hospitalières. La réforme prévoit un financement composé de trois parties : la dotation populationnelle, le financement à l'activité et le financement à la qualité.



Modèle de la réforme de financement des urgences (ARS PACA)

- La dotation populationnelle

La dotation populationnelle a pour objectif d'assurer la stabilité du financement des structures des urgences indépendamment du nombre de cas pris en charge. Elle se substitue au FAU et aux MIGAC que touchaient les SAU. Elle doit aussi prendre en compte les variables reflétant les différences de besoin des populations pour améliorer l'équité de financement entre régions. Il a été convenu d'une convergence par rattrapage des dotations populationnelles régionales, sans effets revenus négatifs par région. Ainsi chaque région bénéficie d'une croissance annuelle de la dotation populationnelle, mais certaines bénéficient en sus d'un effet rattrapage.

Une fois la dotation populationnelle régionale allouée, celle-ci est répartie entre les établissements. Le choix des critères d'allocation relève de l'ARS dans le cadre d'une discussion approfondie avec le Comité régional d'allocation des ressources (CCAR), l'instance chargée de proposer la répartition de la dotation populationnelle pour le financement des urgences, du SSR et de la psychiatrie. Le Comité se réunira au moins deux fois par an et se prononcera par des avis rendus publics sur deux types de sujets : les critères de répartition de la dotation populationnelle régionale entre les établissements de santé pour les structures de médecine d'urgence autorisées ; et les objectifs de transformation de l'offre de soins et des parcours. Seule la section urgences du CCAR est mise en place en 2021 et doit se réunir au plus tard en septembre.

- La part à l'activité

Le mode d'allocation des recettes liées à l'activité doit prendre en compte les différences de case-mix des services d'urgence afin de rééquilibrer les financements, en intégrant comme facteurs l'intensité de la prise en charge et la gravité des patients. Son deuxième

objectif est de simplifier le dispositif de facturation, afin d'alléger la gestion administrative, d'améliorer le recouvrement et de réduire les créances irrécouvrables.

La part financée à l'activité pour les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation est composée de plusieurs éléments. Le premier est un ticket modérateur constitué exclusivement d'une participation forfaitaire assuré (PFA) : le « forfait patient urgences » (FPU). Son objectif est double : améliorer la lisibilité pour les patients du reste à charge sur les passages aux urgences, et de faciliter la facturation et le recouvrement par les établissements. La PFA est en règle générale prise en charge par le patient ou son AMC. Elle peut également, à titre exceptionnel être prise en charge par l'AMO. Les cas d'exonérations sont très limités (femmes enceintes, détenus...) afin que cet élément désincitatif du modèle de financement ait l'effet souhaité.

Un forfait socle rémunère le passage non suivis d'hospitalisation en fonction de l'âge du patient. Des suppléments peuvent s'ajouter à cette base pour des prises en charges lourdes (évaluée d'après la classification clinique des malades aux urgences et le mode d'arrivée pour les arrivées en ambulance). Les examens complémentaires d'imagerie et de biologie constituent deux suppléments additionnels. Ils sont valorisés et facturés par patient et par passage, en fonction de la tranche d'âge du patient. Les suppléments d'avis spécialisés à la demande de l'urgentiste sont facturés et valorisés selon le nombre de spécialistes sollicités par le médecin responsable de la prise en charge aux urgences. Enfin les prises en charge réalisées pendant les heures de permanence des soins donnent lieu à des suppléments additionnels.

L'entrée en vigueur des modalités de rémunérations à l'activité, initialement prévue pour le 1^{er} septembre 2021 a été repoussée au 1^{er} janvier 2022 en raison de l'extension de la garantie de financement à l'année 2021 complète.

- Dotation complémentaire à la qualité

L'objectif de cette troisième composante du financement des urgences est d'associer une incitation financière à des indicateurs de qualité propres aux structures des urgences, et à moyen terme à l'activité du SMUR.

		1ere année de valorisation des indicateurs	Année de premier versement pour l'indicateur (C3)
Indicateur de bonne complétion du DP		2021 (janv-juin) vs 2019 (janv-juin)	2021
Indicateur d'exhaustivité calendaire du recueil RPU		2021 (janv-juin) vs 2019 (janv-juin)	2021
Indicateur des sorties non convenues		2021 vs 2019	2022
Indicateur de durée de passage aux urgences des personnes âgées		2021 vs 2019	2022
Indicateur équipage SMUR	Via données SAE	2021 vs 2020	2022
	Via RPIS	2023 vs 2022	2024
Indicateur indisponibilité structurelle du SMUR		2022 (mars-dec?) vs 2021 (mars-dec?)	2023

Indicateurs de la dotation complémentaire à la qualité (ARS PACA)

Les principes de la dotation qualité sont particulièrement incitatifs car le modèle rémunère la progression : les établissements sont comparés à eux-mêmes tout en ayant connaissance du résultat des autres. La valorisation se fait à taux plein si le résultat est égal ou supérieur à la cible, à taux minoré s'il y a une amélioration. Aucune rémunération n'est attribuée s'il n'y a pas d'amélioration.

1.2.2.3 Si la réorientation des patients est un objectif consensuel, les moyens mobilisés pour l'atteindre interrogent

Les modalités de mise en œuvre de la réforme du financement, et la stratégie de désincitation des patients à se rendre aux urgences et des structures à prendre en charge les soins non programmés inquiètent certains acteurs interrogés, médecins comme directeurs. L'utilisation du levier de la réduction de la demande par une contraction de l'offre est remise en question. D'après eux, l'habitude de recourir aux urgences hospitalière est fortement ancrée au sein de la population française et prendra du temps à évoluer, d'autant plus qu'ils doutent de la disponibilité de temps médical dans le secteur libéral pour absorber rapidement ce surplus de patients. Selon eux, cette réforme risque de pousser les SAU à ne plus prendre en charge cette catégorie de patients devenus peu rémunérateurs qui se présenteront quand même au SAU, sans pouvoir leur offrir des possibilités de réorientation vers la ville rapides et convenables. En effet avec l'élimination de l'ATU, les passages qui ne donnent pas lieu à des suppléments et qui ne sont pas suivis d'hospitalisation seront faiblement rémunérateurs pour les SAU.

Le forfait patient urgences, alors même qu'il a pour objectif de faciliter le recouvrement des créances crée des inquiétudes à ce sujet. Les patients des urgences, plus que dans d'autres services au vu du caractère imprévu de leur venue, arrivent parfois à l'hôpital sans disposer d'un moyen de paiement et/ou sans attestation d'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Connaissant cette difficulté, faire peser une partie plus importante de la

rémunération du passage sur ce reste à charge créé un risque de non recouvrement de recettes plus important. L'ARS PACA indique que le FPU pourra être facturé à l'admission du patient au SAU, c'est-à-dire avant la réalisation des soins pour améliorer le recouvrement, mais ceci implique de pouvoir déterminer si le patient ne sera pas hospitalisé au moment de son examen initial par l'IOA.

L'évolution du financement de l'UHCD qui vise une réduction capacitaire de ces unités, avec une baisse conséquente des tarifs est également remise en question par certains urgentistes interrogés. Pour eux, ces unités répondent à un réel besoin qui se situe entre la prise en charge en box d'examen et l'hospitalisation dans un service de médecine ou de chirurgie. Ne plus pouvoir hospitaliser des patients à courte durée implique de les maintenir en surveillance plus longtemps dans des zones moins adaptées que les lits de l'UHCD, dégradant ainsi les conditions de leur prise en charge.

Enfin, si des modalités comme le forfait de réorientation sont prévues pour compenser la perte de recettes liés à la réorientation des urgences « légères », ces passages étaient également générateurs d'activité et de recettes en aval résultant de la programmation de consultations chez des spécialistes de l'établissement. Ces recettes ne seront pas compensées, et les établissements devront développer d'autres mécanismes de recrutement de ces patients qui ne seront plus accueillis au SAU en premier lieu, mais par la médecine de ville qui adresse également vers des spécialistes libéraux.

Au-delà de ces inquiétudes, les médecins et directeurs interrogés reconnaissent que la dynamique inflationniste du nombre de passages aux urgences n'est pas soutenable à long terme, et qu'il est nécessaire de mieux répartir la prise en charge des soins non programmés avec la ville plutôt que de dimensionner les urgences futures sur les tendances que l'on connaît actuellement. Pour une directrice interrogée, l'innovation aux urgences implique de ne pas baser sa stratégie sur les chiffres présents mais de mener ce travail de réflexion sur ce que les prises en charge aux urgences devraient être, tout en prévoyant une manière soutenable de prendre en charges les urgences légères qui continueront d'arriver à l'hôpital proche du SAU, et en sécurisant le recrutement de patients provenant des urgences.

L'ARS PACA prévoit pour le CHIAP un financement SAU/SMUR Aix/Pertuis de l'ordre de 17M€, contre 21M€ aujourd'hui. En effet la région PACA est surdotée selon les critères de calcul de la dotation populationnelle, et le bassin d'Aix plus particulièrement. Le taux de progression de la dotation sera donc faible par rapport à d'autres régions. De plus le nombre important de passages de filière courte qui ne généreront plus d'ATU seront peu

rémunérés. L'ARS alerte sur la nécessité de revoir la structure des dépenses car une baisse de 4 millions d'euros représente un effort performanciel considérable.

Le contexte national des urgences est redéfini par les réformes en cours. Les perspectives d'évolution de la prise en charge des urgences visées par les réformes, et l'impact du nouveau mode de financement du service sur les recettes prévisionnelles au CHIAP fixent des contraintes et opportunités dont le plan d'action doit tenir compte pour construire des solutions locales viables et innovantes.

2 Construire un plan d'action dans un contexte de crise, en tenant compte des attentes fortes et parfois divergentes des acteurs hospitaliers

2.1 Un plan d'action développé sur plusieurs mois, piloté par la Direction de la stratégie, de la performance et des projets

2.1.1 A l'origine, un pilotage médical qui a ensuite été partagé avec la Direction

La dynamique actuelle de réorganisation du SAU fait suite à l'aggravation de la tension sur l'effectif médical et le diagnostic des problématiques établi par le Directeur général en décembre 2020. En septembre 2020, suite à une nouvelle vague de départs d'urgentistes le CHIAP a alerté l'ARS sur la situation critique des effectifs médicaux. L'ARS a affirmé son soutien, et a préconisé un ensemble de projets à mener. Le Directeur général du CHIAP a missionné en septembre le Chef de service des urgences pour mettre en place un projet de service des urgences, en reprenant les dossiers validés par l'ARS comme le transport infirmier inter-hospitalier, le recrutement de médecins généralistes pour la filière ambulatoire ainsi que la filière de patients couchés, et en l'invitant à décliner le projet de la réanimation pour la prise en charge des urgences vitales. Le Directeur général a également incité le Chef de service à proposer tout autre projet pertinent pour une amélioration et une stabilisation durables de la situation des urgences. Suite aux entretiens de chaque praticien des urgences menés en décembre 2020, le Directeur général a communiqué ces éléments de diagnostic au Chef de service en l'invitant de nouveau à présenter un projet de service, et à solliciter l'appui de la Directrice de la Stratégie, de la performance et des projets.

La méthode adoptée par le binôme a été de mettre en œuvre les projets pertinents de la communauté médicale en cours, et de construire le plan en mobilisant les outils et les moyens introduits par le Pacte de refondation des urgences. Cette démarche permet de définir une ligne stratégique qui tire parti des solutions locales disposant d'un soutien préexistant de la communauté médicale et de construire des nouvelles mesures adaptées au contexte tout en étant cohérentes avec l'évolution significative des urgences prévues par le cadre national. Au vu du problème central du sous-effectif médical et de l'impossibilité de recruter des médecins à court terme, le plan d'action vise en priorité à réduire le nombre de patients relevant d'une prise en charge par les médecins du SAU en « externalisant » notamment les urgences vitales et la filière courte, en instaurant l'entrée directe en service d'hospitalisation, et en repensant le rôle du médecin, appuyé par des équipes paramédicales aux compétences affirmées. Des actions complémentaires visent à

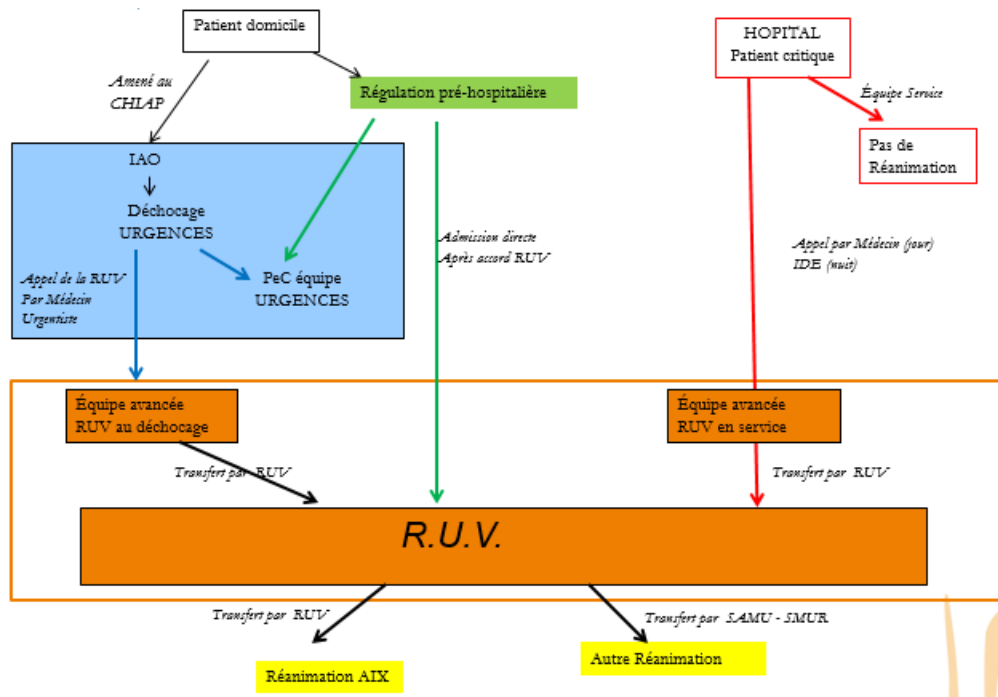
améliorer les organisations du SAU ainsi que ses liens avec les autres services de l'établissement.

2.1.2 Le plan d'action à ce jour : deux projets phares, et des mesures pour améliorer l'organisation au sein du SAU et dans ses liens avec le reste de l'établissement

2.1.2.1 Axe 1 : Les projets structurants

- La réanimation des urgences vitales (RUV), premier pas d'une coopération entre SAU et Service de réanimation

Le projet de réanimation des urgences vitales a été conçu et proposé par le Chef de Service de la réanimation. Le nombre de situations d'urgences vitales intra-hospitalières et la difficulté à les prendre en charge ont augmenté du fait de l'augmentation du capacitaire en soins critiques, de l'éloignement du bloc de coronarographie et des services de médecine avec l'ouverture d'un nouveau bâtiment d'hospitalisation en 2020. Du fait du sous-effectif médical et de la part décroissante de médecins urgentistes parmi les effectifs médicaux, le service d'accueil des urgences rencontrait des difficultés pour libérer un urgentiste la nuit afin qu'il intervienne en dehors du service en cas d'urgence vitale et garantir en même temps la prise en charge des déchocages au sein des urgences. La garde de la réanimation étant exclusive, une intervention hors de son service du médecin réanimateur ne constituait pas une réponse adéquate. La RUV permet la création d'une ligne composée d'un binôme médecin réanimateur – infirmier dans un premier temps pour intervenir le jour et la nuit sur les urgences vitales au sein du SAU et au sein des autres services hospitaliers. Le déploiement de la RUV se fera en plusieurs étapes et sur plusieurs sites. Une ligne de garde des urgences sera transformée en ligne de garde de la réanimation, et les recrutements de réanimateurs sont partiellement réalisés pour pourvoir cette ligne additionnelle. Dans une première phase l'équipe médecin-IDE sera mobile, 24h/24 et 7j/7. La deuxième phase sera l'installation d'une unité RUV au sein de la zone actuellement occupée par d'anciens lits d'UHCD aujourd'hui fermés (l'UHCD a en effet été ramenée de 14 à 7 lits en décembre 2019) et donc au sein des urgences. En 2023, la RUV sera intégrée au service de réanimation suite à l'extension de celui-ci. L'organisation de la RUV est la suivante :



Modèle de la Réanimation des urgences vitales

La proximité de la RUV des urgences doit être non seulement géographique mais aussi organisationnelle : l'intention n'est pas de soustraire entièrement ce champ de compétence aux médecins urgentistes, mais de leur permettre de continuer d'intervenir sur ces prises en charge au sein de la RUV, sans avoir à pourvoir entièrement la ligne de garde. Ce projet a toutefois connu un rejet initial important des urgentistes. S'ils constatent les difficultés à recruter et donc à pourvoir les lignes de garde, ils sont attachés à la prise en charge des urgences vitales qui est au cœur de leur spécialité et qu'ils prennent également en charge au SMUR. Dans ce cas il appartient au Directeur d'hôpital de convaincre les équipes en appliquant le principe de réalité d'une révision des organisations qui permet de garantir au mieux la sécurité et la qualité des prises en charge des patients. La nécessité d'améliorer le dispositif de réponse aux urgences vitales, et la facilité à recruter des médecins réanimateurs par rapport aux médecins urgentistes au sein de l'établissement démontre la fiabilité de cette organisation par rapport à une démarche visant le recrutement de médecins urgentistes additionnels pour pourvoir la ligne aux urgences.

Le vrai enjeu à l'avenir, réside dans le fait qu'une proximité d'action entre urgentistes et réanimateurs, doit permettre d'inciter de jeunes urgentistes en recherche de poste, à intégrer le SAU d'Aix, en étant attirés par la possibilité d'une formation continue à la prise en charge des urgences vitales auprès des réanimateurs. A août 2021, une interne marseillaise de fin de cursus a déjà pris contact avec le service dans cette optique.

- Le Centre de soins non programmés, permettant la réorientation du circuit court dans une structure de ville à l'entrée du SAU

Le CHIAP accueille une part croissante d'urgences ressenties ne relevant pas de la médecine d'urgence. La filière courte, ou ambulatoire du SAU représente 34% des passages aux urgences, soit environ 30 passages quotidien qui auraient pu être pris en charge dans une structure de ville. J'ai été particulièrement impliquée dans la construction du modèle de centre de consultations pour réorienter la filière courte vers une structure plus appropriée, gérée avec la médecine de ville.

L'évolution du modèle de prise en charge de la filière courte poursuit plusieurs objectifs. La structure doit demeurer sur le site du CHIAP, car la réorientation des patients vers des centres de santé à proximité est déjà proposée à l'accueil du SAU lorsque le délai d'attente pour la filière courte est significatif, et très peu de patients choisissent alors de quitter les urgences. Le CHIAP souhaite néanmoins ne plus avoir la charge de la ligne de garde de cette filière, et souhaite libérer la surface qu'elle occupe au sein du service pour améliorer les circuits de prise en charge des patients plus lourds. Au vu de l'impact de la réforme du financement des urgences, et des mesures visant à faire porter la prise en charge des soins non programmés par la médecine de ville, il est nécessaire que la structure relève des soins de ville et non de l'hôpital public.

Le modèle des centres de soins non programmés (CSNP), décrit dans le rapport de 2015 du docteur Jean-Yves Grall, ainsi que dans le rapport « Assurer le premier accès aux soins » de Thomas Mesnier, répond tout particulièrement au besoin identifié. Les CSNP visent à prendre en charge une majeure partie des patients se rendant aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale, tout en bénéficiant d'une coopération directe avec le SAU en termes d'orientation de proximité des patients, de partage de compétences et d'accès aux plateaux techniques d'imagerie et de biologie, entre autres. Trois types de besoins urgents actuellement pris en charge aux urgences hospitalières ont vocation à être pris en charge dans un Centre de soins non programmés. Le besoin de « soins immédiats » qui ne relèvent pas du domaine des urgences vitales, mais pour lequel le délai d'attente pour la prise d'un rendez-vous en ville est trop long pour le patient et le conduit à se diriger vers les urgences de l'hôpital public (Centre hospitalier du Cotentin, Communiqué de presse, 2017). Deuxièmement le besoin de « soins nécessitant des examens complémentaires » qui complexifient le parcours de soins du patient en ville lorsqu'il doit réaliser des examens de biologie ou d'imagerie pour poser un diagnostic. La prise en charge aux urgences de l'hôpital public permet à ce type de patient de réaliser sur un même lieu tous ses examens complémentaires. Enfin les patients se présentant aux urgences

peuvent avoir un besoin de « soins techniques » comme les points de sutures ou la pose de plâtre qui ne sont plus réalisés par la médecine de ville.

Le CSNP sera localisé à proximité immédiate de l'entrée du SAU du site d'Aix-en-Provence dans un pavillon existant, ce qui faciliterait la réorientation des patients se présentant au SAU et sécuriserait un volume d'activité minimal pour le CSNP, tout en lui faisant bénéficier d'un accès facilité à la salle de radio du SAU, au laboratoire de biologie, et aux consultations de spécialistes du CHIAP. Le projet s'inscrit dans une volonté du CHIAP de développer des partenariats entre l'hôpital et la médecine de ville. Il entend notamment par l'ouverture du CSNP coopérer étroitement avec la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Aix Sainte Victoire.

Ma Santé 2022, le Pacte de refondation des urgences et le Ségur de la santé n'intègrent pas de mesure sur la mise en place de CSNP, mais plusieurs ARS se sont déjà saisi de ce modèle pour faire évoluer la prise en charge des soins non programmés sur leur territoire. Elles mettent en place un cahier des charges tel que préconisé dans le rapport Mesnier et soutiennent financièrement la mise en place des CSNP qui répondent aux conditions fixées. Le rapport Mesnier identifie certains risques dans l'installation non encadrée de CSNP. Le rapport indique que les CSNP publics pourraient attirer des patients en situation d'urgence vitale, et que les CSNP privés qui s'installent sans étude du besoin en lien avec l'ARS risquent de désorganiser les filières de soins du territoire par une implantation non pertinente. Les CSNP publics ont jusqu'ici été mis en place suite à la fermeture du SAU d'un site hospitalier, néanmoins le modèle peut avoir la même pertinence pour un hôpital public qu'il a lorsqu'il s'installe à proximité du SAU d'une clinique. Adjacent à un SAU et ouvert durant les horaires de jour en semaine et éventuellement de PDSA, il permet de désengorger les urgences et de prendre en charge les urgences relatives dans des structures appropriées qui disposent d'un accès au plateau technique nécessaire. C'est dans ce contexte qu'il a été mis en place au GHRMSA sur le site de Mulhouse au printemps 2021, et remplit le besoin identifié. La partie 2.3.1 relate en détail la méthodologie du projet de CSNP.

2.1.2.2 Axe 2 : Les améliorations organisationnelles au sein du SAU

Le plan prévoit d'apporter des améliorations au sein du SAU sur deux volets : les organisations, et le bâtiment. Un plan d'aménagement des urgences était en cours depuis l'automne 2020, et avait permis la création de la zone d'attente d'aval pour les patients en attente d'hospitalisation. La zone d'attente couchée (avant prise en charge dans un box)

avait été aménagée avec l'installation de paravents, et un box d'isolement avait été créé. Une dernière phase des travaux consistait en l'aménagement d'une salle d'attente extérieure pour les accompagnants, dans un préfabriqué et un agrandissement des locaux de la filière courte avec la création d'une salle d'attente dédiée. Cette phase des travaux a été suspendue au vu du projet de déménagement de la filière courte en dehors du service d'accueil des urgences.

Le plan prévoit une nouvelle phase de travaux pour améliorer les circuits au sein du SAU afin d'en faire un espace plus agréable pour le patient et un outil de travail plus performant pour les professionnels. Cette phase de travaux fera l'objet d'une réflexion de tous les professionnels du service pour concevoir un service qui réponde à leurs besoins et à ceux des patients, ainsi que de l'implication d'une société de Design thinking pour déployer des solutions innovantes du point de vue de l'expérience patient. Si des travaux ont été entrepris de nombreuses fois auparavant, l'objectif est de faire de cette phase de travaux un moment de réflexion partagée et d'appropriation par les soignants et médecins de l'évolution de leur service.

Enfin, un axe d'amélioration concret du parcours patient, permettant aussi une augmentation de recettes est l'implantation d'un scanner au sein du service des urgences. L'espace nécessaire serait libéré suite à l'externalisation de la filière courte hors du service. L'implantation d'un scanner aux urgences permet de réduire les délais et les transports de patients nécessitant un scanner qui est actuellement au sein du service d'imagerie, au deuxième étage d'un bâtiment distinct. Elle permettrait également d'augmenter les recettes d'imagerie et de développer une activité externe. Cette implantation est cohérente avec les recommandations émises par les sociétés savantes concernant l'accès aux scanners suite à la crise du Covid-19. Si la fenêtre de dépôt d'une demande d'autorisation pour le scanner est normalement prévue en 2023 en PACA, l'ARS a, suite aux premières vagues d'épidémie du Covid-19, décidé d'ouvrir une fenêtre d'autorisation dérogatoire fin 2021 pour l'installation d'équipements lourds supplémentaires de ce type. L'établissement s'inscrit donc dans cette fenêtre pour mener ce projet rapidement.

Le plan d'action prévoit plusieurs projets organisationnels qui seront pilotés à l'automne par des groupes de travail dédiés. Un travail sera entamé en septembre pour mieux dimensionner les organisations paramédicales et médicales diurnes et nocturnes chaque jour de la semaine par rapport à la temporalité de l'activité du service. L'expertise d'un conseiller en organisation médicale devrait être sollicitée pour apporter un regard extérieur sur les effectifs du SAU au vu des organisations d'autres établissements avec un volume et une typologie de passages similaires. La reconnaissance et le renforcement des

compétences paramédicales, axe important du Pacte de refondation des urgences seront des outils pour l'amélioration de la prise en charge des patients aux urgences d'Aix en Provence. Le travail de mise en œuvre des protocoles de coopération entre médecin et infirmier aux urgences est lancé avec la Direction des soins, et les deux premières IPA des urgences seront réintégrées en septembre 2022. Nous ne pouvons cependant pas encore projeter leur rôle dans l'organisation des filières étant donné que le périmètre exact des missions qu'elles pourront réaliser et notamment leur degré d'autonomie par rapport au médecin ne sont pas encore arrêtés au niveau national.

2.1.2.3 Axe 3 : Les améliorations organisationnelles en lien avec les étages

L'identification de lits d'aval pour les patients des urgences et leur transfert vers les services à partir des urgences sont deux problématiques persistantes que le plan d'action tente de résoudre. Le transfert des patients vers les étages doit être fluidifié, et les services d'hospitalisation complète doivent opérer un changement de culture pour intégrer les hospitalisations urgentes dans leurs organisations. Le projet du Thesaurus, en cours depuis un an sera une première étape à finaliser pour disposer d'un référentiel commun entre les médecins du SAU et les médecins des services de médecine et de chirurgie pour l'hospitalisation des patients des urgences. Cette base résultera de l'accord entre le chef du service des urgences et le chef de chaque service sur les pathologies et les symptômes qui justifient d'une hospitalisation dans le service de la spécialité. Ce projet est conduit par la communauté médicale directement sous l'égide de la CME, et constitue un premier outil de dialogue et de concertation entre médecins pour amorcer une relation partenariale.

Cette dynamique coopérative doit également être concrétisée par des objectifs précis et des indicateurs d'évaluation pour s'imposer à toute la communauté médicale et faire l'objet d'un suivi. La relance des contrats de pôle sera l'occasion d'inclure des objectifs de fluidification du parcours des patients provenant des urgences pour tous les services concernés. Parmi les objectifs contractualisés figureront notamment la poursuite des actions des infirmiers gériatriques d'urgences pour le pôle gériatrie. Ces personnels paramédicaux préparent l'hospitalisation des personnes âgées en lien avec leur médecin traitant pour éviter un passage aux urgences. D'autres objectifs contractualisés seront le traçage des avis rendus par les spécialistes dans le dossier du patient, les bonnes pratiques de gestion de lits, de prévision des sorties, et de réservation de lits pour les patients des urgences, et la réalisation d'entrées directes dans les services de médecine et de chirurgie, en lien avec l'appel à projet de l'ARS.

Afin de faciliter les hospitalisations la nuit, une organisation paramédicale est en cours d'expérimentation. Un infirmier présent chaque nuit au SAU serait chargé de transférer le patient en service d'hospitalisation et de réaliser les formalités de son installation pour ne pas que cette charge pèse sur l'infirmier présent dans le service la nuit. Des groupes de travail sont constitués pour organiser d'une part des consultations de cardiologie pour les patients des urgences à 48h de leur venue, et pour prévoir d'autre part des plages de consultation de chirurgie orthopédique sans rendez-vous pour les patients du SAU. Ces plages doivent permettre de raccourcir la durée de passage des patients nécessitant une consultation de cardiologie ou d'orthopédie en évitant qu'ils patientent au SAU pour l'avis du spécialiste.

Enfin, en application des mesures du Ségur, l'ARS soutient un projet d'ouverture de lits saisonniers proposé par le CHIAP, qui prendrait la forme d'une unité accordéon pour s'adapter aux fluctuations des besoins d'hospitalisation en lien notamment avec les épidémies. Cette unité serait créée dans le bâtiment du CHIAP qui sera rénové dans le cadre du projet COPERMO de l'établissement, à proximité du SAU.

2.1.2.4 Dans un contexte de crise, où les éléments de réforme se précisent, le plan d'action doit pouvoir évoluer pour tenir compte des opportunités, et des priorités

A mesure que les éléments de réforme des urgences se précisent, et que le contexte local se mue, le plan d'action en cours depuis le mois d'avril évolue pour tenir compte des changements de priorités et de la bonne temporalité des actions à mener. La territorialisation de la stratégie médicale des urgences du GHT 13 était réfléchi par le CHIAP comme une perspective à proposer à moyen-long terme, et ne faisait pas l'objet d'une coopération concrète entre les établissements du GHT. Cette piste est en train de devenir un élément central du projet de service des urgences à la faveur de la crise estivale. Pour plusieurs dates cet été un seul médecin sénior était prévu au planning du SAU du site d'Aix, et un médecin au SMUR d'Aix, alors qu'il est nécessaire de garantir la présence concomitante de deux médecins séniors au SAU d'Aix. Des arrêts additionnels ont mené à des situations où aucun médecin n'était inscrit au tableau de garde des urgences du site d'Aix. En plus de la participation occasionnelle de médecins d'autres services, la fermeture de la ligne de SMUR sur les plages (12 ou 24H) où un seul médecin était prévu au SAU a permis de garantir la présence de deux séniors et la continuité et la permanence des soins aux urgences du CHIAP. Cette fermeture a été possible grâce à une collaboration menée par l'ARS avec le SAMU 13 et les établissements du GHT, pour organiser l'intervention des

SMUR de Pertuis, d'Aubagne et de La Ciotat sur le territoire habituellement desservi par le SMUR d'Aix.

Dans le cadre de ces échanges sur la situation aixoise, l'APHM, et plusieurs autres établissements du GHT ont signalé des problématiques de sous-effectif médical et leur volonté de travailler dans le sens d'un partage territorial de ressources médicales des urgences. Les établissements du GHT travaillent aujourd'hui sur la mise en place de la plateforme de gestion des remplacements (logiciel Hublo®) pour les médecins des urgences du territoire. Cette solution permettrait de poster des missions correspondant aux dates où les lignes de gardes ne sont pas pourvues, et tous les médecins du territoire inscrits pourraient y répondre pour intervenir sur un établissement extérieur en réalisant un temps de travail additionnel qui donnerait accès à la prime d'exercice territorial. La coopération médicale à l'échelle du GHT est peu mise en œuvre par ailleurs. Une coopération rapprochée sur le sujet des urgences semblait lointaine et complexe quelques mois auparavant, mais a connu un phénomène d'accélérateur à la faveur de la crise estivale du SAU d'Aix qui ouvre la voie à de futures collaborations médicales du GHT. La réforme à venir fin 2021, qui va mettre en œuvre la prime de solidarité territoriale, permettra de renforcer encore ce dispositif et d'en assurer le succès.

L'axe du plan centré sur le management du service était initialement prioritaire mais sa temporalité a été impactée du fait de la démission du Chef de service des urgences au mois de juillet 2021. Un leadership fort est essentiel pour mener à bien un projet de cette envergure et permettre un changement de pratiques significatif au sein du service. Le Chef de service précédent suivait une formation au management et devait occuper un rôle important dans la construction et la mise en œuvre d'un plan d'action pour stabiliser son service. Plusieurs mesures concernant le management étaient également comprises dans le plan d'action comme la mise en place de réunions d'équipe régulières, les évaluations, et la délégation de la gestion de projets. Ces améliorations sont toujours souhaitées, et la présence d'un chef de service est nécessaire pour la poursuite de la restructuration du service, mais la priorité est maintenant à l'identification d'un successeur. L'arrivée d'un nouveau chef de service impactera aussi la conduite du plan d'action par l'apport de ses propositions pour améliorer la situation des urgences.

Un élément essentiel de la conduite du changement avec un projet de cette envergure est de garantir la pertinence des mesures et leur priorisation. Dans un contexte évolutif qui connaît des inflexions dues aux événements locaux, il est nécessaire de tenir compte des opportunités qui se présentent ou au contraire

parfois de mettre certaines actions en second plan le temps de déterminer la meilleure manière de les mener à bien.

2.2 Tenir compte des attentes multiples et parfois divergentes des acteurs du terrain, tout en garantissant la stabilité et la pertinence du cap fixé

2.2.1 Les attentes du terrain : médecins, direction, encadrement soignant, gestion parcours patients

Les acteurs hospitaliers présentent des attentes fortes en ce qui concerne l'évolution des urgences. La situation de crise est connue, durable, et pèse sur de nombreux acteurs hospitaliers au-delà des urgences : les équipes des services de médecine et de chirurgie, ou la direction des affaires médicales qui est fortement sollicitée pour la gestion du planning de ce service par exemple. Si les médecins, les directeurs et l'encadrement soignant rencontrés s'accordent sur les objectifs d'améliorer l'attractivité du service et son organisation, ainsi que la coopération avec les médecins des services d'hospitalisation, la vision du projet à mener pour les réaliser a parfois fortement divergé. Ces divergences sont un élément important dans la démarche projet menée par le directeur qui doit convaincre et créer le lien entre les mesures proposées et les attentes d'acteurs clés tout en tenant une position claire et ne pouvant satisfaire tous.

Plusieurs médecins des urgences, et l'encadrement soignant relatent un sentiment « d'abandon » et de « mise de côté » historiques du service. Ils considèrent que les mesures successives mises en œuvre pour améliorer la situation aux urgences sont des « rafistolages » insuffisants car la situation ne peut pas s'améliorer en rénovant « petit bout par petit bout ». D'après eux des « signaux forts » sont attendus pour montrer l'importance donnée à l'amélioration de la situation des urgences. Ce tournant passerait notamment par la rénovation et l'agrandissement du service, l'augmentation du capacitaire notamment en médecine gériatrique, une réouverture de la deuxième ligne de SMUR, le développement de projets d'enseignement et de recherche, l'installation d'un scanner aux urgences, une charge plus partagée avec les services pour l'identification de lits d'aval pour les patients des urgences, et le recrutement de médecins de nouveau attirés par le SAU d'Aix pour pourvoir toutes les lignes du SAU et du SMUR telles que prévues dans la maquette actuelle. La cheffe de pôle, qui a contribué à la construction du projet souligne l'importance primordiale de tenir les engagements exposés à l'équipe des urgences notamment concernant l'évolution des locaux des urgences, point le plus sensible aujourd'hui pour les professionnels médicaux et non médicaux.

Le président et le vice-président de la Commission médicale d'établissement peuvent jouer un rôle significatif dans le projet des urgences en accompagnant le service dans sa démarche pour développer un rôle institutionnel plus important et en pilotant les actions de coopération des urgences avec d'autres services. Ils sont impliqués dans la construction de la stratégie et la CME doit coordonner le projet de thesaurus, des consultations de cardiologie et d'orthopédie pour les patients des urgences. D'après eux les deux axes du plan d'action qui modifient le périmètre du service des urgences, la RUV et le CSNP relèvent d'une approche pertinente de réduction de la charge des urgences au vu du contexte. La RUV permet de sécuriser la prise en charge des urgences vitales, et l'externalisation de la filière courte dans une structure de ville à proximité du SAU permet de décharger les médecins de cette activité tout en leur proposant une perspective d'activité libérale attractive.

Les membres de la direction interrogés ont fait part de plusieurs attentes fortes concernant le projet en cours. La restructuration du SAU doit stabiliser les organisations afin que la garantie de la continuité et la permanence des soins aux urgences ne représente plus une pression régulière pour la direction. La présence d'un nombre de séniors suffisant aux urgences est une problématique qui mobilise régulièrement les membres de la direction lors des gardes. Au vu de l'impossibilité actuelle de recruter des nouveaux médecins aux urgences, la réduction du nombre de postes à pourvoir est une première étape nécessaire pour stabiliser le service à court terme.

La territorialisation des urgences est une piste pensée par plusieurs directeurs au vu de la dégradation de l'effectif médical depuis 2019. Certains doutes persistent néanmoins sur la capacité de cette mise en commun à augmenter l'effectif médical de chacun des établissements étant donné que plusieurs d'entre eux connaissent des problématiques de sous-effectif. Ils notent également que la territorialisation de l'équipe médicale, comme le recours à l'intérim, complexifie l'instauration d'une dynamique d'équipe et d'organisations connues au sein du service et en relation avec les unités d'hospitalisation. Les médecins qui ne sont présents que quelques fois par mois assimilent moins facilement les méthodes et outils du service, ce qui complique le travail des équipes au sein du SAU et pourrait faire obstacle à la dynamique de collaboration avec les étages. La mise en œuvre du partage de ressources médicales avec le territoire doit donc inclure une réflexion sur la garantie en parallèle de méthodes d'organisation et de communication fluides. La cellule de gestion du parcours patient qui met en œuvre ces outils doit travailler en lien avec le futur chef de service pour s'assurer de leur partage avec tous les médecins intervenant au SAU, même ponctuellement.

Les directeurs soulignent la complexité de la construction et la mise en œuvre du plan d'action dans un contexte de crise durable en réponse à laquelle de nombreuses actions ont été mises en œuvre par le passé. Il faut à la fois écouter les problématiques soulevées, et y répondre, mais aussi rappeler tout ce qui a déjà été fait afin de « sortir du discours de misère » au sujet du SAU. La formalisation du projet est également complexe car elle est portée principalement par la direction, du fait de l'absence d'un chef de service. Afin que les mesures répondent à la réalité des problématiques médicales rencontrées il est important de les concevoir en lien direct avec le représentant médical du service. Le chef du pôle des urgences travaille de façon rapprochée avec la direction à ce sujet, mais un leadership portant ce projet au sein du service et auprès des médecins fait défaut.

Pour les directeurs, ainsi que certains médecins interrogés ce projet doit aussi être l'occasion pour les urgences de s'ouvrir vers l'extérieur pour comparer l'organisation du CHIAP aux modèles mis en place dans d'autres SAU et repenser leurs pratiques. La distinction du temps non posté des urgentistes et le caractère non programmé de l'activité des urgences ne facilite pas la dynamique de projet et la réflexion sur les pratiques. Ce temps de restructuration, les réunions organisées et les groupes de travail montés dans le futur seront une occasion bienvenue pour l'équipe de se pencher sur les évolutions d'organisation qu'ils peuvent mener à bien collectivement. Cela permettrait également d'amorcer une dynamique de service par la collaboration sur des sujets concrets comme les travaux de rénovation du service suite à l'externalisation de la filière courte.

Enfin, les directeurs interrogés attendent des pilotes du projet une part d'innovation pour proposer des solutions audacieuses en réponse aux nombreuses difficultés rencontrées aux urgences. Un directeur cite l'exemple de l'exercice mixte avec le CSNP comme « application du principe de réalité » face au manque d'attractivité des urgences. Innover peut aussi vouloir dire repenser l'utilisation des outils dont on dispose pour les mettre au service des urgences, comme le logiciel Hublo® pour la prise de gardes aux urgences par des médecins des autres services hospitaliers, ou entre SAU du GHT. Un directeur interrogé propose un retour aux filières d'urgences spécifiques, qui sont mises en place à des échelles diverses aujourd'hui dans les établissements français. D'après lui l'existence d'un service unique qui accueille toutes les pathologies et tous les niveaux de gravité n'est pas un mode de prise en charge optimal et entraîne nécessairement des désorganisations. La création de filières distinctes pour chaque typologie de besoin permettrait une prise en charge plus rapide et appropriée pour chaque patient et une organisation plus fluide pour les services hospitaliers. Les consultations sans rendez-vous seraient orientées dans un centre de soins non programmés dédié tenu par des médecins généralistes, une filière orthopédique pourrait être gérée par un médecin et un IDE en charge des plâtres, le

déchocage se situerait au service de réanimation et l'entrée directe des personnes âgées permettrait de ne plus les faire patienter dans un service avant d'accéder à l'hospitalisation dans le service pertinent. Cette solution impliquerait la fin de la médecine d'urgence et des services d'urgences, structures aujourd'hui essentielles et identifiées pour les besoins urgents des Français. Mais la transition à des circuits courts et à l'orientation plus directe des patients est déjà amorcée par les réformes en cours, et est un élément central du projet de restructuration des urgences du CHIAP.

2.2.2 Les possibilités soutenues par la tutelle

L'ARS PACA est impliquée de près dans la gestion de la situation des urgences d'Aix et dans le développement d'un plan d'action qui vise à l'améliorer. Elle a fait part de préconisations actualisées au printemps 2021 lors de la présentation du plan d'action actuel par le CHIAP. L'externalisation de la filière courte dans le cadre d'un partenariat avec la médecine de ville constitue d'après l'ARS une nécessité autant pour alléger la tension sur l'effectif médical aux urgences que pour faire évoluer l'organisation des urgences en cohérence avec les réformes nationales. L'ARS précise que le financement ne sera pas incitatif à la prise en charge des urgences relatives, et son appui au modèle de CSNP confirme l'intérêt de la mise en place d'une politique nationale de labellisation et de soutien à ces structures. L'Agence rappelle au CHIAP de concevoir son projet de restructuration des urgences en tenant compte de l'effort performanciel considérable qui sera requis en conséquence de la réduction prévisionnelle de 4 millions d'euros de budget annuel des urgences suite à la mise en place de la réforme de financement. La tutelle a également soutenu le projet de la réanimation des urgences vitales comme solution pertinente et performancielle pour permettre la sécurité de la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières et celles provenant de l'extérieur. La deuxième ligne du SMUR d'Aix était conçue sur 12 heures mais n'avait pas été armée jusqu'à maintenant du fait notamment d'un manque de ressources médicales. L'ARS avait préconisé au cours de l'année passée la transformation en ligne de transport infirmier inter-hospitalier, mais ce projet est finalement remis en question par la tutelle. Les lignes de SMUR du département sont actuellement révisées par le SAMU 13, pour favoriser le renforcement des SMUR hélicoptérés au détriment de certaines lignes de SMUR terrestre .

Dans le cadre de la problématique aiguë de sous-effectif médical de l'été 2021, l'ARS a joué un rôle clé pour permettre une coopération territoriale pour garantir la continuité et la permanence des soins sur le site d'Aix. Par sa coordination entre les services d'urgences d'établissements voisins et avec le SAMU 13, elle a permis la fermeture du SMUR d'Aix sur

les dates où cette fermeture était nécessaire pour garantir la présence de deux médecins seniors sur le site d'Aix en Provence, en organisant l'intervention des SMUR limitrophes (Aubagne, La Ciotat, Pertuis) sur la zone du SMUR d'Aix-en-Provence.

Une coopération rapprochée avec la tutelle permet de valider la ligne directrice poursuivie par le projet, de la solliciter pour les actions nécessitant un soutien financier exceptionnel, et de développer de nouvelles organisations territoriales pilotées par l'Agence au profit de l'établissement.

2.2.3 Les attentes des partenaires

L'apaisement et la stabilisation du fonctionnement des urgences d'Aix-en-Provence fait aussi l'objet d'attentes fortes de la part de partenaires tels que la municipalité et les organisations syndicales. Garantir la continuité et la permanence des soins au SAU d'Aix revêt pour la ville un enjeu de taille au vu de l'importance du bassin de population et de la forte fréquentation des urgences d'Aix. La ville se positionne en soutien de la dynamique initiée, et sera notamment impliquée dans la construction du projet du centre de soins non programmés.

Les organisations syndicales ont été sollicitées par les personnels paramédicaux des urgences dont le travail subit des désorganisations en conséquence du sous-effectif médical. Le sous-effectif médical engendre un accroissement du temps d'attente des patients, et un glissement de tâche vers l'IOA qui est amené à réaliser des ECG et des bilans sanguins sans prescription médicale. L'allongement de l'attente des patients nécessite une surveillance plus importante, et l'augmentation du nombre de patients présents dans la zone d'attente couchée dégrade leurs conditions d'accueil et les conditions de travail des agents. L'augmentation du nombre de passages infectieux aux urgences liés au Covid-19 au cours de l'été 2021 complique également ces organisations car il est nécessaire d'augmenter le capacitaire de la filière infectieuse et de prévoir un circuit distinct de nouveau. La garantie d'une présence de seniors suffisante aux urgences, et l'amélioration des conditions et de la durée d'accueil des patients constituent des enjeux importants pour la sécurisation des pratiques des personnels paramédicaux et l'amélioration de leurs conditions de travail. Les organisations syndicales sont particulièrement attentives à l'évolution de cette situation.

2.3 Penser les méthodes de la démarche projet pour susciter l'adhésion des professionnels, innover, et concrétiser le lien ville-hôpital

Ce projet stratégique touche à la fois aux organisations médicales et paramédicales d'un service, à sa place au sein de l'institution et son organisation en lien avec d'autres services, au bâtiment ainsi qu'aux équipements biomédicaux. Plusieurs outils et méthodes ont été mobilisés dans la construction du plan d'action et sa mise en œuvre qui peuvent être répliqués dans des projets hospitaliers aux enjeux similaires.

2.3.1 Impliquer un territoire sur le portage du projet de CSNP

La création d'une maison médicale de garde sur le site des urgences d'Aix était encouragée par l'ARS conformément aux orientations du Pacte de refondation des urgences qui prévoit la mise en place de ces structures à proximité des SAU de plus de 50 000 passages annuels. La direction réfléchissait également à une modalité d'exercice libéral au sein du SAU à proposer aux médecins des urgences pour améliorer l'attractivité du service. Une session de « brainstorming » a été menée par la DSPP pour identifier les objectifs de l'évolution de la filière courte avec le chef de service et la cheffe de pôle des urgences ainsi que le directeur des ressources humaines. Des critères additionnels ont été précisés lors de cette réunion : tenir compte des évolutions à venir sur le financement des passages non suivis d'une hospitalisation, et de la complexité actuelle pour pourvoir toutes les lignes de garde. Un benchmark national a été réalisé pour rendre compte des différents modèles de prise en charge de la filière ambulatoire « légère » sur un site hospitalier, leurs avantages et leurs inconvénients avant de s'orienter vers un modèle spécifique pour le CHIAP.

Le benchmark, outil fréquemment mobilisé par les directeurs d'hôpital a été pertinent pour confirmer des hypothèses locales, et surtout identifier les solutions innovantes mises en place par des établissements qui connaissent les mêmes défis que le CHIAP. Il a permis de confirmer que la maison médicale de garde décharge le SAU hospitalier d'une part des passages sur les heures de permanence des soins, mais ne permet pas de supprimer une ligne de garde dédiée à la filière ambulatoire, et ne permet pas la prise en charge complète de la filière orthopédique pendant ses heures d'ouverture par exemple. Un établissement, le site Emile Muller du Centre hospitalier de Mulhouse a externalisé la filière ambulatoire suite au départ de plusieurs urgentistes qui a engendré une crise de sous-effectif médical, en mettant en place un CSNP libéral adjacent à son SAU en 2021. Des échanges avec la Directrice du pôle de médecine et le Chef de service des urgences du CH de Mulhouse ont permis de mieux comprendre la démarche de construction de ce projet, et la réponse qu'il apporte aux besoins identifiés. Les problématiques que connaît un établissement sont

souvent communes à d'autres, et les échanges inter-établissement sont un levier pour identifier les réponses innovantes à ces situations.

Le sujet des urgences est un élément clé de toute dynamique de rapprochement entre la médecine de ville et l'hôpital. Les CPTS sont des interlocuteurs privilégiés à cet égard, ayant été missionnées par le Pacte de refondation des urgences pour l'organisation des soins non programmés. Le projet de CSNP s'inscrit dans une volonté du CHIAP de développer des partenariats entre l'hôpital et la médecine de ville du Pays d'Aix, et la méthode de conception et de portage du projet doit permettre l'implication de la CPTS, de la municipalité, du Conseil départemental de l'Ordre des médecins et de l'URPS des médecins libéraux.

Nous avons retenu la méthode de l'appel à projet (AAP) pour sélectionner un porteur du projet parmi les répondants. Le profil du porteur spécifié est un médecin exerçant en activité libérale et ayant une compétence en petite traumatologie. Le profil attendu requiert également une appétence pour l'entrepreneuriat, nécessaire au montage de la structure et à son développement futur. Afin de garantir la bonne insertion territoriale du centre dans l'offre ambulatoire il été spécifié que le porteur devra disposer de, ou développer une connaissance fine de l'offre de soin du territoire et de ses acteurs, et mobiliser ses compétences relationnelles pour s'inscrire dans l'écosystème local.

Les structures de représentation et de coopération de la médecine de ville seront sollicitées dans l'élaboration de l'appel à projet, ainsi que pour contribuer à sa diffusion dans leurs réseaux. Il est prévu qu'à l'automne le projet de cahier des charges soit ainsi présenté à la Mairie, à la CPTS, puis à l'URPS et au CDOM, faisant de ces instances des parties prenantes avant la diffusion de l'AAP. Il est également prévu que le jury d'évaluation des réponses à l'appel à projet inclue notamment un représentant de la Mairie, et un représentant de la CPTS.

La mise en œuvre du CSNP et le conventionnement avec la structure porteuse du Centre sera une mise en œuvre concrète du principe de rapprochement de la ville et de l'hôpital, en passant notamment par la CPTS que le Centre devra intégrer par la suite.

2.3.2 Embarquer les acteurs en les impliquant et en concevant des formats de réunion spécifiques

Au vu de l'historique des projets de restructuration des urgences déjà mis en place au CHIAP, et de la perspective des médecins et de l'encadrement du service sur les actions nécessaires pour améliorer la situation du SAU décrite ci-dessus (rénovation du service, recrutement sur les lignes laissées à l'identique...), la méthode de construction du plan d'action et de présentation aux différents acteurs hospitaliers devait nécessairement être travaillée. Cette problématique est fréquente dans la mise en œuvre de projets hospitaliers qui touchent l'organisation de plusieurs services dans des contextes marqués par des tensions : du fait de la complexité des problématiques et la multiplicité des acteurs, les attentes et les intérêts peuvent diverger. Il en revient alors au directeur d'hôpital de tirer parti des propositions de chacun qui vont dans le sens des objectifs définis de façon conjointe, et de tenter tout au long d'embarquer les acteurs qui doutent davantage en démontrant que les solutions peuvent répondre aux problématiques qu'ils expriment même si ce n'est pas de la manière qu'ils attendaient, et en les rendant acteurs de la conception et la mise en œuvre des mesures de leur domaine.

La construction du projet a en grande partie été menée par la DSPP et le Directeur général, en lien avec les chefs de pôles et de services concernés (urgence et réanimation principalement). Les présentations de l'avancée ont tenu compte de cette nécessité de convaincre l'équipe des urgences, et la mise en œuvre des différentes actions prévoit un pilotage délégué aux services concernés, pour permettre la construction des réponses par ceux qui les mettront en œuvre. La direction des soins travaille notamment avec l'encadrement et l'encadrement supérieur des urgences sur les protocoles de coopérations médecin-soignant et l'intégration des IPA, et la direction et la CME travailleront ensemble pour la mise en place de la contractualisation au niveau des pôles qui comprendra des objectifs de fluidification du parcours des patients des urgences.

Le portage du projet a néanmoins été fortement impacté par l'absence d'un Chef de service suite à la démission du médecin qui occupait la fonction depuis 2016, et l'adhésion des médecins des urgences n'est pas effective à ce jour. Le Chef de service est un acteur essentiel dans un tel projet, en complément de la direction, de l'encadrement soignant, et des instances comme la CME. La vacance de ce rôle implique que les mesures ne sont pas construites sous l'impulsion du médecin responsable du service, et que le relai du projet dans le service est fait par la direction, par le chef de pôle ou par l'encadrement soignant mais sans ce maillon essentiel pour décider, expliquer l'orientation prise, convaincre et consulter l'équipe médicale. Une assemblée générale a été organisée au mois de juillet

pour présenter les avancées du projet et tenter d'embarquer la communauté médicale des urgences. Afin de prévoir la présentation la plus appropriée de chaque axe pour ce public, cette réunion a été préparée en amont par la DSPP avec le chef du service des urgences, la cheffe de pôle et la cadre de santé. Le déroulé de l'assemblée générale a tout de même été marqué par une défiance forte et une contestation de certaines actions par les médecins des urgences, du fait notamment de l'absence de relai antérieur en faveur du projet par l'encadrement médical et soignant.

2.3.3 Faire appel à des expertises externes pour objectiver un constat, ou pour innover dans la rénovation du service

La construction de réponses innovantes peut aussi passer par l'implication d'acteurs externes à l'établissement qui disposent du recul nécessaire par rapport à la situation pour voir au-delà des contraintes ou du prisme d'analyse qui s'imposent à ceux qui traitent la situation depuis longtemps. Il existe une offre croissante d'entreprises de conseil dans le domaine sanitaire, et d'entreprises spécialisées dans un domaine comme l'expérience de l'utilisateur qui œuvrent pour différents types de structures (entreprises, établissements publics...). Le CHIAP devrait faire appel dans la mise en œuvre du projet à ces expertises externes en réponse à deux sujets : la révision de la maquette médicale des urgences, et la rénovation du service d'urgence.

La maquette médicale du SAU exige un effectif médical bien plus important que celui dont le CHIAP peut espérer disposer à court-moyen terme, et n'est pas alignée sur le volume et la temporalité des passages sur 24H et au cours d'une semaine. En effet le nombre de lignes de garde est identique entre le jour et la nuit, alors que les passages diurnes (entre 8h et 20h) sont en moyenne deux fois plus nombreux que les passages nocturnes (de 20h à 8h). Le nombre de passages varie aussi selon le jour de la semaine. La direction a entamé une analyse de la maquette en vue de sa révision en tenant compte des recommandations des sociétés savantes et en comparant avec des établissements connaissant un nombre de passages similaire. L'intervention d'un conseiller médical spécialisé dans les services d'urgence à l'automne devrait permettre de mener un audit indépendant de la direction sur ce sujet qui peut être une source de tensions avec l'équipe médicale.

Le plan d'action comprend une phase de travaux et de réaménagement du SAU après la réorientation de la filière courte au sein du CSNP qui libérera les locaux actuellement dédiés. L'équipe médicale et soignante, et l'ingénieur travaux du CHIAP pourront reconfigurer le SAU afin qu'il réponde aux besoins des patients et de l'équipe grâce

notamment à l'augmentation de l'espace disponible. Le CHIAP souhaite faire appel à une société de Design thinking pour nourrir le projet de rénovation d'idées nouvelles sur la structuration d'un SAU par rapport aux modèles qu'ont pu connaître les équipes et les ingénieurs, et pour placer les besoins du patient et l'amélioration de son parcours au centre de la démarche. Ces sociétés ne sont habituellement pas spécialistes des hôpitaux ou des urgences, mais des usages. Leur démarche passe par la rencontre des patients, des professionnels, et des habitants pour comprendre leurs pratiques réelles et dessiner un espace de travail et de soin qui répond aux besoins de tous. Leur approche vise à faire du service un outil de travail performant pour les professionnels, et un lieu apaisant et sécurisant pour les patients. Suite à une immersion sur le terrain, les designers mènent des ateliers avec les représentants des principaux rôles pour faire émerger des idées. Ces idées sont ensuite prototypées et testées dans le service, et les impressions et impacts des solutions sont analysées par les parties prenantes au projet. Les pistes choisies sont consolidées dans un plan d'implantation qui peut ensuite être mis en œuvre par le secteur des travaux et aménagements.

Le Design thinking est un outil pertinent pour les structures hospitalières qui sont des lieux de production techniques qui accueillent également du public. Les solutions proposées relèvent, en plus des travaux, de la signalétique ou d'une réflexion par exemple autour du type de mobilier, et peuvent avoir un impact important pour patients et professionnels à un coût modéré. De plus la démarche permet une vraie prise de recul et fait appel à la créativité des professionnels impliqués. Dans un service comme les urgences d'Aix où un sentiment d'impuissance et d'abandon est parfois communiqué par les équipes cette méthode peut être très bénéfique pour la dynamique d'équipe et le bien-être au travail des professionnels.

2.4 Propositions formulées sur les urgences, et sur la méthodologie de projet

Cette étude permet d'élaborer un ensemble de préconisations sur deux thématiques distinctes : l'organisation des services d'accueil des urgences, et la conduite de projet dans un contexte complexe et incertain.

Thématique	Proposition
Urgences	<p>1. Labelliser les Centres de soins non programmés</p> <p>Cette démarche permettrait de définir un cahier des charges national des CSNP et garantir la pertinence de l'implantation des structures, en homogénéisant la politique de soutien à leur installation.</p>
Urgences	<p>2. Placer une importance toute particulière sur le management des services d'urgences</p>

Ce service est parmi les plus difficiles à manager. Il est nécessaire pour la direction et le PCME de garantir que le chef de ce service soit un médecin engagé, juste, fédérateur et créatif. Il faut également investir dans une formation appropriée, et garantir que l'encadrement soignant ait la même vision que l'encadrement médical pour un binôme réussi.

Urgences

3. Poursuivre la mise en place de filières d'urgence distinctes avec une régulation de l'entrée

Cette évolution peut être mise en place via la création de CSNP, les consultations de spécialistes pour les patients des urgences, et les filières d'accès direct pour les personnes âgées notamment. Le déploiement du SAS devrait permettre de réguler l'entrée des patients au SAU, dans ces différentes filières. Une organisation plus distincte des prises en charge avec une régulation préalable améliore la qualité du soin du patient et les conditions de travail des professionnels, et peut être considérée dans les projets de restructuration des urgences.

Méthodologie de projet dans un contexte incertain et complexe

4. Fixer un fil conducteur validé par la tutelle et par la communauté médicale, et le maintenir

L'étape de diagnostic est essentielle pour établir une analyse partagée des problématiques et des objectifs du projet. Le fil rouge doit ensuite être fixé en accord avec les besoins locaux identifiés, les réformes nationales, la tutelle et le soutien de la CME.

Méthodologie de projet dans un contexte incertain et complexe

5. Juger en permanence de la pertinence et la temporalité des actions, et adapter leur cadencement en expliquant les variations

Le directeur doit percevoir les opportunités et les signaux pour ralentir ou accélérer certaines composantes, temporiser et accorder les actions avec le contexte du terrain, et expliquer les variations du rythme. Le cap doit présenter une continuité malgré les modifications apportées en cours de route.

Méthodologie de projet dans un contexte incertain et complexe

6. S'assurer de l'attribution d'un rôle à toutes les parties prenantes pour construire des solutions qui seront adaptées à la réalité de leurs pratiques, et susciter l'adhésion au projet

Les projets qui impliquent une modification significative des méthodes et outils de travail des professionnels doivent être pensés avec et par les intéressés. S'il est normal que des projets de grande envergure génèrent des appréhensions par la remise en cause des pratiques qu'ils nécessitent, l'implication dès que possible de toutes les parties prenantes permet parfois de modifier et améliorer le rapport des professionnels au projet.

Conclusion

A l'heure où ce mémoire est écrit, la perspective des effectifs médicaux à court terme demeure problématique au vu des demandes de réduction de quotité de temps de travail des médecins dans les prochains mois. Néanmoins, la mise en œuvre de premières actions telles que la RUV et des premiers aménagements du service pourrait être le signal de l'engagement de l'hôpital en faveur des urgences pour maintenir en place les équipes actuelles, dans l'espoir d'une amélioration prochaine de la situation.

Cette étude a comporté une limite principale : elle offre une réflexion sur la conduite de projet pour améliorer la situation d'un service en crise mais se basant principalement sur l'exemple du service des urgences du CHIAP, elle peut utilement être complétée par la comparaison avec les démarches d'autres établissements face à ces défis.

Ce projet m'a permis de comprendre le rôle d'un directeur dans la réponse à ce que certaines personnes interrogées ont nommé « l'effondrement » d'un service. Cette réponse doit conjuguer le fait de marquer un tournant par rapport aux actions entreprises précédemment tout en traitant des problématiques persistantes ; démontrer une ambition compatible avec des moyens budgétaires limités et en tenant compte d'une baisse projetée du financement du service ; mettre en place des modifications conséquentes de l'organisation et des locaux tout en apportant aussi des gages à court terme pour retenir et motiver les ressources médicales restantes. Le directeur doit définir une stratégie, et avoir une manière de la présenter et de la faire évoluer qui tienne compte des tensions et opportunités multiples. Cette complexité est un défi important mais relève du cœur de métier de directeur. Elle permet, lorsqu'on saisit adéquatement les besoins du terrain, les motivations des acteurs et les enjeux des réformes et du cadre réglementaire, de revêtir un rôle passionnant. Car c'est alors aux directeurs de mettre en musique ces éléments et de construire, avec les communautés médicales et soignantes les projets pertinents, novateurs et parfois salvateurs pour les services des établissements que nous dirigeons.

Bibliographie

Rapports

- Commission des affaires sociales du Sénat, Mme COHEN L., GENISSON C. et M. SAVARY R-P, « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », 26 juillet 2017
- GRALL J-Y, « La territorialisation des urgences », 22 juillet 2015
- MESNIER T, « Assureur le premier accès aux soins : Organiser les soins non programmés dans les territoires », Mai 2018

Stratégies nationales

- « Ma santé 2022, un engagement collectif », 26 juillet 2019
- « Pacte de refondation des urgences », 9 septembre 2019
- « Ségur de la santé », 21 juillet 2020

Périodiques et revues

- BEY I, BERGMANN J-F, BIZOT P, RAFFALLI F, LOPES A, KRIEF E, PLAISANCE P, « Fluidité de l'aval des urgences : L'engagement de Lariboisière », Gestions hospitalières, N564, mars 2017
- BUDJET J-M, « La territorialisation des activités d'urgences : L'organisation des urgences hospitalières ... la quête du Graal ? », Gestions hospitalières, N549, Octobre 2015
- CHAPUIS C « Urgences... danger grave et imminent », Gestions hospitalières, N573, Février 2018
- ROCH, A. et PERSICO, N. « Le réanimateur aux urgences : acteur ou consultant ? », Méd. Intensive Réa. Volume 26, N 5, Septembre 2017

Sites internet et ressources en ligne

- CANNET, D. « Crise des urgences, crise de notre système de santé », LesEchos.fr, 27 août 2019
- « Le Centre de soins non programmés. Bilan après un an de fonctionnement, » Centre hospitalier public du Cotentin, Communiqué de presse, 2017
- « Communiqué de Presse du 25 juin 2021 : décret sur les infirmier.è.s de pratique avancée aux urgences: pour l'AMUF, c'est non », Association des médecins urgentiste de France (AMUF), 25 juin 2021

- ROBILLARD, J. et NAYRAC, C. « Les tensions sur les services d'urgences sont encore plus sensibles cet été », Hospimédia, 4 août 2021
- STROMBONI, C. « Au SAMU de Moselle, une expérimentation qui unit urgentistes et médecins généralistes », LeMonde.fr, 15 juin 2021

Liste des annexes

Annexe 1 : Personnes rencontrées dans le cadre du mémoire

Annexe 2 : Personnes rencontrées dans le cadre du benchmark sur les modèles de filière courte

Annexe 3 : Lettre de mission au Chef de service des urgences du 28 janvier 2021

Annexe 4 : Appel à projet – Centre de soins non programmés du CHIAP

Annexe 5 : Chronologie du projet de CSNP

Annexe 1 – Personnes rencontrées dans le cadre du mémoire

Questions de l'entretien :

- D'après vous, quelles sont les principales causes de la situation actuelle dégradée que connaît le service d'accueil des urgences d'Aix ?
- Lesquelles rejoignent des problématiques nationales mises en lumière avec la crise des urgences ? Quelles sont des causes plus locales à Aix, et comment peut-on les expliquer ?
- Quel impact la situation du SAU a-t-elle plus largement sur l'établissement ? Sur la prise en charge du patient ?
- Quelles sont vos attentes par rapport au projet de restructuration du service en cours de construction ? Quels chantiers sont prioritaires ? Quels sont les points d'attention dans la démarche à mener ?
- Innover dans la prise en charge des urgences, au vu des problématiques que l'on connaît et des intentions visées par les réformes en cours, qu'est-ce que cela implique ?

Personnes interrogées au CHIAP :

Nom	Fonction
Nicole AUTIN	Cadre de santé des urgences
Loriane AYOUB	Directrice de la stratégie, de la performance et des projets
Laure BUISSON	Cadre gestionnaire du parcours patient
Marc CATANAS	Directeur des soins
Dr Antoine ECHE	Praticien urgentiste
Dr Yves RIMET	Président de la CME
Hélène THALMANN	Secrétaire générale
Dr Joëlle VANNEYRE	Cheffe de pôle des urgences
Dr Jean VILLEMINOT	Vice-président de la CME
Rachel YAAGOUB	Responsable des affaires médicales

Annexe 2 – Personnes rencontrées dans le cadre du benchmark sur les modèles de filière courte

Questions de l'entretien :

Infos de base : # annuel de passages au SAU, # de passages aux différentes filières

- Organisation de la filière courte, et circuit vs les autres filières
- Spécialités et statut des médecins aux urgences
- Statut juridique (si projet de CSNP ou de maison médicale de garde)
- Financement du projet
- Bénéfices du modèle
- Points de vigilance
- Pistes d'évolution
- Perspective sur les réformes en cours

Personne interrogées :

Douze établissements analysés, dont dix auditionnés, répartis en trois catégories :

Catégorie	Établissement	Personne interrogée
Filière courte hospitalière	APHP - Hôpital Bichat	Chef de service des urgences
	HCL - Hôpital de la Croix Rousse	Directeur d'hôpital
Filière courte hospitalière avec l'appui d'une maison médicale de garde le soir et les week-ends	Hôpital Paris Saint Joseph (HPSJ)	Chef de service des urgences
	APHM	Directeur d'hôpital
	CH de Martigues	Directeur d'hôpital
	CH de Chartres	Directeur d'hôpital
Centre de soins non programmés	CH de Cholet	Directeur d'hôpital
	GHRMSA : CH de Mulhouse et CH de Thann	Chef de service des urgences Directeur d'hôpital
	CHI Poissy-Saint-Germain-en-Laye	Cadres et cadre supérieur des urgences
	GH Nord Essonne : Longjumeau, Juvisy	Médecin responsable du CCSU
	CH Nord-Deux-Sèvres : Parthenay et Thouars	
	CH Sud Cotentin : Valognes	

Annexe 3 – Lettre de mission au Chef de service des urgences du 28 janvier 2021



DIRECTION GENERALE
CABINET DU DIRECTEUR

Tél. 04 42 33 50 02/12
Fax : 04 42 33 51 20

Monsieur Nicolas GALATIS
Chef de service des urgences

Aix-en-Provence, le 28 janvier 2021

DOSSIER : TRAPEZIS5 - ORGANISATION MEDICALE & DES SERVICESIS5 D12 - Urgences\2 – Urgences
NE/NG 2021.03

Monsieur le Chef de service des urgences,

Faisant suite à la présentation de la synthèse des entretiens menés auprès des médecins de votre service, je vous prie de trouver ci-joint le PowerPoint que j'ai présenté.

Compte tenu des éléments qui ont été évoqués, je souhaite que ce travail serve de base à la définition d'un projet de service pour nos urgences. Ceci me semble indispensable pour retrouver apaisement et sérénité.

Dans cette démarche et sur le plan méthodologique vous pouvez vous appuyer sur le service performance du CHIAP en sollicitant l'appui de sa directrice, Madame Loriane AYOUB.

Il me paraît indispensable au regard des enjeux que le travail d'élaboration du projet d'établissement puisse démarrer rapidement dans un cadre largement participatif.

Je vous remercie donc d'associer étroitement vos confrères et consœurs ainsi que le personnel de votre service à cette demande.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le chef de service des urgences, mes salutations distinguées.

Le Directeur,

Nicolas ESTIENNE



Copie : Mme Joëlle VANNEYRE, Chef de pôle des urgences

Centre Hospitalier du Pays d'Aix - Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis - Avenue des Tamaris - 13616 Aix-en-Provence Cedex 1 - Tél. : 04 42 33 50 00 - www.ch-aix.fr

Le CHIAP est un établissement membre du GHT 13 - Hôpitaux de Provence



Hôpitaux de Provence
Groupement Hospitalier et Universitaire des Bouches-du-Rhône

Page 1 sur 1

**Centre Hospitalier Intercommunal
Aix-Pertuis
Projet d'ouverture d'un centre de
soins non-programmés sur le site
d'Aix-en-Provence**

Version de travail en date du 13/07/2021



TABLE DES MATIERES

Table des matières.....	2
Introduction	3
Un bassin de population demandeur de soins non-programmés	4
Une réponse aux enjeux locaux et nationaux.....	5
Un engagement fort du CHIAP pour construire un partenariat avec le porteur	8
Un modèle souple mettant en valeur la coopération.....	10
Attentes vis-à-vis du promoteur libéral	12

INTRODUCTION

Le Service d'accueil des Urgences (SAU) du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis – Centre hospitalier du Pays d'Aix (CHIAP), fait face à un afflux croissant de patients. L'activité des urgences adultes du site d'Aix-en-Provence connaît, hors période de crise sanitaire du Covid-19, une tendance modérée à la hausse : +6,9% sur 5 ans entre 2014 et 2019. 48 000 passages ont été décomptés en 2019, dont il est estimé que **30% pourraient être réorientés vers une structure de soins ambulatoires telle qu'un CSNP** (soit environ 35 à 40 patients par jour). La crise du Covid-19 a eu pour effet une baisse de l'activité du SAU d'environ 20%. Le nombre de passages par jour à la filière ambulatoire se situe aux alentours de 35 actuellement. Toutefois, nous constatons avec la fin des restrictions sanitaires une reprise de l'activité proche du nombre de passages de 2019.

En lien avec le plan d'action de restructuration de son Service d'urgences, et en application de la politique nationale concernant l'évolution de la prise en charge des soins non programmés, le CHIAP entreprend une démarche visant à **favoriser la réorientation de ces patients relevant de la médecine générale vers des structures plus adaptées.**

C'est à partir de cet objectif partagé qu'a émergé le projet de création d'un **Centre de Soins Non Programmés (CSNP)** localisé à proximité immédiate du SAU du site d'Aix-en-Provence, ce qui faciliterait la réorientation des patients se présentant au SAU et sécuriserait un volume d'activité minimal pour le CSNP, tout en lui faisant bénéficier d'un accès facilité au plateau technique, au laboratoire de biologie, et aux consultations de spécialistes du CHIAP, et en développant l'accès aux soins ambulatoires sur le bassin d'Aix.

UN BASSIN DE POPULATION DEMANDEUR DE SOINS NON-PROGRAMMES

1. Ce projet est porté par le CHIAP, centre hospitalier général des Bouches-du-Rhône

Le CHIAP est un établissement public de santé desservant le territoire du bassin d'Aix mais aussi la partie sud des départements du Vaucluse et des Alpes de Hautes Provence. Il est membre du GHT Hôpitaux de Provence. Son activité est répartie sur 3 sites géographiques, pour l'ensemble des spécialités de court-séjour MCO, SSR et hébergement pour personnes âgées : le site d'Aix-en-Provence (MCO), de Pertuis (médecine, obstétrique, moyen et long séjour gériatrique), et le Centre Roger Duquesne (moyen et long séjour gériatrique).

Le CHIAP représente ainsi :

- ◆ 872 lits et places
- ◆ 225 millions € de budget de fonctionnement annuel
- ◆ 378 ETP médicaux
- ◆ 2 435 ETP non médicaux

2. Le CHIAP assume une part majeure des soins non programmés du territoire

Le SAU a enregistré une augmentation de 6,9% des passages sur 5 ans entre 2014 et 2019. Après avoir vu sa fréquentation diminuer en 2020 et au début de l'année 2021 du fait de la crise sanitaire du Covid-19, il s'apprête à retrouver un niveau d'activité comparable à celui de 2019 (48 000 passages) pour la fin de l'année 2021.

Deux autres services d'accueil des urgences desservent le territoire : les urgences de l'Hôpital privé de Provence (20 000 passages en 2019) et du site de Pertuis (15 500 passages en 2019). **Le SAU du site d'Aix accueille la grande majorité des patients nécessitant des soins urgents du territoire**, de jour comme de nuit.

Année	2017	2018	2019	2020	À mai 2021
Passages Urgences Aix <i>Dont urgences pédiatriques traumatologiques 8/10%</i>	47 239	48 422	47 841	37 593	15 129
Passages Urgences pédiatriques	14 854	15 566	16 079	11 014	5 108
Passages Pertuis	15 731	15 699	15 446	12 256	5 020

<u>SAE 2019</u>	Passages urgences adultes + gynéco 2019
CH	
Avignon	80 490
Toulon	78 924
Aix	53 195
Martigues	35 867

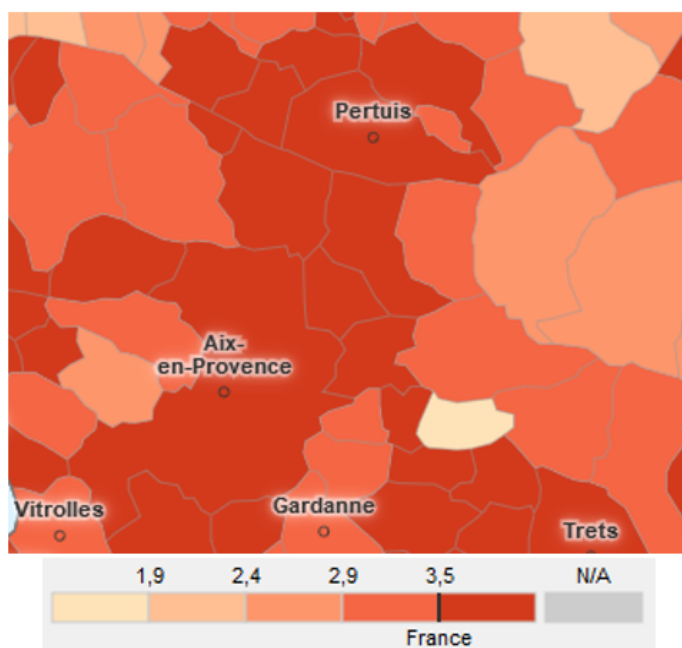
3. Le bassin de population bénéficie d'une offre de soins ambulatoire développée mais non dimensionnée pour répondre seule à la demande de soins non programmés

Le bassin de population concerné par le projet couvre la ville d'Aix-en-Provence et ses environs : il s'agit de la zone d'attraction actuelle du CHIAP. Ce territoire représente **un bassin de 145 000 habitants sur la ville d'Aix et de 395 000 habitants sur le territoire du Pays d'Aix.**

La population du Pays d'Aix a accès à une offre de médecine de ville supérieure à la moyenne nationale (3,5 consultations de médecin généraliste par an par habitant) dans la majorité des communes dont Aix-en-Provence (4,5 consultations par an par habitant). Certaines communes dont Puylobrier, Jouques, Ventabren, Rognes, et Saint-Antonin-sur-Bayon ont une accessibilité potentielle localisée inférieure à la moyenne nationale.

Ce maillage de médecins généralistes permet un accès facilité à des consultations programmées de médecine générale. Néanmoins le nombre de passages quotidiens au SAU d'Aix qui relèvent de la médecine générale et non hospitalière pointe le manque d'offre ambulatoire de soins non programmés ou nécessitant des examens complémentaires sur le territoire.

Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes de moins de 65 ans (consultations par an par habitant) 2018



En synthèse

Le territoire d'attraction des urgences d'Aix est propice à l'installation d'un centre de soins non-programmés du point de vue de **l'ampleur du besoin de prise en charge rapide de soins non programmés**, distinct du besoin de consultations de médecine générale pour lequel le territoire est bien doté.

UNE REPONSE AUX ENJEUX LOCAUX ET NATIONAUX

1. Ce projet répond à l'ambition nationale de réorientation d'une partie des flux de patients non-programmés vers la médecine de ville

Le ministre de la Santé Agnès Buzyn a présenté en septembre 2019 un « **Pacte de Refondation des Urgences** » reposant sur 12 mesures disposant pour leur mise en œuvre d'une enveloppe de 750 millions d'euros. Ces mesures, comprises en partie dans la stratégie Ma Santé 2022 et réaffirmées dans le Ségur de la Santé, ont notamment pour objectif de **réduire de 10% les passages aux services d'accueil des urgences de France**. La mise en place des actions doit à la fois permettre à la médecine de ville de proposer un nombre croissant de consultations non programmées pour prendre en charge les urgences « légères », tout en incitant l'hôpital à se recentrer sur la prise en charge des urgences « lourdes ». La mesure 3 du pacte, « Donner à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences, » se concentre en particulier sur l'articulation entre médecine libérale et urgences.

Le projet s'inscrit dans une volonté du CHIAP de développer des partenariats entre l'hôpital et la médecine de ville. Il entend notamment par l'ouverture du CSNP coopérer étroitement avec la **Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Aix Sainte Victoire**. Le Pacte de refondation des urgences a missionné les CPTS pour la structuration des soins sans rendez-vous en ville, faisant d'elles des acteurs essentiels dans l'organisation de l'offre de soins non programmés de leur territoire.

2. Le CSNP, une structure pour la prise en charge des urgences « ressenties », ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge dans un SAU hospitalier

Le modèle des centres de soins non programmés, décrit dans le rapport « Assurer le premier accès aux soins » de Thomas Mesnier, répond tout particulièrement au besoin identifié. Les **Centres de Soins Non Programmés (CSNP)** visent à prendre en charge une majeure partie des patients se rendant aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale, tout en bénéficiant d'une coopération directe avec le Service des Urgences (SU) en termes d'orientation de proximité des patients, de partage de compétences et d'accès aux plateaux techniques d'imagerie et de biologie, entre autres.

Trois types de besoins urgents actuellement pris en charge aux urgences hospitalières ont vocation à être pris en charge dans un Centre de soins non programmés :

- **Un besoin de « soins immédiats »** pour lequel, sans relever du domaine des urgences vitales, l'attente liée au respect des délais de rendez-vous programmés en ville n'est pas admis pour le patient et le conduit naturellement à se diriger vers les urgences de l'hôpital public.
- **Un besoin de « soins nécessitant des examens complémentaires »** de biologie ou d'imagerie pour poser un diagnostic, qui complexifient ou rallongent le parcours de soins du patient en ville et qui peut le conduire à se diriger vers les urgences de l'hôpital public, qui facilite sur un même lieu tous ces examens complémentaires.
- **Un besoin de « soins techniques »** requis pour certaines plaies et blessures telles que les points de sutures ou la pose de plâtre qui ne sont plus pratiqués par la médecine de ville.

3. Ce projet de partenariat bénéficierait également de la démarche actuelle du SAU du CHIAP de réorientation des patients légers vers la médecine de ville

Ce projet d'ouverture d'un CNSP s'inscrit dans une conviction partagée que la restauration de l'organisation fonctionnelle du SAU passe également par la mise en œuvre d'actions innovantes telles que la réorientation par l'infirmier d'accueil et d'orientation du SAU des patients les plus légers vers la médecine de ville. Le **CHIAP bénéficierait du forfait de réorientation pour les patients des urgences**, actuellement en cours d'expérimentation qui vise à remettre dans une filière adaptée les patients ne relevant pas d'une prise en charge sur un plateau d'urgences.

L'adressage des patients vers le CSNP se fera donc au bénéfice mutuel :

- ◆ Des **patients**, qui seront traités dans les conditions les plus adaptées à leur pathologie, et dans des délais plus brefs
- ◆ Du **SAU** qui pourra ainsi réduire la pression qui s'exerce sur ses équipes tout en bénéficiant d'une incitation financière à la réorientation des patients
- ◆ Du **CSNP** qui bénéficie ainsi d'une file active minimale garantie de patients qui relèvent de sa compétence

En synthèse

Le projet d'ouverture d'un CSNP libéral porté par le CHIAP répond à une ambition nationale. C'est un pas de plus dans le cadre d'une dynamique de rapprochement avec la ville visant à **rediriger une partie des patients des urgences, qui relèvent de la médecine de ville**, tout en leur faisant bénéficier des **avantages de la proximité hospitalière**.

UN ENGAGEMENT FORT DU CHIAP **POUR CONSTRUIRE UN PARTENARIAT AVEC LE PORTEUR**

Le CHIAP souhaite que cette coopération prenne la forme d'un partenariat avec le porteur, qui soit concrétisé par les garanties apportées par chacun des deux acteurs pour la prise en charge partagée du flux des soins non programmés urgents et non urgents sur le site d'Aix. Afin de soutenir le porteur de projet, le CHIAP propose de mettre en œuvre une série d'actions visant à limiter la prise de risque du porteur et pérenniser son activité.

1. Un socle de patients réorientés directement depuis le SAU ou la régulation

Sur la base des niveaux d'activité observés entre 2019 et 2021, il est estimé **que 35 patients chaque jour en moyenne pourraient être réorientés vers le CSNP**. Il s'agit de patients de médecine générale ou de petite traumatologie, nécessitant peu ou pas d'exams complémentaires d'imagerie et de biologie, et sans besoin d'hospitalisation. Ces patients constituent une file active minimale garantie pour le CSNP.

Outre ces patients, le CSNP pourra bénéficier de l'adressage de patients **directement depuis la ville**, en s'appuyant notamment sur la régulation du SAMU et de la médecine libérale.

2. Un partage de ressources mutuellement bénéfique entre l'établissement et le porteur

Le futur CSNP et le CHIAP conventionneraient sur plusieurs sujets permettant notamment de développer l'attractivité du CSNP pour les patients et de faciliter le recrutement médical en :

- ◆ Structurant un **accès facilité à l'imagerie et au laboratoire de biologie** du CHIAP pour les patients du CSNP
- ◆ Organisant **des filières d'accès direct** à l'hospitalisation pour les services, ainsi qu'un **accès facilité aux expertises et consultations** des spécialités médicales et chirurgicales
- ◆ Conventionnant sur l'ouverture de **l'exercice partagé** pour les médecins du SAU d'Aix et du CSNP.

L'un des principaux enjeux du projet pour le CHIAP consiste à fidéliser de nouveaux praticiens à recruter au sein de l'équipe des Urgences en proposant des formules d'exercice à temps partagé avec le CSNP (qui seront facilitées par les textes à venir sur les nouveaux statuts de Praticien Hospitalier). Dans ce contexte, tout projet de départ de praticiens actuellement membres de l'équipe des Urgences pour un exercice temps plein dans le nouveau CSNP sera réorienté vers une solution partenariale de ce type.

- ◆ **Ayant accès à un service d'urgence capable d'intervenir rapidement** pour les patients du CSNP, en cas de besoin

3. Un soutien méthodologique et matériel

Pour l'ensemble de ses démarches, le porteur de projet bénéficiera :

- ◆ **Du partenariat avec le CHIAP** pour le conventionnement et l'articulation avec l'ensemble des acteurs du milieu hospitalier

- ◆ **Du soutien financier de l'ARS ?** → Quel soutien possible de l'ARS pourrait-on mettre en avant dans l'AAP ?

4. Un soutien financier complémentaire aux recettes d'activité

Description de l'éventuelle subvention ARS

En plus de cette subvention, une partie des frais de structure (sécurité, nettoyage, approvisionnements, etc...) pourra être mutualisée avec le CHIAP.

En synthèse

Le futur CSNP bénéficiera d'un **socle de patient adressé par les urgences du CHIAP et le SAMU** estimé à 35 consultations par jour. La structure aura un **accès au plateau d'imagerie et au laboratoire de biologie** du CHIAP par conventionnement et bénéficiera en tant que de besoin de la **proximité immédiate du SAU**. **Le porteur bénéficiera par ailleurs d'un soutien financier et méthodologique fourni par l'ARS.**

UN MODELE SOUPLE METTANT EN VALEUR LA COOPERATION

1. Un modèle juridique à construire en partenariat

Le CHIAP et le porteur du projet de CSNP pourront décider de constituer un Groupement de coopération sanitaire de moyen privé, ou avoir recours au conventionnement entre les deux structures. Les modalités juridiques de la structure sont laissées à la libre appréciation du porteur.

2. Un porteur médical appuyé par une équipe pluridisciplinaire

Médecin en activité libérale, porteur de la structure, vous serez entouré d'une **équipe pluridisciplinaire** composée :

- ◆ De **médecins**, recrutés par le porteur ou exerçant au CHIAP et réalisant une activité libérale au CSNP.
- ◆ D'**infirmiers diplômés d'Etat**
- ◆ D'un **secrétariat**, qui peut être présent sur la totalité des heures d'ouverture pour réaliser les diverses tâches administratives, ainsi que l'accueil du patient.

Un **temps de coordination médicale** pourrait être mis en place pour assurer le bon fonctionnement de la structure et son articulation avec les partenaires tels que les médecins traitants, et les acteurs externes impliqués dans le projet.

3. Un centre ouvert 7 jours sur 7, proposant le tiers payant

Les horaires d'ouverture du futur CSNP correspondraient aux horaires de jour et de PDSA où l'activité actuelle de la filière ambulatoire du SAU est la plus importante, soit de **9h à 20h, ou 22h du lundi au dimanche**. Une extension des horaires d'ouverture jusqu'à minuit sera également possible.

En moyenne, ce volume représente environ 35 patients par jour en provenance du SAU. A cela s'ajoutent les patients qui pourront bénéficier de la régulation libérale ainsi que de celle du centre 15.

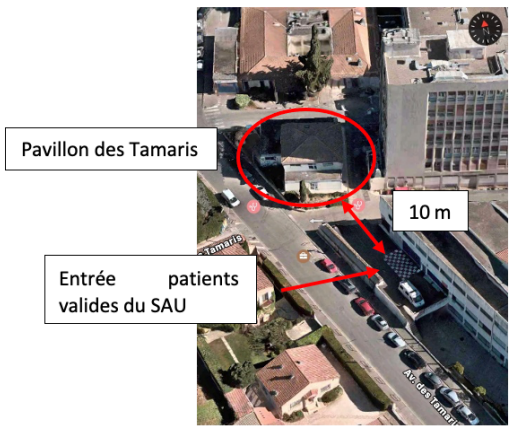
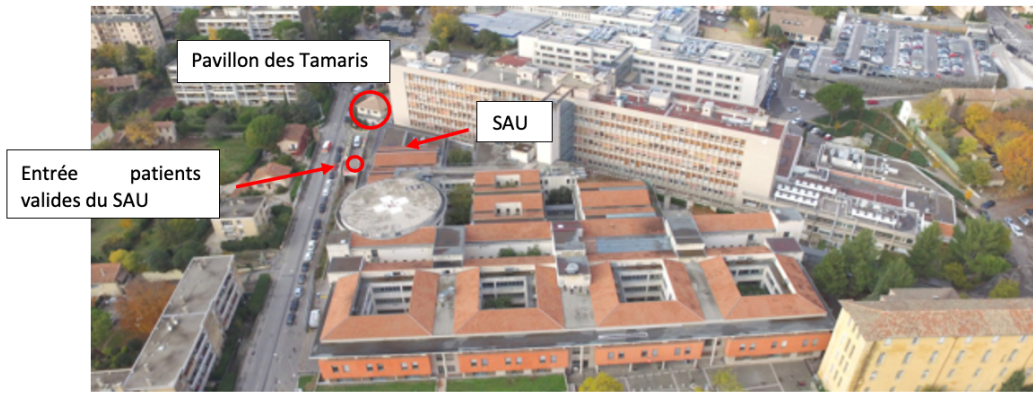
Le CSNP devra **proposer à tous les patients des tarifs de secteur 1, ainsi que le tiers payant** sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

4. Des locaux existants mis à disposition en location à côté du SAU

Le rez-de-chaussée du Pavillon des Tamaris, d'une surface de 222 m² et situé à 10 mètres de l'entrée du SAU est proposé à la location pour l'installation du CSNP. Ce bâtiment, construit en 1990 est une structure en **RdC/R+1** préfabriquée par modules rectangulaires assemblés.

Le rez-de-chaussée comprend notamment :

- ◆ **Sept box d'environ 10m²** pour l'examen des patients
- ◆ **Une salle de soins**
- ◆ **Un espace dédié pour le personnel**
- ◆ **Trois espaces d'accueil et d'attente entre 16 et 20m²**
- ◆ **Une marche en avant** avec une entrée distincte de la sortie



ATTENTES VIS-A-VIS DU PROMOTEUR LIBERAL

1. Profil du promoteur médical

Le porteur du projet est un **médecin exerçant en activité libérale** ayant une compétence en petite traumatologie.

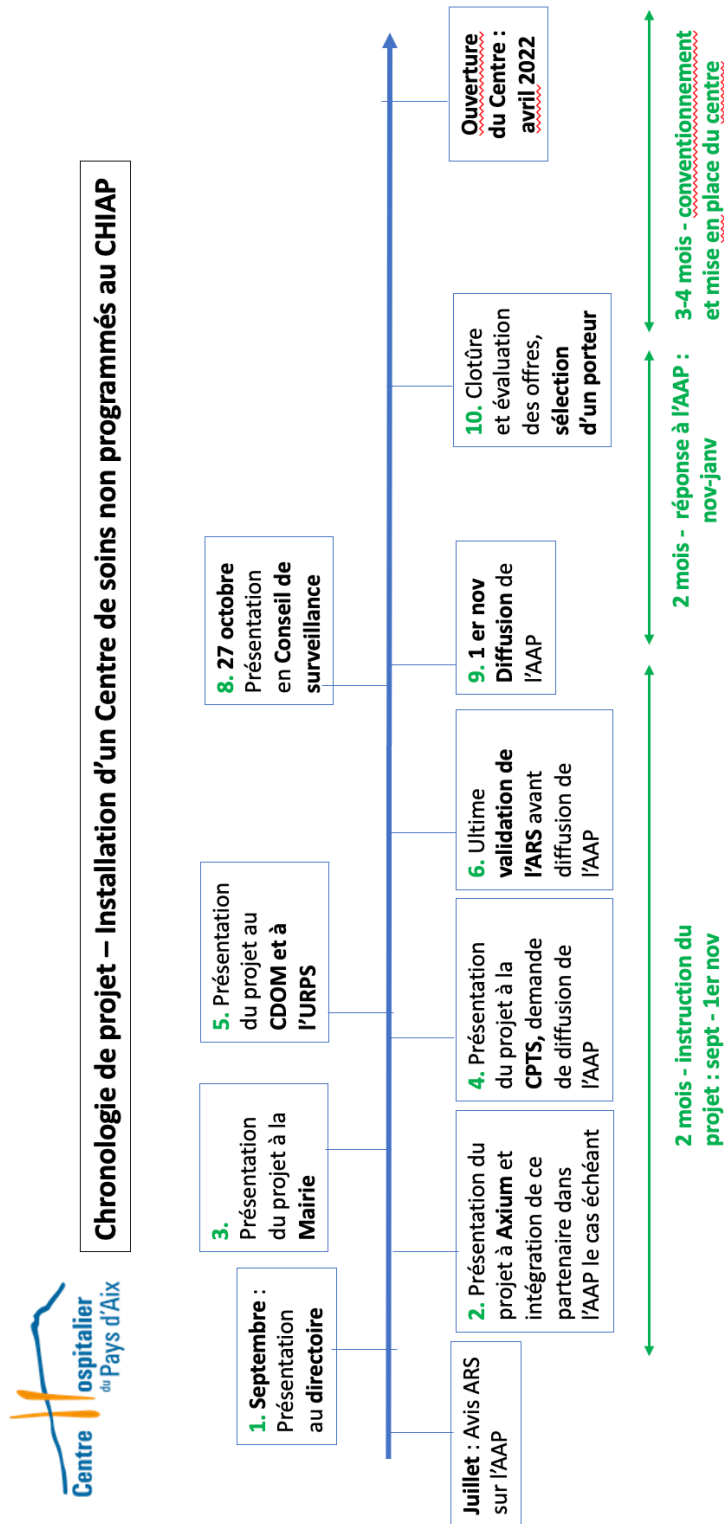
Le profil attendu requiert également une appétence pour l'entrepreneuriat, nécessaire **au montage de la structure et à son développement futur, ainsi qu'une forte pugnacité.**

Il devra également disposer de, ou développer une connaissance fine de l'offre de soin du territoire et de ses acteurs. Ainsi, le porteur de projet devra mobiliser ses compétences relationnelles ainsi que **sa capacité à s'inscrire dans l'écosystème local.**

2. Fiche de poste et missions

- ◆ **Construire et déployer le projet** (dossier, équipe, articulation avec le service des urgences et le territoire) :
 1. **Monter le dossier initial** : créer la structure juridique, en partenariat avec l'hôpital dans le cas d'un GCS, et dimensionner le projet. Impliquer la CPTS, les URPS et le Conseil départemental de l'ordre des médecins dans la construction du projet. Le soumettre à l'ARS pour bénéficier de financements.
 2. **Recruter l'équipe** : recruter les ressources humaines médicales, paramédicales et administratives.
 3. **Conventionner l'articulation avec le SAU et les autres acteurs du territoire** : établir les protocoles permettant l'accès à l'imagerie et la biologie de l'hôpital, l'interaction avec le SAU voisin, le centre 15 et la coordination avec les autres acteurs du territoire (CPTS, pharmacies, EHPAD, ...)
- ◆ **Animer et piloter le centre** : une fois le projet monté et l'activité initiée, le porteur de projet sera chargé de **garantir le fonctionnement quotidien du centre**, aussi bien sur le volet médical que sur l'organisation générale du centre et de **respecter les engagements conventionnels** en veillant au lien entre le CSNP et ses partenaires.

Annexe 5 – Chronologie du projet de CSNP



GUERNER

Louise

Octobre 2021

ELEVE DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion 2020-2021

Les urgences en crise : restructuration locale d'un service en voie de réforme nationale

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Le service d'accueil des urgences adultes du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis (CHIAP) connaît des périodes de crise intermittentes depuis 2013, marquées par des vagues de départs de médecins urgentistes et des changements fréquents du leadership médical. Le Directeur général a missionné au début de l'année 2021 la Directrice de la stratégie, de la performance et des projets pour appuyer le Chef de service des urgences dans la construction d'un projet de service permettant de répondre aux problématiques et de stabiliser son fonctionnement.

Les réponses à apporter pour la refonte du service des urgences doivent tenir compte des contraintes et possibilités des ressources internes : ressources humaines médicales et non médicales, logistiques, architecturales, et organisationnelles et de l'évolution du modèle des urgences à prévoir en application des réformes en cours.

Le mémoire s'attache au cas du CHIAP pour analyser la méthode de conduite de projet pour réorganiser le SAU afin d'améliorer l'attractivité médicale et la qualité des prises en charge, dans un contexte de crise pérenne du service d'accueil des urgences, et d'incertitude quant à l'évolution de la typologie et du volume de passages. Une première partie permet l'analyse du contexte du projet, en distinguant le contexte interne de la crise des urgences du CHIAP du contexte externe caractérisé par la réforme des urgences. La deuxième partie développe la construction d'un plan d'action dans un contexte de crise, en tenant compte des attentes fortes et parfois divergentes des acteurs hospitaliers.

Le mémoire explore les leviers de réussite de la conception et de la mise en œuvre à venir du plan d'action, comme les limites et les difficultés rencontrées afin de proposer des pistes de réflexion sur la reproductibilité de la démarche, et des propositions sur l'évolution des services d'accueil des urgences.

Mots clés :

Urgences ; gestion de projet ; réforme ; soins urgents ; crise des urgences ; centres de soins non programmés ; innovation en santé

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.